



Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Centro de Educação e Humanidades
Instituto de Psicologia

Alda Carla Alves Cardozo

**DO INFANTIL AO MAL-ESTAR: UMA QUESTÃO PARA A
PSICANÁLISE**

Orientadora: Profa. Dr^a. Doris Luz Rinaldi

Rio de Janeiro

2014

Alda Carla Alves Cardozo

DO INFANTIL AO MAL-ESTAR: UMA QUESTÃO PARA A PSICANÁLISE

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicanálise da Universidade do Estado do Rio de Janeiro como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Psicanálise.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Doris Luz Rinaldi

Rio de Janeiro

2014

Alda Carla Alves Cardozo

DO INFANTIL AO MAL-ESTAR: UMA QUESTÃO PARA A PSICANÁLISE

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicanálise da Universidade do Estado do Rio de Janeiro como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Psicanálise.

Aprovada em: _____

Banca examinadora: _____

Prof^a. Dr^a. Doris Luz Rinaldi (orientadora)

Prof^a. Dr^a. Sonia da Costa Leite

Prof^a. Dr^a. Maria Cristina Ventura Couto

Rio de Janeiro

2014

AGRADECIMENTOS

À professora **Doris Luz Rinaldi**, minha orientadora, por ter aceitado minha proposta de pesquisa e ter me acompanhado com a sensibilidade, delicadeza e precisão em suas pontuações;

Às professoras Maria Cristina Ventura Couto e Sônia Leite por terem aceitado participar de minha qualificação, ajudando-me com suas pontuações na construção desta pesquisa;

Ao Programa de Pós-Graduação em Psicanálise da UERJ e em especial à professora Sonia Alberti, que me apresentou à psicanálise quando ingressei na graduação nesta instituição;

Aos colegas do mestrado e do grupo de orientação e em especial para John Luiz Baytack por sua escuta paciente durante a construção do texto desta pesquisa;

À diretora do CAPSi João de Barro, Lilian Weoca, por acolher com cuidado aos momentos em que precisei me ausentar em função da escrita desta dissertação;

Aos meus pais Aldo e Aurea, que com firmeza e amor realizaram a arte de apresentar o mundo aos filhos;

Aos meus irmãos, em especial a minha irmã Adriana pela companhia na vida;

Aos meus amigos da vida, em especial, à Geruza Valadares;

A Deus, pelo dom da vida.

Dedico esta pesquisa
às crianças do CAPSi João
de Barro.

RESUMO

CARDOZO, A. *Do infantil ao mal-estar: uma questão para a psicanálise*. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicanálise da UERJ em 2014.

Esta dissertação pretende investigar a clínica da saúde mental em sua articulação com a instituição escolar de educação, a partir das demandas de tratamento que lhe são feitas. Colocamo-nos a investigar o significante criança nos discursos institucionais que tomam-na como objeto do cuidado e destacamos o discurso da educação como seu principal representante. Nesta perspectiva, servimo-nos da teoria dos quatro discursos que compõem o laço social proposta por Lacan em *O Seminário 17: O avesso da psicanálise* (1969-70) para investigar o modo de circulação discursiva entre as instituições.

A fim de apontar a novidade trazida pela psicanálise, ao considerar a criança também investida de sexualidade, discutimos o emblemático caso “Pequeno Hans” (FREUD, 1909), e, por fim, apresentamos um caso clínico acompanhado por nós em um CAPSi, atravessado pelos discursos do mestre e da universidade (LACAN, 1969-70) como principais representantes da instituição escolar.

Palavras-chave: Criança. Saúde mental. Educação. Sujeito. Mal-estar.

RÉSUMÉ

CARDOZO, A.C.A.

Mots-clé:

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
1. CAPÍTULO I: OS DISCURSOS SOBRE A INFÂNCIA	15
1.1. A invenção social da infância.....	16
1.2. Criança e Educação	22
1.3. A medicalização da infância.....	35
1.4. Uma transmissão impedida.....	39
2. CAPÍTULO II: A NOVIDADE TRAZIDA PELA PSICANÁLISE	43
2.1. A criança para a Psicanálise	47
2.2. Um retorno ao pequeno Hans	54
2.3. Consequências do retorno à criança	57
2.4. Sobre o mal-estar na civilização.....	61
3. CAPÍTULO III: A REDE DE SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL	67
3.1. A rede de atenção infanto-juvenil: o CAPSi e a escola.....	71
3.2. A articulação discursiva na rede intersetorial do cuidado (desenvolver)	77
3.3. Aspectos da clínica de um CAPSi	83
CONSIDERAÇÕES FINAIS	90
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	94

INTRODUÇÃO

Esta pesquisa é resultado de minha inserção como psicóloga em um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi). Dispositivos de Atenção Psicossocial, oriundos da Reforma Psiquiátrica Brasileira, os CAPSi são serviços, por definição, dirigidos a crianças e adolescentes autistas, psicóticos e neuróticos com passagem ao ato e compõem com as Instituições de Saúde, Justiça, Educação e Assistência Social, a rede de atenção à infância e juventude.

Após atuar por quatro anos como psicóloga concursada na Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, recebi a notícia de que um CAPSi estava em processo de montagem na mesma área programática da cidade onde eu estava lotada e solicitei permuta para o novo serviço, o que ocorreu em agosto/2008.

Já no CAPSi, deparei-me com casos muito graves, o que era esperado, visto que faziam parte do público alvo para aquele serviço. Minha surpresa, no entanto, foi o grande volume de demandas por atendimento “psiquiátrico”, como alguns ainda identificam o trabalho realizado nos CAPSi, para crianças que não **apresentavam** indicação clínica para este tipo de atendimento. Situação essa que, em uma escuta rápida e desavisada, nos levaria a responder com uma contraindicação para o acompanhamento no serviço de saúde mental, já que a criança em questão não corresponderia ao perfil de usuário daquele serviço. Assim, esse tipo de interpretação “equivocada” de uma demanda de tratamento não produziria efeito clínico para a criança/adolescente. Sendo o pedido de tratamento para a criança invariavelmente feito pelo adulto, a contraindicação sem um trabalho prévio não se desdobraria em uma mudança de posição do responsável em relação à criança, que continuaria peregrinando em busca de tratamento adequado.

Ainda **a partir da** experiência no CAPSi, percebi que grande parte da clínica desse serviço se destinava a promover a desmedicalização de crianças. Além disso, em geral, esse manejo se apresentava entre os mais delicados com os responsáveis. Estes chegavam muito influenciados pela popularização do discurso médico psiquiátrico, pretendendo fazer uma espécie de profilaxia do que acreditavam poder impedir que acontecesse à criança quando atingisse a idade adulta.

Este tipo de demanda, supostamente “equivocada”, livre (sem encaminhamento institucional) ou encaminhada pelos dispositivos da rede de atenção à infância e juventude, convocou-**nos** a questionar: o que era aquilo que da criança parecia atualizar no adulto seu próprio mal-estar? Isto porque, além dos responsáveis, havia os dispositivos da rede que, orientados por diferentes discursos, demandavam um “olhar especializado” para o que, em geral, era considerado excessivo ou estranho ao comportamento de uma criança. **Depreendemos**, através da experiência cotidiana, que a demanda à saúde mental, visava a disciplinar as expressões subjetivas da infância, sendo a escola o principal representante dessa demanda. Não eram incomuns os relatos de crianças tidas como “normais” para a família, mas encaminhadas pela escola no momento de inserção no espaço educacional.

Passava-se a revelar, assim, uma demanda em que a palavra da criança se apresentava muda, sendo a solicitação de atendimento justificada pela queixa/problema. Pudemos, com isso, observar que o pedido de atendimento à criança tinha a especificidade de repetir um equívoco pedagógico e, desse modo, disciplinar. Essa constatação vai ao encontro do que Freud (1913) abordou em “O interesse científico da psicanálise”, a respeito da conexão da psicanálise com a educação. Ele observa que o diagnóstico de doença mental nunca está separado da comunidade em que uma pessoa vive, devendo a avaliação ser, portanto, realizada em função da exceção ao contrato/norma social vigente. A criança, podemos assim notar, é um importante representante do sujeito que está às voltas com sua inclusão no campo do Outro social, podendo neste percurso, ratear em suas tentativas de experimentar-se no mundo. Neste contexto, a escola comparece como uma das mais importantes instituições com a função de incluí-la no discurso de uma cultura. Movimento, esse, dialético na medida em que a criança que não corresponde às expectativas do discurso educacional corre o risco de ser imediatamente excluída dos espaços propostos pela escola. Considerada de diferentes modos em função do momento histórico e social de uma cultura, essa criança pode ser classificada como “idiota”, como acometida por algum “transtorno”, como “deficiente”; são exemplos da nomenclatura oferecida ao sofrimento psíquico desses sujeitos.

Maria Cristina Ventura Couto, em seu texto intitulado “Por uma política pública de saúde mental infanto-juvenil (2004)”, cita o que entende como “três mal entendidos relacionados ao tratamento de crianças em Saúde Mental”. Explica que eles se articulam com o lugar social e narcísico em que a criança é identificada em nossa sociedade. São eles: o mal-entendido pedagógico, o mal entendido da justiça e o mal entendido da saúde mental. Faz-se necessário um breve destaque à explicação acerca do primeiro mal-entendido mencionado, por entendê-lo como mais diretamente relacionado ao tema em questão:

O mal entendido *pedagógico*: que, reduzindo uma criança à condição de aprendiz, sustenta um ideário de metas a serem alcançadas de tal forma que a criança possa ser medida em escalas de desenvolvimento e recolocada no curso do desenvolvimento saudável caso apresente algum desvio. Situam-se aí as proposições de reeducação, avaliação de competência, orientação infanto-juvenil e outras tantas que muitas vezes servem inclusive para nomear os próprios serviços assistenciais, os quais supõem que a criança só precisa ser educada. (COUTO, 2004:3).

Quadro assustador, revelando um Outro social que supõe o sujeito na condição de criança como reprodutor de metas e conteúdos a serem alcançados. Em *Mal-estar na civilização* (1929), Freud aborda a civilização como suporte das produções sociais necessárias às relações humanas, ordenando-as e, ao mesmo tempo, gerando frustração ao sujeito. A escola é um desses Outros sociais, o primeiro após a família, e, na atualidade, geralmente recebe a criança reduzindo-a à condição de aprendiz, como aponta Maria Cristina Ventura Couto.

Após três meses de minha inserção no CAPSi, fui convocada pela Secretaria Municipal para uma segunda matrícula. Em outubro/2008, assumi como psicóloga na Secretaria Municipal de Educação (SME), para minha surpresa¹. Tornei-me uma das psicólogas do Projeto “Rede de Proteção ao Educando” (RPE), na mesma área programática onde já atuava na saúde mental.

Sem diretrizes técnicas nem teóricas, a SME esforçava-se para sanar os problemas de indisciplina, baixo rendimento escolar, absenteísmo, falta de participação das famílias e analfabetismo; e apostava no trabalho de psicólogos e assistentes sociais para isso. Havia, no discurso institucional da Educação, um estranhamento quanto à dificuldade de aprendizagem de algumas crianças, ademais os professores acreditavam em uma certa disposição natural para a apreensão do conteúdo pedagógico. Com isso, o aluno que não demonstrasse através da alfabetização esta disposição para a aprendizagem estaria incluído em uma deficiência, que poderia ser: da criança (em geral, de cunho neurológico); da família que “não ofereceria suporte”; ou das “condições sociais da família”. Chamava a atenção o esforço da escola em não se incluir como parte das questões levantadas sobre os alunos, resultando em muitos encaminhamentos ao CAPSi e aos “psicólogos da educação”, como eram chamados os psicólogos lotados na SME.

Para ordenar o modo de intervenção nas escolas, inicialmente a RPE utilizou um dispositivo de trabalho chamado “plantão institucional”. As escolas deveriam solicitar a avaliação do aluno através de relatório, que seria encaminhado à Coordenadoria Regional de Educação (CRE) e, em seguida, aos profissionais que convocariam o professor ao plantão institucional para apresentar suas questões quanto ao aluno em tela. Este recolhimento da demanda se desdobraria no atendimento à criança e à família; e,

¹ O concurso público do ano de 2008, realizado pela Secreta Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, convocou em sua segunda chamada, os psicólogos para a Secreta Municipal de Educação. Assim, os profissionais aptos a trabalhar no campo da saúde, ao assumirem a matrícula pública na SME, precisaram aprender a trabalhar em outro campo discursivo.

tanto no CAPSi quanto nas escolas, era possível **verificar** que havia um excesso de demandas de tratamento para a criança.

Nas escolas, ouvindo professores, tive a oportunidade de perceber muita preocupação com os alunos, muita angústia quanto ao seu futuro e, não raras vezes, encaminhamentos desesperados ao CAPSi ou à RPE visando a uma “solução”. Parecia ser o início de uma questão: o que fazia com que professores dedicados se abstivessem de pensar em determinados alunos como pessoas que merecessem ser ouvidas e buscassem uma “doença” clínica, psicológica ou social, como medida para “solucionar o problema”?

Passei a receber no CAPSi as crianças que eram também alunos das escolas onde eu atuava². A partir de então, foi tornando-se mais clara a necessidade de um trabalho de escuta aos profissionais que encaminhavam as crianças. Era importante não minimizar aqueles encaminhamentos que chegavam sob o signo da dificuldade de aprendizagem e/ou indisciplina, a fim de não só ouvir da escola o que a levava a concluir que uma tal questão demandaria um tratamento em saúde mental, mas também ouvir a criança. **Atentamos** para a escuta ao sujeito chamado criança, pois, ao entender tais encaminhamentos como um equívoco da Educação, em geral, partia-se do princípio de que a criança não teria indicação para tratamento e, com isso, ela sequer era ouvida. Seria necessário, então, separar o que era de ordem institucional do que era do campo do sujeito.

Estive lotada simultaneamente na SMS e na SME por três anos. Ao final desse período, uma semana após o processo seletivo para este mestrado, minha segunda matrícula foi transferida para a SMS e fui lotada no CAPSi por solicitação da Gerência de Saúde Mental, pois eu já ocupava função de gestão como Coordenadora Técnica do CAPSi.

A partir da oportunidade de estar tão próxima a dois discursos tão diversos quanto importantes, nasceu o desejo de pesquisar sobre a articulação dos campos discursivos da saúde mental e da educação mediados pela escuta clínica de um profissional orientado pela psicanálise. Questões foram surgindo sobre o modo de funcionamento do discurso da educação, o qual, com frequência, se impunha ao professor (como sujeito); mas também se impunha à criança e à família – estas, muitas vezes, não sabiam por que “tinham que ir ao CAPSi” ou “ao psicólogo da escola”.

² Nos anos de 2008 e 2009, eu estava responsável por dezenove escolas daquela Coordenadoria Regional de Educação.

Havia, desse modo, duas questões que não podiam ser confundidas: a posição subjetiva dos profissionais da educação e o discurso institucional ordenando as práticas educacionais. No cerne dessas questões havia a clínica com crianças já tão difícil de ser sustentada. Deparei-me então com um encaminhamento, feito ao CAPSi, absolutamente incomum tanto no conteúdo da queixa quanto na cena em que a criança foi exposta. Tratava-se de um menino de oito anos de idade que fora encaminhado ao CAPSi após um telefonema angustiado no qual a professora dizia que aquela criança seria um “psicopata”. A criança chega, então, ao serviço, acompanhada por um guarda municipal e sem qualquer representante da família, pois estaria oferecendo risco aos outros alunos da escola.

Marcos, como o chamarei, morava com sua mãe e a avó e havia acabado de conhecer seu pai, de quem sua mãe havia se separado desde a gestação. Não precisou de muito tempo para avaliarmos que tratava-se de uma criança neurótica, em busca de atenção, ainda que às custas de se envolver em muitas confusões escolares. Este caso será trabalhado no terceiro capítulo onde desenvolveremos com mais detalhes os pormenores desta experiência a partir da qual levantamos as questões que nos impulsionaram para esta pesquisa.

Deste modo, desenvolvemos o trabalho da seguinte forma: inicialmente abordaremos as questões que envolvem o lugar ocupado pela criança nos discursos que compõem o laço social e para tanto, no primeiro capítulo, nos serviremos da importante pesquisa de Philippe Ariès, em *História social da criança e da família*.(1973), onde o autor realiza um rico levantamento sobre o modo como a criança era inserida na cultura, esclarecendo, assim, o modo de exclusão da criança, marcado pelo que o autor tratou como uma ausência de “sentimento pela infância”; e Jurandir Freire Costa, em *Ordem médica e norma familiar*(1979), onde o autor discute os efeitos do discurso médico higienista na educação da criança durante o período do Brasil colônia.

No segundo capítulo nos deteremos na discussão sobre a criança tal qual apresentada pela psicanálise, como sujeito de desejo e, portanto investido de sexualidade. Abordaremos em articulação ao tema do sexual, o mal-estar atualizado pela criança no adulto, enfatizando a demanda pela educação que, no entanto, se mostra inoperante frente ao sintoma do sujeito. Além disso, tendo em vista o discurso científico contemporâneo que aponta para o apagamento das diferenças presentes em qualquer sujeito, ressaltamos a denegação da sexualidade infantil como um sintoma

contemporâneo, auxiliado por modernos instrumentos de adaptação: as terapias e medicações que em última instância respondem à fantasia narcísica dos pais.

No terceiro capítulo, abordaremos a clínica da saúde mental com crianças e adolescentes, a partir das questões suscitadas pela criança na rede de cuidados, dando maior enfoque para a instituição de educação, a circulação de discursos sobre a criança e a prática clínica de um CAPSi onde abordaremos o caso Marcos. Neste capítulo daremos destaque à teoria dos quatro discursos que compõem laço social proposta por Lacan no *Seminário 17: o avesso da psicanálise* (1969-70), visto sua importância para a investigação da circulação dos discursos institucionais.

CAPÍTULO I: OS DISCURSOS SOBRE A INFÂNCIA

Ao descobrir o inconsciente, Freud inaugurou um sujeito habitado pelo desejo e dividido pela linguagem. Com a retomada lacaniana da obra de Freud, a linguagem passa a ser entendida como o campo do Outro, descrito em uma de suas definições como “o lugar em que se situa a cadeia do significante que comanda tudo que vai poder presentificar-se do sujeito.” (LACAN, 1964 [1998]: 193-4). Assim, ao nascer, o bebê é

recebido, é falado pelo Outro – nome, sexo, expectativas futuras –, enfim o sujeito é “Um pólo de atributos antes de seu nascimento” (LACAN, 1960: 659), e, ao chegar ao mundo, é imerso em um banho de linguagem. Do discurso do Outro, o sujeito, assim constituído, colhe os significantes que lhe representam, existindo assim uma dialética no advento do sujeito em relação ao Outro, pelo fato mesmo “de que o sujeito depende do significante e de que o significante está primeiro no campo do Outro.” (LACAN, 1964 [1998]: 194-5). Isto significa que, na cultura, ele colhe os significantes de seu mundo e, no laço social, presença do discurso no sujeito, se encena esta relação marcada pelos signos de uma época. Assim, o modo como uma criança é recebida pelo outro é atravessado pela cultura na qual está inserida.

Diante das interferências da linguagem, em “A instância da letra no inconsciente ou a razão desde Freud” (1957), Lacan interpreta a comunidade humana como um campo em que se faz presente a natureza, a sociedade e a cultura. Em suas palavras: “a dualidade etnográfica da natureza e da cultura está em vias de ser substituída por uma concepção ternária – natureza, sociedade e cultura – da condição humana [...]” (*Ibidem*, p. 499). Desse modo, a cultura é entendida pelo autor como a própria linguagem que separa a sociedade humana das sociedades naturais. Por estar inserido na linguagem, o sujeito torna-se escravo de um discurso que, “embora inconsciente, é inconcebível fora das permutações autorizadas pela linguagem.” (*Idem*).

Este mundo ao qual podemos nos referir como campo discursivo apresenta variações ao longo da história da humanidade, que concorrem para o entendimento do lugar cedido pela cultura à criança. Assim, com aspectos históricos diacrônicos e interferências do sujeito pela própria anacronia inconsciente, um espaço social e afetivo foi sendo construído para a criança na cultura. É isso o que acompanharemos a seguir.

1.1. A invenção social da infância

Em *A Ordem do Discurso* (1970), Foucault discute as construções discursivas de uma sociedade, considerando o jogo de forças e condições de possibilidade para que práticas sociais e institucionais aconteçam, com sua especificidade, em dado momento histórico. Em suas palavras:

[...] em toda sociedade a produção discursiva é ao mesmo tempo controlada, selecionada, organizada e redistribuída por certo número de procedimentos que têm por função conjurar seus poderes e perigos, dominar seu acontecimento aleatório, esquivar sua pesada e temível materialidade. (FOUCAULT, 1969: 9).

Essa perspectiva do texto foucaultiano é relevante na medida em que se articula com a desnaturalização dos discursos sobre a infância, que comparecem ao longo da história, como se pode observar na obra de Philippe Ariès, *História social da criança e da família* (1973).

Assim, para pensarmos a inclusão da criança no campo do Outro, é importante fazer um recuo histórico, visto que o sentimento contemporâneo pela infância é efeito de uma construção social (ARIÈS, 1973). Em sua pesquisa sobre o lugar social ocupado pela criança, Ariès faz considerações sobre o discurso operado pela família e pela escola, desde a sociedade medieval até a modernidade. Adverte que o “sentimento pela infância” é uma expressão cunhada para descrever a ausência de uma “consciência da particularidade infantil, essa particularidade que distingue essencialmente a criança do adulto, mesmo jovem” (ARIÈS, 1973: 97). Esclarece ainda que a imagem da criança, em sua inegável diferença em relação ao adulto, sempre foi percebida. O que está em jogo aqui é o afeto que não se fazia representar frente à imagem da criança – é disso que trata o sentimento pela infância discutido por Ariès. O cerne de sua argumentação diz respeito, então, ao percurso discursivo do significante criança articulado ao sentimento pela infância na cultura.

Através de uma cuidadosa pesquisa iconográfica, o autor verifica que as características infantis reconhecidas na contemporaneidade – a graça do corpo infantil, as vestes, o ambiente lúdico – não comparecem na representação artística da criança no século XII. Com frequência observam-se criaturas pequenas, próximas aos adultos, vestuário e corpos semelhantes aos demais, apenas a proporção da figura é menor, donde o autor **descreve** a representação da criança do século XII como um “adulto em miniatura”. Isto é interpretado por Ariès, não como incompetência do artista, mas exatamente como uma atitude fundamental diante da vida na Idade Média, quando nem mesmo a cronologia da vida humana estava incluída nas relações entre adultos e crianças.

No século XIII, verifica-se já uma escansão em relação à representação da infância. Temos, então, três tipos de crianças representadas: o anjo, o menino Jesus, e a

criança gótica (nua). Já é possível, neste período, ver o corpo da criança representado; no entanto, ainda permanece a lógica anterior **na qual** a infância **comparece** fora do espaço relacional humano, em uma cena celeste e incompatível com a vida terrena, em outras palavras, sem lugar no discurso terreno.

A alta mortalidade da criança associada à sua desvalorização pela Igreja, que não lhe creditava alma até o batismo, relegava a infância ao desinvestimento amoroso da família. Sua morte não era **considerada** uma exceção e, de certa forma, **era** até esperada. Em uma sociedade ordenada pela moral estritamente religiosa, a figura do anjo nos quadros denota uma das faces mais valorizadas da criança na Idade Média, visto que a criança morta tinha a missão de abrir as portas do seu céu para sua mãe.

Em função dessa aparente falta de apreço pelo mundo infantil, assim que a criança tinha condições de falar, saindo da **qualidade** de infante (aquele que não fala), era incluída no mundo adulto, sem que nenhuma consideração fosse feita a sua idade, como **expressão** de uma diferença.

Assim que ingressava para a escola, a criança entrava imediatamente no mundo dos adultos. Essa confusão, tão alheia aos discursos sobre a infância a ponto de passar despercebida, era um dos traços mais característicos da antiga sociedade, e também, um de seus traços mais persistentes, na medida em que correspondia a algo enraizado na vida. Esta confusão sobreviveria a várias mudanças de estrutura. A partir do fim da Idade Média, percebem-se os germes de uma evolução inversa que resultaria em nosso sentimento atual das diferenças de idade. Mas, até o fim do Antigo Regime, restaria algo desse estado de espírito medieval. Sua resistência aos outros fatores de transformação mental mostra-nos que estamos na presença de uma atitude fundamental diante da vida, que foi familiar a uma longa sucessão de gerações. (ARIÈS, 1973: 109).

Para Ariès, a descoberta da infância dá-se no século XIII. Mas os indícios de seu desenvolvimento se tornam mais numerosos a partir do século XVI, culminando no século XVII, quando ocorre um sentimento denominado “paparicação”. A criança passa a ser mimada e admirada em sua graça o que concorre ainda para a não separação de lugares entre elas e os adultos. Em contrapartida ao sentimento de “paparicação”, há o sentimento de “exasperação”, que era a intolerância **ao** paparico e uma preocupação com a educação. O autor chama a atenção para o fato de que, no fim do século XVII, a “paparicação” não era característica exclusiva das famílias burguesas, sendo uma atitude comum mesmo entre as famílias do povo.

Esses dois sentimentos, a “papuricação” nascida no interior da família e a “exasperação” nascida dos eclesiásticos e homens da lei do século XVII e estendida até os moralistas do século XVIII, inauguram uma nova relação da família com a criança. Associada à “papuricação” e à “exasperação” está uma família que se mostra preocupada com a higiene e a saúde física da criança.

A partir do século XVIII, em função do próprio movimento histórico, a criança passa a ocupar lugar central na família. Tornava-se importante tudo o que lhe dizia respeito, e a educação como correlato da inserção do indivíduo no futuro passou a ser uma das questões privilegiadas relativas à criança.

Nesse momento, trata-se do apogeu do pensamento filosófico Iluminista, quando cai o Antigo Regime e tem início a Idade Moderna, com o Estado Laico. Observa-se uma inversão nas características empregadas à criança, que não mais é representada pelo pensamento de Santo Agostinho (354-430), para quem a criança é eminentemente pecadora, sendo a maldade sua verdade antes de qualquer adestramento educativo. Jean Jacques Rousseau, principal representante da corrente iluminista no que tange à educação, altera essa visão elaborando “uma nova imagem da infância, vista como próxima do homem por natureza, bom e animado pela piedade, sociável, mas também autônomo, como articulada em etapas sucessivas” (CAMBI, 1999:343).

Segundo Cambi, já no século XVII, a escola começa a transformar-se assumindo “um papel social mais central e mais universal e uma identidade mais orgânica e mais complexa” (*Ibidem*, p. 305). A partir desse momento, nasce o sistema escolar moderno, com classes escolares categorizadas por idades; e, o sistema educacional ordenado por etapas de desenvolvimento, que abrangem o primeiro, segundo e terceiro graus. Estavam postas, desse modo, as bases da escola contemporânea.

Com a inversão no discurso sobre a infância, desde Santo Agostinho até Rousseau, a criança sai da marginalidade humana para o hiperinvestimento sustentado pela expectativa de que, através da disciplinarização da infância, se garantiria o adulto evoluído da sociedade moderna. Nesse momento, inicia-se o investimento na instituição escolar de educação, como espaço privilegiado para a disciplinarização **do futuro adulto**.

Na Europa, o incremento à escola é simultâneo ao sentimento moderno pela infância. A nova escola, adaptada aos ideais burgueses, já se mostrava um embrião da escola contemporânea tomando para si a autoridade pedagógica sobre a criança.

No Brasil, diferentemente da Europa, a criança só entrou na cena social no século XIX, através do projeto médico higienista. Em *Ordem médica e norma familiar*,

Jurandir Freire Costa (1979) apresenta as relações familiares da sociedade colonial brasileira: escravocrata e patriarcal, dividida entre senhores e escravos. A família organizava-se em torno do pai, e o filho criança tinha um valor meramente “instrumental” ou mesmo secundário. De acordo com essa concepção, a criança não era percebida e nem eram valorizadas suas necessidades.

Não que fosse tratado como ‘utensílio’ ou ‘coisa’, ao mesmo título do escravo. Sua posição era instrumental no sentido de secundária. De não ser o motivo operante, o móvel principal da atividade familiar. Como os demais membros da parentela era visto e valorizado como elemento posto a serviço do poder paterno. A imagem do filho era, portanto, despida dos atrativos que atualmente a compõem. De hábito, ele tinha direito apenas a uma atenção genérica, não personalizada. A família funcionava como um epicentro do direito do pai que monopolizava o interesse da prole e da mulher. (COSTA, 1979: 153).

Em decorrência do desleixo das famílias com suas crianças, Costa (1979) relata a alta taxa de mortalidade dos 0-10 anos de idade, tendo a família passado a ser considerada pela medicina social higienista como nefasta à criança. Com quase dois séculos de atraso em relação à Europa, no Brasil colônia, submetido ao pensamento religioso, a criança amada era a criança morta, o “anjo”.

De acordo com Costa, até o século XIX, a criança vivia destituída do zelo que hoje lhe é devotado. Neste cenário marcado pelo abandono da infância, o projeto médico higienista teve a função de reordenar o espaço urbano e, com a mudança da corte portuguesa para o Brasil, tornou-se necessária a existência de colégios para os filhos da elite. Houve, em decorrência, dois movimentos conjuntos: manter vivas as crianças e educá-las. O que foi feito a um só golpe através da medicina social higienista, que viria a atuar também nos colégios. Estes tinham a proposta de funcionar como laboratórios de produção do homem moderno, através da técnica da criação de hábitos. O objetivo dessa técnica era produzir um adulto atravessado pelos efeitos da pedagogia higiênica, mas sem nenhuma memória dessa intervenção. Esses resultados deveriam constar como naturais no processo do desenvolvimento humano. Assim sendo, havia, nessa intenção, uma confusão entre a aquisição de hábitos saudáveis para o funcionamento orgânico e a construção da subjetividade humana que parecia estar ausente das considerações da educação.

No Brasil, como se pôde notar, a história da educação está marcada pela medicina social, a qual vislumbrava na criança a possibilidade de educar os maus

hábitos de uma sociedade que se comportava em atraso em relação à Europa. Desse modo, a apropriação médica da infância fez-se à revelia dos pais, e a ideia da nocividade do meio familiar pôde ser tomada como o grande triunfo científico na luta pela hegemonia educativa das crianças. A criança tornava-se, assim, estratégica na educação do adulto adequado à ordem médica.

Produto de hábitos, este indivíduo, não saberia nem quando, nem como, nem por que começou a sentir e reagir da maneira que sentia e reagia. Tudo em seu comportamento deveria parecer à sua consciência como normal, conforme a lei das coisas ou a lei dos homens. (*Ibidem*, p. 175).

Segundo a análise de Jurandir Freire Costa (1979), a ocupação dos colégios fez parte da estratégia de medicalização do espaço urbano, e o valor tático dessas instituições era dado pela importância que elas adquiriram no século XIX. De acordo com o projeto médico higienista, a formação dos bons hábitos, na criança, deveria começar pela renovação dos costumes alimentares, e o internato escolar compareceu como protótipo de espaço disciplinar dedicado ao corpo. “No micro universo do colégio a higiene antevia a sociedade ideal e as crianças, sendo isoladas das influências do ambiente familiar, prestavam-se docilmente aos ensaios médicos sobre educação física e moral.” (*Ibidem*, p.179). As crianças, internas, **desse modo**, seriam cobaias e o colégio, laboratório. Separados da família, submeter-se-iam com exclusividade às criteriosas regras da pedagogia higiênica. O novo homem e a nova sociedade começariam a ser construídos no colégio. (*Ibidem*, p.180).

Acompanhamos os discursos sobre a infância na Europa e no Brasil, e pudemos perceber algumas repetições no comportamento do adulto em relação à criança. Embora por questões diferentes, tanto na Europa quanto no Brasil, a história mostra uma exclusão social do lugar concedido à criança – ora porque não se considera sua fragilidade, como na Europa; ora porque sua condição infantil não lhe permitia se somar à sociedade escravocrata, como no Brasil. Também, quanto à educação, e nisso não percebemos significativa diferença estrutural no que diz respeito à intenção do projeto pedagógico: produzir indivíduos melhor acabados, evoluídos, sustentáculos da ideologia vigente.

A história nos alerta para a produção discursiva em torno da criança, repetindo um modelo em que, assim como o louco, a criança comparece como objeto a ser moldado, adaptado, preparado para o futuro. Excluída do campo da fala, pode-se dizer

que a criança é “falada”. Sempre em tempos verbais que apontam um sujeito que sofre a ação, repetindo a mesma lógica da medicina que percebia a criança como ser amorfo e que, assim como o barro, poderia adquirir a forma desejada pelo artesão.

Ao longo da história da humanidade, a criança foi sendo lida por diferentes discursos, que, orientados por lógicas distintas e até mesmo paradoxais de entender o sujeito, se superpõem nos campos de atenção e cuidados à infância. Isso **oferece efeitos para os** desdobramentos na viabilização/inviabilização da produção de um campo social de acolhimento/exclusão da infância como diferença no espaço ordenado da cultura. Orientada por diferentes lógicas, uma rede de cuidados formou-se em torno da criança que passou a ser identificada como alguém a ser cuidado.

No entanto, se, entre o século XIX e a atualidade, o imaginário das técnicas educacionais mudou – não sendo mais tolerados castigos corporais, por exemplo –, estruturalmente ainda insiste uma demanda correcional que se faz presente de outros modos. Seja pela “criação de hábitos” ou pelas diversas terapias que a contemporaneidade oferece, a criança serve como objeto a ser esculpido pelo outro. Observa-se, então, no campo da educação escolar, um grande número de educadores que, desacreditados de seu saber-fazer com a criança, excluem a subjetividade do campo pedagógico, recusando, desse modo, a responsabilidade do educando por suas escolhas. Temos então, nas demandas de tratamento recolhidas de profissionais da educação, uma riqueza de impressões comportamentais, sem, no entanto, comparecer neste relato a fala da criança. Isso nos leva a questionar a condição subjetiva do adulto em relação à diferença encarnada pelo sujeito criança. Diferença, exceção, assim também é descrito, por Lacan, no Seminário: livro 11(1964), o sujeito do inconsciente psicanalítico.

Neste estudo estamos seguindo a direção dos significantes mestres que na cultura ordenaram os lugares sociais do sujeito chamado criança. Desse modo, na sessão seguinte abordaremos a articulação criança e educação.

1.2. Criança e educação

Após acompanharmos a história social da criança apresentada por Philippe Ariès e Jurandir Freire Costa, na Europa e no Brasil respectivamente, vale ressaltar que ambos analisam a história a partir das instituições pertencentes ao mundo do qual a criança fazia parte, mas raramente estava inserida. Seja como adulto em miniatura, como a

criança morta ou como anjo – termos referidos no estudo iconográfico de Ariès –, as figuras do infantil tendem a mostrar-se pela qualidade de exclusão que parece desde sempre ter marcado a infância.

Diante de uma sociedade reinventada por questões políticas e econômicas, como foi o caso do movimento Iluminista na Europa, o qual culminou com a Revolução Francesa, ou ainda, o Projeto Médico Higienista no Brasil (cf. COSTA, 1979), foi necessário também um reposicionamento quanto à condição social da criança. Esta passa a ser identificada aos ideais Iluministas, e, para tanto, fez-se indispensável um novo e diferente investimento na criança como esperança da realização cultural. A educação na infância ganha, desde então, lugar de destaque, e as escolas convertem-se em instituição educacional por excelência (cf. CAMBI, 1999).

Atrelada ao signo da educação, antes de ser tomada como sujeito, a criança foi assolada pelo ideal cultural cuja tarefa passou a ser realizada pelo pedagogo (cf. LAJONQUIÈRE, 2010). Neste aspecto, cabe separar o que é do campo da educação, como prática social, do que é da ordem da ciência pedagógica. A origem etimológica do termo “educação” vem do grego Paidéia e “dá à palavra o sentido de formação harmônica do homem para a vida da polis, através do desenvolvimento de todo o corpo e de toda a consciência.” (BRANDÃO, 1981 :38). Tal definição, como podemos depreender, descreve um ideal de homem civilizado e evoluído ao máximo em suas condições físicas e intelectuais.

Já a pedagogia, respondendo aos ideais cientificistas Iluministas, se propõe a ser uma ciência da educação, de modo que corresponde a um dos campos de saber orientados por uma ética positivista da qual o campo da educação se serve para responder à sua própria demanda científica, onde o sujeito está excluído.

No entanto, nem sempre a criança está minimamente preparada para responder a tal ideal educacional, o qual, como se pôde **observar** na definição etimológica do termo “educação”, aponta para um homem sem sujeito, sem furo. É possível atestar o efeito disso na produção de demandas feitas à clínica da saúde mental com crianças. Há uma tendência a demandas de tratamento, solicitadas por escolas, visando a adaptar a criança ao ideal cultural compartilhado. Neste sentido, o pedido de tratamento, não formulado pelo sujeito, espera como resultado uma criança/aluno moldada/o à norma, sendo a exceção à regra percebida como uma questão a ser reparada. Assim, a clínica encontra-se invadida por demandas adaptacionistas, efeito de uma educação que tentou instrumentalizar-se cientificamente (cf. LAJONQUIÈRE, 2010). Com esta proposta, a

pedagogia entra na cena como ciência da educação, valendo-se de outros saberes do campo da reabilitação para compor um cardápio de disciplinas, a fim de não permitir que qualquer forma de descompletude apareça.

Em última instância, o pedido de tratamento para a criança, **em nossa interpretação**, tenciona disciplinar seu comportamento para reabilitá-la, ou ainda habilitá-la, ao convívio social. Aqui já percebemos o equívoco quanto ao sofrimento mental da criança, com certa frequência, tratado como uma questão correcional. Então, a clínica depara-se com a angústia do adulto frente ao seu não saber sobre a criança, sendo o treinamento de hábitos, por exemplo, uma resposta imaginária ao enigma trazido pelo sujeito. As técnicas comportamentais figuram, nessa seara, como mecanismo de defesa ante o sintoma, muitas vezes, vivido dialeticamente entre a criança e o adulto.

Consideramos pertinente, nesse momento, apresentar duas experiências históricas com crianças, orientadas por éticas completamente opostas, que possibilitam observar a interferência dos discursos nos desdobramentos clínicos. Trata-se do caso Vitor, estudado por Itard, e do caso Roberto – “O lobo! O lobo!” –, acompanhado por Rosine Lefort e apresentado por ocasião do primeiro seminário de Lacan, durante o ano de 1953.

Primeiramente, o caso Vitor. No século XIX, em 1801, um menino de cerca de 11 anos de idade, foi encontrado por caçadores vagando nu pela floresta, e entregue para ser cuidado. Segue, desde então, sem qualquer nomeação a não ser a referência ao estado em que fora encontrado – “o selvagem de Aveyron”.

Avaliado por Pinel, já famoso na época, foi comparado aos pacientes internos de Bicêtre diagnosticados como idiotas e, desta forma, considerado como intratável (Lajonquière, 2010: 127). Jean Itard, no entanto, avaliou o menino como sendo “normal”, do ponto de vista da natureza, concluindo que somente não aprendera a comportar-se de forma civilizada porque não tivera contato com qualquer tipo de educação. Apesar de equivocado em seu modo de tomar o menino em tratamento, lembremos que não havia uma clínica dirigida a crianças, o que Itard fez foi apostar em Vitor, oferecendo-lhe uma possibilidade a mais de investimento visto que Pinel já havia desistido dele.

Médico especialista em oligofrenia e surdo mudez, especialidade até hoje comum ao campo do autismo, como primeira opção de pesquisa clínica, influenciado pelo pensamento pedagógico naturalista roussauniano, Itard estava seguro de que tudo no ser

humano é aprendido. Com essas referências toma Victor, como passa a ser chamado o menino, como cobaia para confirmar sua tese. Mesmo a escolha do nome se deu, de acordo com os relatórios da pesquisa de Itard, é feita a partir de um cálculo audiométrico. Itard teria percebido, então, que o menino se interessava pelas sílabas “oh” e ocorreu-lhe dar um nome que terminasse com esse som. (LAJONQUIERE, 2010:154).

Para Lajonquière (2010), interpretando a posição do pesquisador Itard, o nome Vitor simplesmente completa um sintagma - *Itard Vitor* - que é a saudação romana de vitória. A escolha do nome do menino pretendia a confirmação do que já era previsto pelo médico pedagogo. Nas palavras de Itard:

Mas antes de apresentar os pormenores e os resultados dessa medida, tenho de expor o ponto de que partimos, lembrar e descrever aquela primeira época, para apreciar melhor esta a que chegamos e, contrapondo assim o passado ao presente, determinar o que se deve esperar do futuro. (*apud* BANKS-LEITE; GALVÃO, 2000: 131).

Itard, ao visar à comprovação de sua hipótese, não suporta ouvir o menino. Com o império do discurso de um mestre não castrado, resta apenas apagar o outro, nesse caso Victor. “Itard nada queria saber [...] pois Vitor carecia do pré-requisito do entendimento.”(LAJONQUIÈRE, 2010: 159). Este, nos parece, foi o equívoco de Itard ao não poder oferecer ao menino um lugar de sujeito. Vitor, desse modo, não teve chances de incluir-se no discurso do Outro. Durante dez anos, Itard tentou manobrar Vitor, mas, dando com o impossível entendido como fracasso, o médico pedagogo desistiu.

Como adverte Mannoni:

O paradoxo do saber teórico reside no modo como ele é usado como disfarce para obliterar a verdade de uma experiência ou como instrumento para se orientar mais comodamente numa pesquisa clínica (na qual se encontra ele mesmo implicado). (MANNONI, 1977_[1973]: 163)

Esta é uma questão que aponta para a ética do trabalho clínico com um sujeito do desejo, sendo necessário o reconhecimento da alteridade como bússola para o acolhimento do outro.

Para Lajonquiere (2010), Itard é um exemplo do que não se deve fazer na educação de uma criança, na medida em que exclui dessa relação o sujeito desejante. Neste sentido, o autor interpreta Itard como uma espécie de pioneiro do pensamento pedagógico moderno, fazendo da educação uma espécie de especialidade composta por um somatório de saberes sobre o homem, com a intenção de não deixar brecha para o acaso, para o real.

Ele (Itard) exprimiu com clareza aquilo que é sonhado em matéria educativa: a adequação natural entre o suposto estado espiritual infantil e a intervenção do adulto. [...] esse sonho entranha a renúncia ao ato educativo e portanto, torna *a priori* a educação - seja familiar, seja escolar - um fato de difícil acontecimento. (LAJONQUIÈRE, 2010: 148).

Partindo da premissa de uma denegação do real suportada através da ciência atual, Lajonquière (2010) estabelece um paralelo entre a educação contemporânea – em sua visão orientada por um pensamento “tecnocientificista” – e a “educação para a realidade” pretendida por Freud em “O futuro de uma ilusão” (1927). Neste artigo, Freud questiona a moral vigente localizando na religião a fonte da repressão e, portanto, um complicador para uma educação que pudesse levar em conta o desejo. Vislumbra na ciência a possibilidade de alcançar o que chamou de “educação para a realidade” (FREUD, 1927 *apud* LAJONQUIÈRE, 2010: 62). No entanto, na contemporaneidade, o que se tem como ciência é bastante diferente do que Freud almejou. Segundo Lajonquière, a ciência atual repete o modelo oclusivo da religião, porém de forma piorada, pois a religião, ao estabelecer regras e proibições, abre caminho para o recalque, ou seja, inclui a lei do pai. A ciência contemporânea tende a explicar tudo, sem deixar espaço para a dúvida; desse modo, dificultando aos pais suportar a própria condição diante da castração presente no não saber. “A ciência de hoje em dia – ou, talvez o tecnocientificismo corriqueiro atual – substituiu a religião de antanho na sua tarefa de dar consolo e anestesia existencial.” (*Ibidem*, p. 58).

Em função de sua crítica ao ideal educacional pedagógico, como exposto acima, Lajonquière apresenta uma importante definição para o ato de educar. Em suas palavras: “Educar é colocar em circulação as marcas simbólicas, significantes que possibilitem à criança que os apreende o usufruto de um lugar a partir do qual o desejo seja possível.” (*Ibidem*, p. 149).

Belíssima definição clínica que traz para a boca de cena a necessidade humana do investimento libidinal do Outro para que o sujeito possa incluir-se no campo simbólico da cultura. Como decorrência disso, temos o ato de educar tomado como prática de

transmissão da cultura, articulado à escuta investida de desejo, sendo o laço social o desdobramento dessa transmissão. Nos serviços de saúde mental destinados a crianças, os endereçamentos ao tratamento trazem como marca da questão/problema para o encaminhamento o não reconhecimento da condição subjetiva da criança. Identificada como indivíduo em desenvolvimento físico e mental, a relação ao Outro como parte de um trabalho de construção do sujeito fica excluída, o que parece expressar uma denegação do adulto quanto à sua própria alienação ao Outro. Alienação que se manifesta muito precocemente, dada a própria prematuridade humana ao nascer.

Em “O estádio do espelho como formador da função do eu”, Lacan (1949) aborda a constituição do eu, no que isso tem de absolutamente separado das filosofias que tentam explicar o sujeito pela produção do pensamento, pelas teorias da aprendizagem, que são as filosofias orientadas pelo *Cógitó*. (cf. LACAN, 1949: p.96, In. Escritos). Como observa Lacan em *Observação sobre o relatório de Daniel Lagache: “Psicanálise e estrutura da personalidade”* (1960), antes de seu nascimento, o bebê já é falado, sendo sua prematuração não apenas orgânica, mas também simbólica; por estar desse modo, marcado pelo desejo do Outro, ele pode reconhecer-se no discurso. Lacan chama a atenção ainda para a impossibilidade orgânica para a fala, a qual comparece sempre como presença da falta, e a imagem assumindo, assim, uma função de proteção com relação ao verbo.

O drama do sujeito no verbo é que ele experimenta ali sua falta-a-ser, e é disso que o psicanalista faria bem em esclarecer alguns momentos, pois, quanto ao psicólogo, ele não tem nenhuma possibilidade, com seus testes e até com suas gravações, onde eles não aparecerão tão cedo, esses momentos, não antes que um filme tenha captado a estrutura da falha [...].

É por proteger desse momento de falta que uma imagem chega à condição de sustentar todo o valor do desejo: projeção, função do imaginário.

Inversamente, vem instalar-se no coração do ser, para apontar um furo, um indicador: introjeção, relação com o simbólico. (Lacan, 1960: 661-2).

Eis o que separa uma criança de um macaco, como demonstra Lacan em “O estádio do espelho como formador da função do eu” (1949), através da interpretação da pesquisa comparativa realizada por Henri Wallon. Em tal pesquisa, há um momento em que o macaco se mostra mais inteligente ao nível motor do que o bebê humano; no entanto, ocorre que, paradoxalmente, o bebê humano é capaz de reconhecer-se no espelho. Por identificação à imagem de seu semelhante, o bebê humano, a despeito da prematuridade de seu organismo ainda inacabado, antecipa-se em reconhecer em si a imagem do outro, o que lhe confere unidade corporal. Entretanto, conforme Lacan

(1960) nos esclarece, não basta a imagem do outro semelhante para que o bebê com ela se identifique. Nesse aspecto, critica a utilização feita dos fenômenos de intersubjetividade tal como definido por Daniel Lagache. A intersubjetividade seria: “uma relação com o outro do semelhante, relação simétrica em princípio” (*Ibidem*, p.662), depreendendo daí que “através do outro, o sujeito aprende a se formular como objeto” (*Idem*). Ao contrário disso, diz Lacan, o que se dá não é uma aprendizagem por identificação ao outro como objeto. O sujeito só pode advir se o Outro estiver investido de desejo. Citamos Lacan:

[...] o sujeito tem que surgir do lado dos significantes que o abarcam num Outro que é o lugar transcendental destes, através do que ele se constitui numa existência em que é possível o vetor manifestar-se constitutivo do campo freudiano da experiência: ou seja, aquilo que se chama desejo. (*Idem*).

Assim, por antecipação ao próprio organismo ainda inacabado, antecipação que se dá no nível do discurso que lhe antecede, o bebê ainda sem condições para a fala se vê convocado pela imagem do outro cuja fala tem como efeito o mapeamento erógeno do corpo que assim ganha unidade. A entrada do organismo humano para o mundo do Outro é, então, uma operação de ordem discursiva. É pelo investimento libidinal do Outro que o bebê humano pode reconhecer-se e apaixonar-se pela imagem do semelhante; e pelo fenômeno do transitivismo, o bebê pode ver-se na imagem que lhe retorna como se fosse um espelho a refletir sua própria imagem. Esse é o “júbilo” verificado por Lacan, na assunção da imagem corporal antes mesmo da aquisição da palavra e da constituição do eu. É por meio dessa antecipação ao próprio organismo que o bebê humano, a partir da imagem Gestaltica do outro investido de desejo, poderá incluir-se no campo da linguagem. O estádio do espelho, desse modo, teoriza o momento anterior à constituição do eu, é o narcisismo primário.

A assunção jubilatória de sua imagem especular por dependência da amamentação que é o filhote do homem nesse estágio de ‘infans’ parece-nos pois manifestar, numa situação exemplar, a matriz simbólica em que o [eu] se precipita numa forma primordial, antes de se objetivar na dialética da identificação com o outro e antes que a linguagem lhe restitua, no universal, sua função de sujeito. (LACAN, 1949:97, In. Escritos)

Foi tomando essa orientação teórico-clínica como referência que a Sr^a Lefort apresentou o caso de Roberto, incluindo a dimensão da palavra como emergência do

campo do Outro, como atesta Lacan, apesar do menino somente vocalizar “Dona” e “O lobo!”.

Roberto é um menino de cinco anos, que passou por uma série de intervenções em seu corpo além de inúmeras separações de sua mãe, que, psicótica, perdeu o poder de família em função da situação de abandono em que deixava a criança. Em consequência, o menino foi posto em uma instituição da Previdência Social, espécie de “lar abrigado” que existia na França nos anos cinquenta³. Fazendo considerações sobre a história de Roberto desde seu nascimento, a Sr^a Lefort relata seus encontros com o menino norteados por sua escuta atenta aos aspectos da fundação do sujeito. Na contramão da psicologia do ego, pautada então nas teorias do desenvolvimento infantil e no fortalecimento do eu, a psicanalista segue na direção da escuta ao enigma trazido pelo inconsciente, apostando na relação transferencial que, através do signo – o lobo! –, se estabelecia.

Com uma história colhida com dificuldades, a analista ressalta a importância do material de trabalho obtido através da escuta à própria criança nos atendimentos. “Sua história foi reconstituída dificilmente, e é sobretudo graças ao material trazido em sessão que se pôde saber dos traumatismos sofridos⁴.” (LEFORD *apud* LACAN, 1953-4:110). Ao nos situar sobre a história do menino até chegar à clínica, a Sr^a Lefort aponta com sutileza a importância da relação daquela criança com uma mãe, que sequer pôde protegê-lo, mas que ainda assim foi importante, como atesta em sua fala: “Será definitiva e legalmente abandonada alguns meses mais tarde, sem ter revisto a mãe⁵.” (*Ibidem*, p.110).

A psicanalista encontra uma criança de quem descreve da seguinte forma seus sintomas:

Do ponto de vista da linguagem, ausência total de palavra coordenada, gritos frequentes, risos gutturais e discordantes. Só sabia dizer duas palavras que griatava - ‘Dona!’ e ‘O lobo!’. Esta palavra, ‘O lobo!’, ele a repetia o dia todo, o que me faz chamá-lo de menino-lobo, porque era verdadeiramente a representação que tinha de si mesmo. (*Ibidem*, p. 111).

³ “Era uma instituição de internamento temporário de crianças dependentes de Assistência pública [...] ou internadas lá temporariamente durante a doença de suas mães, o que acontecia com mais frequência.” (Prefácio de Rosine Lefort ao *Nascimento do Outro*, 1980; onde apresenta dois casos clínicos atendidos na mesma instituição em que Roberto também estava internado).

⁴ Início da apresentação do caso por Rosine Lefort, alertando quanto a coleta de material histórico do sujeito através da clínica como prioridade em relação a dados históricos institucionais. Como notamos, nos serviços de atenção em saúde mental, há um inchaço de informações sobre o usuário sem que o sujeito compareça com sua própria fala.

⁵ Grifos nossos.

Além disso,

Do ponto de vista do comportamento era hiperativo, o tempo todo agitado por movimentos bruscos e desordenados, sem finalidade. [...] Perturbações variadas do sono. Sobre esse fundo permanente, tinha crises de agitação convulsiva, sem convulsões verdadeiras, com enrubescimento da face, berros dilacerantes por ocasião de cenas rotineiras da vida - o penico, e sobretudo, o esvaziamento do penico, o despir-se, a comida, as portas abertas que não podia suportar, não mais do que o escuro, os gritos das outras crianças e, como veremos, as mudanças de quarto. (*Idem*).

Com essa rica descrição do funcionamento do menino e sem pressa diagnóstica, Rosine Lefort pôde deixar-se surpreender pelo modo do menino mostrar-se e significantizar seus momentos de intensa angústia, incluindo esses acontecimentos no campo simbólico. Ou seja, dava sentido ao que parecia ocorrer “do nada”, como comumente se diz das crises de angústia de crianças. Pôde também perceber a maneira pela qual o menino se fez nomear ao repetir o significante “o lobo”.

Queremos chamar a atenção para a posição da psicanalista ao receber e tomar o menino em tratamento e ressaltamos ainda o fato de que não há uma análise de crianças, o que ocorre é a análise de um sujeito que responde por sua recente relação com a linguagem e que no código social está ligado ao signo da infância. Isto quer dizer que ao ser tomado em tratamento, esse sujeito tem toda autoridade para falar de si, permitindo assim uma análise.

É exatamente essa expressão “o lobo!”, acompanhada do afeto do medo compartilhado pelo menino com as outras crianças ao ouvir essa palavra das enfermeiras para fazer com que as crianças ficassem quietas, que ele repete o dia inteiro. Em outros momentos, o menino apenas grita “o lobo!”, o que parece ressoar como o grito de apelo do bebê ao Outro.

Lacan articula “o lobo!”, no plano mítico, aos ritos iniciatórios e, desse modo, relaciona essa ideia que diz respeito à função paterna à questão do supereu e do ideal do eu, estabelecendo a diferença entre ambos no determinismo do recalque. “O supereu é constrangedor e o ideal do eu é exaltante. [...] É uma coisa que mereceria ser colocada a propósito da relação transferencial.” (LACAN, 1953-4: 123). Foi justamente esta expressão proferida pelo menino que ofereceu condições para o início do laço transferencial com Rosine Lefort. Com “o lobo!”, como significando qualquer coisa, como diz Lacan é “a palavra reduzida a seu carço” (*Ibidem*, p. 125), o menino fazia apelo ao outro, parecendo, dessa forma, tentar cavar no Outro um lugar para si. Ao grito

de “o Lobo!”, a psicanalista acolheu o jovem, chegando a chamar Roberto de “o menino-lobo”.

Com uma estrutura subjetiva caótica, Roberto nunca poderia beneficiar-se de terapias que objetivassem restituir-lhe à normalidade através do treinamento de comportamentos, como ocorre nas terapias de orientação cognitiva. O menino, se comparado às outras crianças do ponto de vista comportamental, só poderia ser tomado como deficiente. Considerando o discurso como terceiro na relação, foi possível apostar na única coisa que poderia comparecer como demanda do sujeito. “O eu é aqui, completamente caótico, a palavra interrompida. Mas é a partir de *O lobo!* que ela poderá encontrar seu lugar e se construir.” (*Idem*).

Roberto, como Rosine Lefort o chamou, é um caso grave, desses que segundo Lacan, “[...] nos deixam num grande embaraço quanto ao diagnóstico, numa grande ambigüidade nosológica.” (*Ibidem*, p.109). Roberto é um menino com questões que apontam para o período pré-edipiano e, portanto, anterior à aquisição da linguagem, o que torna bastante mais difícil a postulação de um diagnóstico. Lacan, situando este período de constituição do eu, propõe, com rigor teórico, pensar nos termos de “manifestações de falha nas funções de síntese do eu” (*Ibidem*, p. 126).

A ausência de atenção, a agitação inarticulada que você notou no início - se dirigindo a RosineLefort⁶ - devem também ser reenviadas a falhas das funções do eu. É preciso observar aliás, que num certo sentido, a teoria analítica chega até a fazer da função do sono uma função do eu. (*Idem*).

Na prática atual do cuidado em saúde mental com crianças, é frequente a busca e o adiantamento do diagnóstico, prescindindo mesmo do rigor técnico no encontro com o paciente, precipitando uma clínica por procuração à medida que se faz pelo relato dos responsáveis em detrimento da criança. Isto parece atestar a falta de crédito que ainda hoje se confere à fala da criança, assim como já ocorre com o sujeito psicótico. Neste sentido, crianças e loucos são aproximados como destituídos de saber sobre seu desejo. Observa-se, então, em equipes de saúde mental e de educadores, a intenção inadvertida de “ajudar” à criança, o que acontece impondo-lhe valores pessoais e universais dos quais o singular do sujeito acaba por ficar excluído. Desse modo, nota-se uma pressa em direção à prevenção – profilaxia – que precipita a criança em um lugar impossível e cativa de um desenvolvimento esperado como natural. Para a psicanálise, em oposição

⁶ Observação feita para esclarecer a frase na dinâmica do Seminário.

às teorias do desenvolvimento baseadas em uma certa natureza que prescinde da estrutura, a criança só pode ser acolhida como um sujeito.

No preâmbulo à apresentação do caso Roberto, Lacan destaca a transferência e o narcisismo, articulando os dois conceitos a partir de Freud para abordar a fundação do eu. Existiria, assim, um narcisismo primário e um narcisismo secundário, que ocorreriam em função do investimento libidinal do outro, o que insere o sujeito na impossibilidade de constituir-se sem referência ao campo do Outro. Destaca, ainda, em “Observações ao amor de transferência” (1915[1914]) que Freud não hesita em chamar a transferência pelo nome de amor, que decorre do investimento libidinal.

Freud elude tão pouco o fenômeno amoroso, passional, no seu sentido mais concreto, que chaga a dizer que não há, entre a transferência e o que chamamos na vida o amor, nenhuma distinção verdadeiramente essencial. A estrutura desse fenômeno artificial que é a transferência e a do fenômeno espontâneo que chamamos amor, e muito precisamente o amor paixão, são, no plano psíquico, equivalentes. [...] A transferência é o amor. (LACAN, 1953-4: 108).

Verifica-se, então, que a função imaginária não está ausente dos textos de Freud, visto que a primeira transferência, que se dá no plano imaginário, é fundamental como suporte para as catexias objetais. Chama a atenção, também, para esse rico momento anterior à linguagem, para que o sujeito possa então advir, o que se articula ao caso de Roberto no aspecto da anterioridade à constituição do eu. Lacan identifica-o, ainda, no trabalho de elaboração do narcisismo, sendo que, pela transferência, é a analista que ocupa para o menino o lugar do outro no espelho unificador de sua imagem. Neste sentido, é possível depreender uma falha nas manifestações de síntese do eu, tendo em vista a complexidade de uma unidade comparável ao eu. Nas palavras de Freud: “[...] supomos que uma unidade comparável ao eu não pode existir desde o início, sendo, portanto, necessário que algo seja adicionado ao auto-erotismo – uma nova ação psíquica – a fim de provocar o narcisismo.” (FREUD, 1914: 93).

E ainda:

Um egoísmo forte constitui uma proteção contra adoecer, mas, num último recurso, devemos começar a amar a fim de não adoecermos, e estamos destinados a cair doentes se, em consequência da frustração, formos incapazes de amar. (*Ibidem*, p. 101).

Assim, em “Sobre o narcisismo: uma introdução”, Freud (1914) abre o texto, abordando o investimento libidinal no mundo interno em detrimento do mundo externo

para investigar a esquizofrenia, que era tratada nos termos de uma afecção narcísica. Discutindo a retirada da catexia dos objetos externos para o próprio eu, característica dos estados megalomaniacos, adverte-nos de que este movimento da libido não figura como extraordinário, no entanto comparece acentuado na esquizofrenia. A catexia do eu é um evento que participa da dinâmica do aparelho psíquico e tem como base o narcisismo. “Assim, formamos a idéia de que há uma catexia libidinal original do eu, parte da qual é posteriormente transmitida a objetos, mas que fundamentalmente persiste e está relacionada com as catexias objetais.” (*Ibidem*, p. 91-2).

O texto supracitado destaca o investimento libidinal no eu e nos objetos. No entanto, surge para Freud a questão: “Qual a relação entre o narcisismo de que tratamos e o auto-erotismo, que descrevemos como um estado inicial da libido?” (*Ibidem*, p. 92-3). Sua resposta consiste na suposição de um estado anterior à constituição do eu, que é preparado por uma “nova ação psíquica”, que constitui o narcisismo ou a identificação imaginária como movimento libidinal inaugural. Foi tomando esta nova ação psíquica como referência, que Lacan (1949) formulou o “O estágio de espelho como formador da função do eu”, conforme já citado, sendo essencial, nesse estudo, a advertência quanto à radical diferença da constituição subjetiva entre o homem e os outros animais no que diz respeito ao reconhecimento da própria imagem. O homem, pelo efeito do significante, antecipa sua imagem a partir do outro semelhante ainda que, em nível fisiológico, não seja possível esta identificação.

A matriz simbólica primordial, efeito da miragem do infans no outro, conforme destaca Lacan, tem a peculiaridade de dar origem às identificações secundárias, e, por isso, torna-se pertinente chamá-la de eu-ideal. Através do estágio de espelho, percebe-se a impossibilidade humana de constituir-se sem o apoio da imagem do outro que se converte em matriz simbólica, o que ocorre antes mesmo da aquisição da linguagem, e abre o caminho para a entrada no registro simbólico.

Assim, é por apaixonar-se pela imagem que retorna do outro, que o infans poderá experimentar-se e entrar na comunidade humana. O investimento libidinal em objetos externos ao eu é responsável pela inclusão do sujeito no laço social, cultural. Isto é correlato à impossível fundação do eu sem a referência ao outro. Desse modo, podemos depreender que não é possível falar do sujeito sem incluí-lo em sua cultura. Nas palavras de Lacan: “Mas o ponto importante é que essa forma (a matriz simbólica

primordial)⁷ situa a instância do eu, desde antes de sua determinação social, numa linha de ficção, para sempre irreduzível para o indivíduo isolado” (LACAN, 1949: 98).

Assim, o estágio do espelho que ocorre por volta dos seis aos dezoito meses de idade, inaugura um sujeito que sai de uma condição natural para a identificação à imagem de seu semelhante. Estádio que, então, abre caminho para a mediatização pelo desejo, imprescindível para que o sujeito possa fundar-se e partilhar o sentimento de pertença à cultura. Esclarece Lacan:

É esse momento que faz todo saber humano bascular para a mediatização pelo desejo do outro, constituir seus objetos numa equivalência abstrata pela concorrência de outrem, e que faz do [eu] esse aparelho para o qual qualquer impulso dos instintos será um perigo, ainda que corresponda a uma maturação natural - passando desde então a própria normalização dessa maturação a depender, no homem, de uma intermediação cultural, tal como se vê, no que tange ao objeto sexual, no complexo de Édipo. (*Ibidem*, p.101-2).

Há que se reconhecer nas evidências dessa libido uma quota de pulsão destrutiva – a pulsão de morte – e que não poderá ser considerada se for tomada como princípio a lógica da razão que guia as psicologias do eu, cuja função de adestramento propõe um homem sem sujeito.

Ao considerar o narcisismo, é patente o caráter agressivo presente em qualquer relação humana, isto dado como irremediável pela própria constituição psíquica. Como atesta Lacan na primeira das teses sobre a agressividade: “A agressividade se manifesta numa experiência que é subjetiva por sua própria constituição.” (LACAN, 1948: 105, In. Escritos).

A partir dos casos Vitor –“o selvagem de Aveyron”–, e de Roberto, pretendeu-se apresentar duas posturas completamente distintas diante da consideração da subjetividade, fator determinante para os desdobramentos dos dois casos.

Com Itard, temos o exemplo do que não se deve fazer no tratamento mental de um sujeito, que foi apagado e relegado à condição de aprendiz do conteúdo escolhido por um mestre, lugar no qual o médico-pedagogo se identificava. A primeira pergunta que se faz, no entanto, diz respeito ao que é avaliado como melhora no quadro clínico mental de crianças e adolescentes. De que esses sujeitos sofrem? Sem entrar no mérito do singular da escuta de cada um, a questão desses meninos diz respeito à condição

⁷ Grifos nossos.

psíquica de suportar estar no laço social. Seria já um grande avanço se crianças nessas condições pudessem minimamente suportar remeter-se ao olhar do Outro. Ocorre que, sem uma escuta advertida sobre o desejo, a posição do profissional sempre será a de adequar a criança.

Em outra posição, observou-se a perspectiva de Rosine Lefort, advertida das emergências do sujeito ante o desejo sempre como marca de uma falta. Colocando-se na transferência como objeto descompleto, ela pôde investir no menino e aguardar os efeitos, entendendo que o reconhecimento de tais efeitos está na dependência da escuta ao sujeito. Não foi Roberto quem deliberadamente olhou para a analista e nomeou-se “o Lobo!”, foi necessária a escuta investida de desejo de analista para reconhecer nessa massa sonora um chamado, um grito, uma nomeação.

A questão que, por ora, nos interrogamos diz respeito à transmissão do funcionamento desse sujeito chamado criança aos pais e educadores. Como foi visto, o sujeito precisa do Outro como condição para o seu nascimento orgânico e subjetivo. Uma comunidade de homens não surge da mera procriação fisiológica, sendo imprescindível um investimento libidinal que acolha e empurre o organismo para o campo subjetivo. Ocorre também que a transmissão não se faz meramente ensinando conceitos psicanalíticos fundamentais para a discussão sobre o sujeito chamado criança, trata-se de acolher, no adulto, o infantil que retorna no encontro com a criança. Do contrário, a psicanálise seria mais uma disciplina a ser oferecida como especialidade sobre a criança. Diferentemente disto, a psicanálise adverte que, no campo das relações entre os homens, não há complementaridade, isso pela própria estrutura da linguagem em que a falta está instalada como estruturante.

Neste percurso, apresentaremos mais um dos discursos sobre a infância: o discurso da medicalização. Excludente do sujeito como todo discurso que denega a angústia, a medicalização, tomada como estratégia frente ao mal-estar, serve como anestésico para um encontro – com a criança – que, conforme acompanhamos, pode ser extremamente mobilizador para o pretense equilíbrio da vida comum. Somam-se a isso, interesses de mercado que recolhem, com a angústia medicalizada, enormes quantias financeiras.

1.3. A medicalização da infância

Em “Breve discurso aos psiquiatras”, conferência na qual critica a formação dos psiquiatras, Lacan (1967) chama a atenção para a falta de pesquisa clínica em psiquiatria, o que teve como consequência uma estagnação em termos de descobertas de novas categorias clínicas sobre a loucura. A preocupação de Lacan já chamava a atenção para o destino da formação e uso da psiquiatria por outros setores que não o estritamente clínico.

Em 1952 foi publicada pela Associação Psiquiátrica Americana (APA) a primeira versão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM*), desenvolvida a partir do *Código Internacional de Doenças (CID)*, e se propunha a oferecer base empírica para a prática clínica bem como servir de instrumento para a coleta e a comunicação de dados estatísticos referentes à saúde pública (APA, 2002 *apud* ELIA, 2013). Com a terceira edição do *DSM (DSM-III, 1980)* e sua revisão (*DSM-III-TR, 1987*) critérios específicos de diagnóstico foram implementados, tomando como referência o padrão organicista da clínica médica, com uma pretensa intenção de neutralidade em relação às teorias etiológicas. Isso teria como base um trabalho empírico e descritivo; e, os aspectos psicodinâmicos, entendidos a partir de então, como imprecisos, foram excluídos. Com isso, o diagnóstico de neurose, oriundo da psicanálise, perdeu seu lugar no *DSM* e surgiu uma enorme gama de diagnósticos com base unicamente fenomenológica. O efeito disso foi uma epidemia de novos transtornos a cada nova edição do *DSM* (DUNKER e KYRILLOS, [2011:615] *apud* ELIA, 2013:2). No entanto, ainda que novos transtornos tivessem lugar na classificação de doenças, nenhum novo quadro clínico foi reconhecido. De acordo com Esperanza (2011: 53), seguindo a observação de Lacan, “o *DSM* jamais pôs em evidência nenhum único quadro clínico novo, nem propôs novos tratamentos, nem trouxe novas explicações para doenças mentais.”.

A partir desse contexto, pensamos o fenômeno da medicalização e seus efeitos para o campo da infância. O conceito de medicalização, bastante usado na sociologia, foi proposto por Irving Zola em 1972, ao identificar a extensão do discurso médico aos campos considerados de ordem social. Seria um modo de exercício de poder que fazia uso do discurso médico como instrumento para fins legais e questões sociais que em nada se articulam à clínica (AGUIAR, 2004: 133).

Os teóricos críticos da medicalização consideravam a medicina um agente de controle social, na medida em que ela transformava fenômenos sociais – como o alcoolismo, a homossexualidade, o aborto e o uso de drogas – em conceitos médicos, incluindo esses problemas no domínio do saber e das instituições médicas. (Idem, ibidem)

Nesta atmosfera crítica, Foucault investiga o aparecimento da personagem do anormal e do campo das anomalias como objeto privilegiado da psiquiatria na “Aula de 19 de março de 1975”, em *Os Anormais*. Nesta aula, o autor apresenta a invenção psiquiátrica da loucura tendo como suporte os traços de infantilismo no comportamento.

[...] a infância parece-me ser uma das condições históricas da generalização do saber e do poder psiquiátricos. [...] Efeito da extensão da psiquiatria, mas como princípio da sua generalização: é que a partir do momento em que a infância ou a infantilidade vai ser filtro para analisar os comportamentos, vocês compreendem que, para psiquiatrizar uma conduta, não será mais necessário como era o caso na época da medicina das doenças mentais, inscrevê-la no interior de uma doença, situá-la no interior de uma sintomatologia coerente e reconhecida. [...] Para que uma conduta entre no domínio da psiquiatria, para que ela seja psiquiatrizável, bastará que seja portadora de um vestígio qualquer de infantilidade. Com isso, serão submetidas de pleno direito à inspeção psiquiátrica todas as condutas da criança, pelo menos na medida em que são capazes de fixar, de bloquear, de deter a conduta do adulto, e se reproduzir nela. (FOUCAULT, 2013[1975]: 266).

A infância retrataria tudo o que está do lado de fora do pacto social e, desse modo, se aproximaria da loucura. Seu discurso, desde então, sendo considerado como correlato ao discurso do louco. Crianças e “anormais”, localizados como externos ou “desviantes” do discurso, “não falam, ao contrário, são falados” pelo Outro, e desse modo, como incluir esses sujeitos na cultura?

Seguindo os passos de Foucault, em *Doença mental e Psicologia* (1994[5ªed]), o autor questiona o caráter de desvio como representativo da doença na sociedade Ocidental. Em suas palavras: “Como chegou nossa cultura a dar à doença o sentido de desvio, e ao doente um status que o exclui? E como, apesar disso, nossa sociedade exprime-se nas formas mórbidas nas quais recusa reconhecer-se?” (FOUCAULT, 1994:74).

Articulando as formulações foucaultianas ao campo da infância, será que podemos pensar que o “comportamento atípico” da criança é submetido ao universo ortopédico do afeto promovido pelos discursos que visam reabilitá-lo, no sentido de que as expressões de um sujeito são recolhidas como meras emergências do que deve ser

subtraído, assim como a loucura? Neste contexto, as respostas sociais à infância e à loucura se aproximariam.

Com esse cenário, o campo da infância não tardou a sofrer os efeitos da medicalização e uma série de eventos próprios à criança passaram a ser lidos segundo a lógica patologizante que tem por seu par complementar um instrumento de “cura”. Neste contexto excludente das noções clínicas, o *DSM-IV* substituiu o termo doença mental por “transtorno mental”. De acordo com Esperanza (2011:56), na quarta edição do *DSM*, o “transtorno” seria “uma síndrome ou um padrão comportamental ou psicológico que tem significação clínica. Qualquer que seja sua causa é manifestação **individual**⁸ de uma disfunção comportamental, psicológica ou biológica.”. O termo implica no dualismo mente e corpo, além de excluir o sujeito da sua dimensão inconsciente na medida em que confunde a singularidade das experiências do sujeito com sua completa separação em relação ao Outro, alteridade na qual ele próprio se constitui.

A despeito de muitas críticas em função do diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista (TEA), proposto para a nova versão do DSM, o DSM-V foi lançado no presente ano de 2014, causando muitas controvérsias na clínica de saúde mental com crianças e adolescentes. Foi a psiquiatra inglesa, L. Wing, quem inicialmente usou a definição “espectro autista” para diagnosticar os quadros de autismo, considerando “uma gama de comportamentos determinados em vários graus e maneiras.” (Psicanálise, autismo e saúde pública, 2014:6). Naquele momento o TEA passou a ser tratado como sinônimo do Transtorno Global do Desenvolvimento (TGD), tornando-se corrente entre os médicos o uso freqüente da expressão “espectro autista” para o diagnóstico da criança. O alargamento do campo diagnóstico proposto pelo “espectro” resulta, como podemos verificar em nossa prática clínica, numa enorme gama de “comportamentos” que passam, desse modo, a ser incluídas no campo do autismo. Sendo, com efeito, a terapia medicamentosa associada à terapia de orientação comportamental, o protocolo médico de eleição com vistas a fazer desaparecer ou abrandar as crises de agitação, de angústia, e os distúrbios do sono. Interpretamos essa medida como uma estratégia de apagamento do sujeito através da redução das expressões subjetivas a fenômenos comportamentais.

⁸ Grifos nossos.

O diagnóstico fenomenológico, presente no DSM a partir de sua quarta edição, gerou graves consequências para o campo da infância, repercutindo nas experiências tanto da criança quanto de quem dela cuida, uma vez que suas condutas passaram a ter lugar na nosografia psiquiátrica e medicações não faltam para tratar e/ou ‘prevenir’ os “transtornos”, sendo os mais comuns, de acordo com nossa experiência: o de *Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH)* para a criança desatenta, o Transtorno Opositor Desafiador (TOD) para a criança ‘respondona’ e ‘agressiva’, e mais recentemente o Transtorno do Espectro Autista (TEA). Os traços característicos da presença da diferença entre os ‘indivíduos’, visto que são emergências do sujeito, ganharam status de doença, e a educação, desde então, já não mais se basta no ato de acompanhar uma criança em sua experiência de descobrir o mundo; o “remédio” passou, então, a ocupar um lugar de destaque na boa educação.

Tomado aqui como mais um dos discursos sobre a infância, o atual sintoma de medicalização é signatário do modo como o saber psiquiátrico se constituiu na contemporaneidade. Indiscriminadamente, vemos crianças e adolescentes terem suas condutas medicalizadas como resposta à angústia que vem de diferentes lugares – família, escola, justiça, saúde – frente ao seu não saber. Angústia que emerge em decorrência do recalque ao tentar denegar o sexual na constituição subjetiva da criança.

Neste sentido, diz Mannoni (1967): “[...] se o mundo exterior é sentido pela criança como benévolo ou como hostil, sabemos que não se trata de uma situação biológica, ou animal, de luta pela vida, mas de uma situação *imaginária*, que deve pouco a pouco *simbolizar-se*.” (p.29).

Como vimos acompanhando com Vitor de Aveyron, Roberto – “O lobo” – e Marcos⁹, as crianças podem apresentar questões psíquicas e fazem demanda ao outro quando a angústia, provinda do encontro com o Outro, não consegue ser simbolizada. Acompanhar um sujeito, então, diz respeito a favorecer a nomeação do imaginário de modo a que ele possa se apropriar de sua história, simbolizando-a. Para tanto, faz-se necessário reconhecer na criança, uma alteridade em condições de construir um discurso sobre sua verdade. Neste aspecto, é possível notar o quanto uma escuta aberta para o inconsciente se afasta das terapias que se propõem a incutir valores no “indivíduo”. Valores que visam a recolocar “em ordem” o que a angústia de um sujeito põe em questão.

⁹ Além do “pequeno Hans”, que acompanharemos no capítulo II.

A medicalização da vida, desse modo, pode ser interpretada como uma das respostas ao encontro com o mal-estar na civilização. Resposta sem implicação de sujeito e que nessa lógica, emudece tanto a criança quanto o adulto que dela se ocupa.

1.4. Uma transmissão impedida

Num Colóquio realizado pelo Colégio de Medicina e organizado por Jeanne Aubry, Lacan (1966) proferiu a importante e atual conferência intitulada “O lugar da psicanálise na medicina”. Em sua fala abordou o que chamou de um lugar “marginal” e “extra-territorial” ocupado pela psicanálise com relação à medicina, e aqui utilizamos esta referência para pensar o discurso psicanalítico frente aos diversos discursos que se ocupam da criança.

No campo da clínica com crianças há uma sobreposição médica e pedagógica na demanda de tratamento, havendo, desse modo, uma dupla extra-territorialidade, tanto do campo médico quanto do pedagógico ao discurso psicanalítico, sendo a mesma cara ao desdobramento do tratamento da criança uma vez que é necessário uma distância – não a desconsideração – de projetos reabilitadores para que algo do sujeito, ainda uma criança, possa comparecer em seu encontro com o analista.

Guarido e Voltoline (2009) articulam o fenômeno medicamentoso na educação à técnica behaviorista, tão bem aceita pelo campo pedagógico. O que decorre disso, então, é o esvaziamento do laço social promovendo uma não transmissão, mas, ao contrário, apostando na impressão de comportamentos. Tudo isto nos dá notícias de um apagamento do próprio sujeito através de sua exposição como objeto de um discurso disciplinar, onde o organismo entra na cena como protagonista, enquanto o psiquismo comparece como mero coadjuvante, ainda que se trate de afetos.

Na verdade, se o paradigma behaviorista pôde antecipar as condições para a entrada da medicalização nas escolas, foi apenas por sua vocação de pensar o homem como um objeto manipulável em seu comportamento, destituindo assim, o caráter intersubjetivo da experiência educativa. Instaurou-se, então, a relação “saber-objeto”, cara ao regime da Técnica, no lugar da relação intersubjetiva, inerente ao campo educativo. (GUARIDO; VOLTOLINE, 2009, p.259)

A falta inerente ao sujeito é, nessa lógica, interpretada como *déficit*, sendo o corpo – organismo – o objeto privilegiado como meio de acesso a tal *déficit*. Nesta lógica a-histórica e descritiva, onde tudo ou quase tudo se explica por ligações neuroquímicas, o corpo da criança entra como objeto, mercadoria no discurso capitalista articulado ao discurso da ciência.

[...] o discurso da ciência fez do corpo da criança uma mercadoria que pode ser usada e descartada pela ciência. Desalojá-la desse lugar e se opor a que a ciência faça do corpo da criança um objeto comercializado, disciplinarizado e medicalizado é, portanto, uma orientação ética da psicanálise. (DRUMMOND, 2007 *apud* COUTO, FACURY, FERREIRA, 2013:8).

Neste contexto, levantamos as seguintes questões: o que estamos transmitindo à criança quando medicalizamos seu “comportamento”? Em que consiste a proposta medicamentosa para uma criança por que ela não consegue se concentrar nas tarefas escolares? A que demanda nos referenciar numa clínica onde quem traz a queixa é sempre um outro que não o paciente? Do que se queixa o agente da demanda de tratamento?

Essas são questões concernentes à clínica com crianças, uma clínica que tende a acontecer inicialmente sem a palavra do paciente a ser acompanhado e, com certa frequência, até mesmo em sua ausência, pois geralmente só o agente da queixa é ouvido pelo profissional. Por outro lado, estas queixas contêm uma demanda disciplinar revestida pela identificação das emergências do sujeito ao campo do que deve ser tratado como um “transtorno” – termo já presente no vocabulário comum –, que nesse cenário solicita uma terapêutica disciplinar.

Definido pelo o DSM-IV como “uma síndrome ou padrão comportamental ou psicológico que tem significação clínica. Qualquer que seja sua causa é a manifestação **individual**¹⁰ de uma disfunção comportamental, psicológica ou biológica.” (DSM-IV *apud* Esperanza, 2011:56), o termo “transtorno” é correlato de um discurso cujo norte é o apagamento do sujeito e, nesta empresa, o médico é uma importante personagem.

O médico é requerido em sua função de cientista fisiologista, mas ele está submetido ainda a outros chamados. O mundo científico deposita em suas mãos o número infinito daquilo que é capaz de produzir em termos de agentes terapêuticos novos, químicos ou biológicos. (Idem, *ibidem*, p.10).

¹⁰ Grifos nossos.

Articulada à figura do “transtorno”, está a concepção do sujeito como um “indivíduo”; um complementando o outro na proposta de excluir do sujeito o desejo que lhe constitui, reduzindo a atenção psiquiátrica ao organismo. Segundo Esperanza (2011: 57), comentando o protagonismo do organismo na interpretação da loucura pelo *DSM*:

Esta redução do corpo individual a um organismo biológico tem como consequência um desconhecimento, como uma não existência do lugar forclusivo, do papel que a sexualidade tem na estruturação de todo sujeito, recusando assim a realidade sexual do inconsciente.

A autora resume da seguinte forma a prática psiquiátrica orientada pelos manuais do tipo *DSM*: “As substituições operadas são as seguintes: o transtorno substitui o sintoma, o organismo substitui o corpo, o indivíduo substitui o sujeito e o inconsciente desaparece em favor de comportamentos e condutas a modificar.” (p.58).

Neste contexto, na medida em que o discurso científico se faz cooptar pelo discurso capitalista, um financiando o outro, o paciente entra como resto dessa operação, objeto de um mercado que deve gerar produtividade. Tais discursos parecem, então, esperar do profissional de saúde mental uma resposta acessória ao que prioritariamente se pretende realizar na vida daquele sujeito: reinseri-lo na família, na instituição de educação, retirá-lo do uso abusivo das drogas, torná-lo um indivíduo produtivo... Enfim, uma série de demandas sociais que, a partir de seus agentes técnicos – professores, juízes, médicos, psicólogos... –, tencionam uma resposta rápida da saúde mental que lhes dê condições de realizar sua tarefa almejada. Separar-se dessa lógica sem desconhecer o mote cultural da medicalização da vida é uma indicação clínica para o profissional.

É no ponto em que as exigências sociais são condicionadas pelo aparecimento de um homem que sirva às condições de um mundo científico, que provido de novos poderes de investigação e de pesquisa, o médico encontra-se em face a novos problemas. [...] o médico nada mais tem de privilegiado na organização desta equipe de peritos especializados nas diferentes áreas científicas. (LACAN, 1966: 9).

O médico, como guardião do discurso científico sobre o corpo, é cada vez mais e mais objeto da demanda que faz uso da saúde e da doença como produto de mercado, onde nem mesmo o corpo é poupado, entrando como mercadoria biológica. Neste contexto, Lacan questiona:

“Como eles – os médicos¹¹ - responderão às exigências que convergirão bem rapidamente para as exigências de produtividade? Pois se a saúde torna-se objeto de uma organização mundial, vai tratar-se de saber em que medida ela é produtiva.” (*Idem, Ibidem*, p.14)

Aqui, o discurso psicanalítico nos orienta quanto à ética do desejo, visto que é necessário que se ouça o que o sujeito – a criança – tem a dizer sobre si e acompanhá-lo neste percurso sem pretender moldá-lo às expectativas de ajustamento do ‘comportamento’. Dessa vez, um espaço onde sua forma de se expressar faz entrada como elemento prioritário no curso de seu tratamento, ao contrário da retirada quase que cirúrgica de suas expressões subjetivas. Isto é marginal, extra-territorial com relação aos outros discursos, mas é isto o que sustenta a ética da psicanálise, suportando ainda a necessária articulação entre os dispositivos discursivos para que algo do sujeito se faça valer. (LACAN, 1966[2001]).

¹¹ Acréscimo para melhor entendimento do texto.

2. CAPÍTULO II: A NOVIDADE TRAZIDA PELA PSICANÁLISE

Em “Uma breve descrição da psicanálise”, Freud (1924) apresenta as origens da psicanálise. Nesse texto, não deixa de pontuar as resistências ao que logo se mostrou como um novo campo discursivo, que trazia o sexual como centro da questão sobre o psiquismo humano, o que, no início do século passado, consistia em um contrassenso moral. No entanto, como se pode verificar, passados mais de um século desde *A interpretação de sonhos* (1900), em uma sociedade onde a questão sexual ganha um cenário de liberdade, permanece ainda hoje a resistência à psicanálise com o mesmo tom de outrora.

Assim, a psicanálise nasce em um campo orientado por um único objetivo: a compreensão da natureza do que era conhecido como “doenças nervosas funcionais” (FREUD, 1925 [1924]: 239) e que se impunham ao saber médico, desafiando-o na medida em que não respondiam à terapêutica médica da época. Tais médicos, neurologistas, não consideravam os fatores psíquicos da doença, avaliando-os como uma questão de menor importância e fora do âmbito científico. Dessa maneira, “não podiam encontrar qualquer abordagem aos segredos das neuroses, em particular, da enigmática histeria”, como observa Freud (*Idem*). A mudança na terapêutica da neurose tem sua origem na aceitação da técnica da hipnose pela ciência médica, “graças ao trabalho de Liébault, Bernheim, Heidenhain e Forel” (*Ibidem*, p.240).

O reconhecimento dos fenômenos hipnóticos teve duas consequências: (i) as questões somáticas poderiam ter sua origem em conteúdos mentais e (ii) era possível ter acesso, através da hipnose, a processos mentais que só poderiam ser descritos como inconscientes. Assim, com o sucesso de Breuer (1895) na experiência de tratamento de uma jovem histérica por meio da técnica da hipnose, teve início o método catártico das afecções neuróticas. Esse consistia em favorecer o escoamento do conteúdo libidinal retido, inconscientemente, através da hipnose. Freud e Breuer (1895) escreveram, então, *Estudos sobre a Histeria*, que, ao abordar suas experiências com neuróticas histéricas, inaugurava uma nova terapêutica baseada no método catártico assessorado pela hipnose.

Pode-se considerar, então, o método catártico como o precursor da psicanálise na medida em que ele só é possível por considerar os processos mentais inconscientes, comprovados pelos fenômenos hipnóticos, como determinantes da neurose. Porém, o método mantinha-se no campo médico como uma terapêutica de escolha em casos de histeria, nada havia nele de revolucionário como acabou por tornar-se a psicanálise em

seus desdobramentos. Como observado, apesar de a hipnose se mostrar uma técnica eficaz e de rápidos resultados, os sintomas retornavam. A este fator adverso, Freud acrescenta a excessiva dependência das relações pessoais do paciente para com o médico constituindo-se em uma condição para que a sugestão hipnótica acontecesse.

Com dificuldades para hipnotizar seus pacientes e advertido quanto ao retorno dos seus sintomas, Freud abandona a técnica da hipnose substituindo-a pelo método da associação livre, que consistia em que o paciente falasse o que lhe ocorresse, sem críticas. A partir da associação livre, foi possível verificar uma das pedras angulares da psicanálise então nascente – a resistência –, o que conduziu à teoria do recalque. Este tinha sua origem inconsciente, e seu conteúdo era invariavelmente de cunho sexual, como verificou Freud. A partir desse ponto, as pesquisas tomam novo rumo, e contribuem para a constituição da nova teoria, destacando os seguintes fatores:

[...] ênfase na vida instintual (afetividade), na dinâmica mental, no fato de que mesmo os fenômenos mentais aparentemente mais obscuros e arbitrários possuem invariavelmente um significado e uma causação, a teoria do conflito psíquico e da natureza patogênica da repressão, a visão de que os sintomas constituem satisfações substitutivas, o reconhecimento da importância etiológica da vida sexual, e, especificamente, dos **primórdios da vida sexual infantil**¹². (FREUD, 1925 [1924]: 246).

Associando à lista de questões que contribuía para a construção da psicanálise, Freud, além de considerar a sexualidade na infância, ainda a remete à relação com os pais, no “Complexo de Édipo”, que se afigurou cada vez mais claro como núcleo de todos os casos de neurose. Assim, fiel à pesquisa científica, Freud não se deteve diante das indicações clínicas que, no entanto, iam de encontro à moral vigente. A consideração da sexualidade na infância e o complexo de Édipo scandalizaram a sociedade e, ainda hoje, pode-se dizer que a denegação da estrutura fantasmática no psiquismo constitui sintoma atual, na medida em que desvela para o adulto o conteúdo sexual da fantasia reprimida.

Em 1900, já separado do método catártico e percebendo que nascia um novo campo discursivo que tinha como fundamento o inconsciente, Freud lança *A Interpretação de Sonhos*. Através da análise de seus próprios sonhos, ele sustenta a tese de que o sonho é uma realização de desejos inconscientes, de cunho sexual.

¹² Grifos nossos.

Assim, como pudemos acompanhar, a psicanálise não “caiu pronta dos céus” (FREUD, 1924 [1923]: 239), foi necessário um longo e árduo trabalho de construção e elaboração de um novo campo discursivo que tem na descoberta do inconsciente seu núcleo, carregando consigo o descentramento do homem do universo racional no qual estava alojado o “*cogito ergo sum*”. Com a descoberta do inconsciente e a invenção da psicanálise, Freud inaugura um novo homem, dividido em seu ser pelo que nele não pensa, mas deseja.

Na forma que ela assumiu, a teoria psicanalítica das neuroses já encerrava determinado número de coisas que iam de encontro a opiniões e inclinações aceitas e estavam talhadas a provocar espanto, repugnância e ceticismo em estranhos; por exemplo, a atitude da psicanálise para com o problema do inconsciente, seu reconhecimento de uma sexualidade infantil e a ênfase que concedia ao fator sexual na vida mental em geral. Mais coisas, porém, deveriam seguir-se. (*Ibidem*, p.247).

No entanto, se tudo isso pôde ser construído ao longo de toda a teoria escrita por Freud até sua morte, podem-se verificar suas bases desde o *Projeto para uma psicologia científica* (1950 [1895]), em que já estão contidos em germes os desdobramentos futuros da teoria então nascente. Este é um texto norteado pelo pensamento de um Freud, ainda neurologista, que pretendia conferir cientificidade à psicologia através da representação dos “processos psíquicos como estados quantitativamente determinados de partículas materiais especificáveis, tornando assim esses claros e livres de contradições.” (FREUD, 1897: 403). É de especial importância a seção do texto intitulada “A experiência de satisfação” por trazer à tona a questão do desejo e da falta, ditos nos termos do estado de urgência no qual o bebê humano se encontra diante do desconforto orgânico gerado pela fome e frio; e por seu cuidador – em geral a mãe – reconhecer no grito uma demanda, e assim promover uma ação específica. A experiência de satisfação, realizada pela demanda ao Outro, inaugura a entrada do homem no campo da linguagem e, com isso, a possibilidade do sujeito advir.

O organismo humano é, a princípio, incapaz de promover essa ação específica. Ela se efetua por *ajuda alheia*, quando a atenção de uma pessoa experiente é voltada para um estado infantil por descarga através da via de alteração interna - por exemplo, o grito do bebê. Essa via de descarga adquire, assim, a importantíssima função secundária da *comunicação*, e o desamparo inicial dos seres humanos é a *fonte primordial* de todos os *motivos morais*. (FREUD, 1895: 431).

Com essas bases, não é difícil antever o campo de resistências que a psicanálise enfrentaria e ainda hoje enfrenta, sendo localizadas muito mais no aspecto psíquico do que no intelectual, como, em 1917, constata Freud em “Uma dificuldade no caminho da psicanálise”. Nesse momento, o autor inclui a descoberta do inconsciente como o terceiro grande golpe narcísico da humanidade: sendo o primeiro golpe o astronômico, quando Copérnico descobre que a Terra não é o centro do Universo; o segundo, biológico, quando Darwin, ao sustentar sua teoria da evolução, afirma que o homem não é um ser divino e que tem sua origem na espécie animal; e o terceiro golpe, o psicológico, quando a psicanálise como descoberta do inconsciente desaloja o homem de seu centro racional afirmando que existe algo nele que funciona a sua revelia.

Essas duas descobertas - a de que a vida dos nossos instintos sexuais não pode ser inteiramente domada, e a de que os processos mentais são, em si, inconscientes, e só atingem o ego e se submetem ao seu controle por meio de percepções incompletas e de pouca confiança -, essas duas descobertas equivalem, contudo à afirmação de que *o ego não é o senhor da sua própria casa*. (FREUD, 1917: 178).

Diante da repetição da resistência à psicanálise, Freud volta a investigar seus motivos. Assim, “As resistências à psicanálise” (1925[1924]), é dedicado ao exame da cultura em seu encontro com a psicanálise, partindo do princípio de que a civilização se orienta por dois pilares: o controle das forças naturais e a restrição das pulsões. Ao constatar o aspecto selvagem das pulsões, no sentido de que elas podem ser trabalhadas, mas jamais treinadas, sendo seu destino a satisfação (cf. FREUD, 1915), a psicanálise acaba por desvelar o que a civilização se esforça por denegar – o sexual, entendido por Freud como Eros, o principal fator de resistência à psicanálise.

Referindo-se à civilização na defesa dos ideais moralistas, diz Freud:

O trono do governante - a civilização - repousa sobre escravos agrilhados. Entre os componentes instintuais que são assim colocados ao seu serviço, os instintos sexuais, no sentido mais estrito da palavra, são conspícuos por sua força e selvageria. Que desgraça, se eles se libertassem! O trono seria derrubado e o governante, calcado sob pés. A sociedade está ciente disso - e não permitirá que o assunto seja mencionado. (FREUD, 1917: 271).

É isso o que a *Interpretação de sonhos* (1900) desvela, é esta a mudança freudiana de uma terapêutica médica para um novo campo científico, ético e discursivo.

Assim, se, em relação ao adulto foi difícil sustentar a tese de que todo sonho é a realização de um desejo de cunho sexual, no caso da criança, isto se configurava como inimaginável, e uma grande fonte de resistência à psicanálise. Foi através do caso Hans, um menino de cinco anos atendido pelo pai e supervisionado por Freud, que se tornou possível demonstrar algumas teses da psicanálise de adultos, em um retorno à criança, como se verá a seguir.

2.1. A infância para a psicanálise

Como visto no capítulo anterior, o sentimento de infância é uma invenção social que traz em seu bojo os efeitos das transformações sofridas pela sociedade moderna européia. Diretamente relacionado aos eventos sociais, econômicos e políticos, o sentimento de infância é, historicamente, herdeiro do Novo Regime, quando a criança ganhou *status* de futuro da civilização. A partir desse momento, é preciso que ela seja cuidada, como um projeto para o futuro. Este parece ser o primeiro movimento rumo à profilaxia, nascido no momento em que a criança é percebida como inacabada.

“Criança”, termo que qualifica uma pessoa durante uma faixa etária de sua existência, é ainda um conceito reconhecido de diferentes modos em função do **discurso** no qual o **significante** esteja inserido. Assim, há a criança segundo o discurso médico, o discurso jurídico, o discurso educacional – para citar os mais relevantes neste momento do estudo. Pode-se localizar como um ponto de convergência entre esses discursos a noção de “desenvolvimento” como principal característica da invenção chamada criança, desenvolvimento que inclui o sujeito em uma norma universal a ser seguida.

Na contramão da leitura do sujeito através de etapas de desenvolvimento, desde *Estudos sobre a histeria* (1893-1895), Freud frisou a significação da infância para a origem de certos fenômenos importantes que dependem da vida sexual. O grande salto da infância ao infantil deu-se pela substituição da teoria da sedução pela teoria da fantasia, o que exigiu a elaboração de uma doutrina da realidade psíquica suportada pelo inconsciente (cf. CIRINO, 2001). Desse modo, assim como o infantil comparece no adulto, o sexual retroage até a infância implodindo com a diacronia, visto que o sexual é o próprio inconsciente. O infantil diz respeito, então, à etiologia de qualquer neurose, localizado não no tempo, mas no significante como promotor do trauma. No nível da fantasia, é possível dizer que temos um tempo qualificado como sincrônico, exatamente porque o inconsciente é atemporal.

A psicanálise, desse modo, desconstruiu a definição de criança dada pela história, incluindo-a no campo do sujeito do desejo. Com Freud, ao contrário do que se acreditava, o infantil persiste no adulto, é investido de sexualidade e até mesmo sua construção é anterior ao seu nascimento biológico, pela linguagem. (cf. KUPFER, 2013: 37).

Assim, na contramão da moral vigente, em *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* (FREUD: 1905) o estudo da sexualidade infantil revelou o grave engano quanto à negação da atividade sexual na infância, sendo este equívoco o principal responsável pela ignorância quanto às condições básicas da vida sexual comum. Nesse texto, Freud passa a considerar a infância como pré-histórica do homem e chama a atenção para a evitação do tema por estudiosos do “Desenvolvimento sexual”, que, em geral, omitem a infância neste tipo de estudo.

Esta omissão, que mais parece dar notícias de uma denegação do sexual na criança, pode ser interpretada por referência à amnésia que, na maioria das pessoas, encobre os primeiros anos da infância até os seis ou oito anos de idade. Tal amnésia é interrogada por Freud, pois parece indicar a ação do recalque sobre o conteúdo da experiência sexual vivida na primeira infância e atualizado na puberdade.

Creio, pois, que a amnésia infantil, que converte a infância de cada um numa espécie de época *pré-histórica* e oculta dele os primórdios de sua própria vida sexual, carrega a culpa por não se dar valor ao período infantil no desenvolvimento da vida sexual. (FREUD, 1905: 164).

Pela censura dos conteúdos sexuais da infância, seu retorno se dá no adulto, como uma ideia que comparece como insuportável ao narcisismo do eu. Dessa maneira, o sintoma, metáfora do mal-estar, apresenta-se como solução de compromisso no lugar daquilo de que o sujeito nada quer saber. Observam-se, então, as questões da sexualidade, e mais especificamente sua denegação, apresentando-se de forma recorrente como tema de interesse para a educação.

Ainda em *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*, Freud ressalta que a denegação da sexualidade na infância era uma ocorrência banal e que, de acordo com a opinião popular, a pulsão sexual estaria:

[...] ausente na infância, far-se-ia sentir na época e em conexão com o processo de maturação da puberdade, seria exteriorizada nas manifestações de atração irresistível que um sexo exerce sobre o outro, e seu objeto seria a união sexual, ou pelo menos atos que levassem nessa direção. (*Ibidem*, p. 127).

Freud critica esses dados advertindo sobre sua imagem infiel da realidade, pois o que podemos constatar é que estão repletos de “erros, imprecisões e conclusões apressadas.” (*Idem*). Assim sendo, ele articula pulsão e sexualidade interrogando a opinião popular, que, em última instância, prevê uma sexualidade reduzida ao genital; para isso, Freud serve-se dos termos “objeto sexual” e “alvo sexual” para interrogar os destinos da satisfação pulsional. Isto levaria à constatação de que, além de investida de sexualidade, na criança o sexual teria o caráter perverso polimorfo, tendo em vista a delicada constituição psíquica da criança, com a ausência de objeto da libido e o recalque não constituído plenamente.

Neste momento, uma das questões de Freud é a desmontagem de certezas sobre a sexualidade, já que esta posição moralista impedia a realização de uma pesquisa séria sobre sua ocorrência no indivíduo. Neste contexto, o autor põe em reserva o saber constituído sobre a sexualidade para poder observar sua ocorrência quando é chamada perversa, como exceção à norma: na homossexualidade, no fetiche, na criança. Na contramão do juízo de qualidade entre a sexualidade normal ou perversa, Freud argumenta que a satisfação sexual prevê o que é externo ao que é da ordem da necessidade, sendo esta satisfação sempre de ordem perversa. Bem como o sexual, a estrutura psíquica seria constituída de uma fantasia sexual, de cunho perverso, podendo-se concluir, então, que a predisposição para a perversão faz parte da constituição considerada normal e inata, mas seu estudo só poderia ser demonstrado através da criança (FREUD, 1905:160).

O estudo das perversões, principalmente o fetiche, conduziu Freud à pesquisa da sexualidade infantil, a partir do que podia ser articulado entre as perversões e a atividade sexual na criança. O que levaria “à substituição do objeto pelo fetiche é uma conexão simbólica de pensamentos que, na maioria das vezes, não é consciente para a pessoa. [...] Não obstante, nem mesmo esse simbolismo parece independe sempre das experiências sexuais da infância.” (*Ibidem*, p.145). Com a consideração da perversão na atividade sexual comum, Freud pôde verificar também na criança satisfações de ordem sexual, de caráter perverso, sendo todo o corpo objeto de satisfação, como foi possível verificar desde o chuchar até o onanismo.

Essas considerações tiveram como consequência a valorização do retorno à infância para melhor entender o infantil no adulto. A partir desse momento, a análise de crianças passava a ensinar sobre o funcionamento psíquico do adulto. Aparecem confirmadas, dessa forma, a disposição sexual perversa polimorfa, a relação amorosa

com o genitor de sexo oposto, a precocidade do recalque e o intenso trabalho da criança em descobrir sua origem através das teorias sexuais infantis fadadas ao fracasso pela própria imaturidade do aparelho psíquico (cf. FREUD, 1905).

O estudo da sexualidade na criança, ao contrário de uma análise do desenvolvimento, possibilitou uma suspensão no tempo cronológico frente às questões de ordem inconsciente. Trata-se do inconsciente tanto na fala da criança quanto na do adulto, quando dirigidas ao analista. Assim, a análise de neuróticos fez a teoria psicanalítica retroagir a um momento da vida, a infância, em que foi possível demonstrar que houve um rico trabalho psíquico e que os conteúdos não elaborados retornavam através da necessidade de repetir. O traumático, então, era o encontro com a linguagem exigindo uma resposta do sujeito.

Na infância, quando o aparelho psíquico ainda está em construção e a libido está fragilmente ligada aos objetos, à criança é apresentado um campo de linguagem que lhe exige uma resposta como sujeito. O sexual, como retorno do recalcado, diz respeito às vivências sexuais infantis, que pela impossibilidade de nomeação retornam como sintoma. Estas experiências, não precisam ser algo de excepcional, mas dizem respeito ao próprio encontro do sujeito com o Outro. O que fica desse encontro, sempre faltoso, é o representante psíquico que é sempre de ordem sexual.

Desse modo, Freud articula o infantil ao mal-estar, como uma questão estrutural. A disposição perverso polimorfa, característica da sexualidade infantil, persiste como um resto e participa da atividade sexual humana, “sendo impossível não reconhecer nessa tendência uniforme a toda sorte de perversões algo que é universalmente humano e originário.” (FREUD, 1905: 179).

Analisando o investimento libidinal da criança em seus pais, no Complexo de Édipo, com o primeiro momento vivido como um desejo de igualar-se aos pais (o genitor de sexo oposto), Freud destaca o retorno dessa intensa corrente amorosa na puberdade de forma dolorosa, pois, dessa vez, o sujeito não pode mais deixar de ver que os pais, antes “perfeitos”, não gozam mais de tamanha qualidade. Em “Romances Familiares”, Freud (1909[1908]) enfatiza a reedição do recalque na puberdade como fator importante para a separação da autoridade dos pais, com isso, possibilitando ao sujeito investir em outros objetos sexuais.

Em “O interesse científico da psicanálise”, Freud (1913) retoma o tema da sexualidade de forma direta ao abordar a questão do desenvolvimento infantil, assegurando que a vida mental do adulto tem sua origem na vida da criança. Neste

sentido, seguindo o poeta Wordsworth, diz que “a criança é o pai do homem” e é pela força do recalque que o adulto negligencia os fatos importantes de sua infância, sobrevivendo o que Freud chamou de “lembranças encobridoras”. Assim, chama a atenção para o conteúdo desse esquecimento, que, embora inacessível à lembrança, está presente e atuante no psiquismo. Diz ainda que “a psicanálise pode estabelecer o caráter decisivo e indestrutível dessas primeiras experiências da maneira mais clara possível, no caso da vida sexual.” (FREUD, 1913: 218). Assim, o enigma da vida sexual do adulto só pode ser investigado tomando como princípio os fatores infantis existentes no amor. (*Ibidem*, p.219). Deste modo, pode-se avançar na direção da escolha invariavelmente incestuosa do objeto de amor na infância, ficando ao encargo da civilização a proibição do incesto. Este fato, é de suma importância, visto a necessária frustração sofrida pela pulsão, que, desde então, precisará realizar seu objetivo de satisfazer-se através de outro objeto, por sublimação. O adulto tem isto em conta, mas não tem acesso a essa questão; e, é na novela familiar que seu Édipo é atualizado.

“Todos os desejos, impulsos instintivos, modalidades de reação e atitudes da infância acham-se ainda demonstravelmente presentes na maturidade e, em circunstância apropriada, podem mais uma vez surgir.” (*Idem, ibidem*). Assim, pelo reconhecimento do eu como objeto de investimento sexual, em “Sobre o narcisismo: uma introdução”, Freud (1914) destaca a relação narcísica dos pais com seus filhos, sendo essa a prova mais desvelada de uma vivência infantil do amor. Os pais acham-se sob a compulsão de atribuir todas as perfeições ao filho, de ocultar e esquecer todas as suas deficiências e de impedir-lhe as frustrações sobrevividas pela interferência do outro. Além disso, sentem-se inclinados a suspender em favor da criança o funcionamento de todas as aquisições culturais que seu próprio narcisismo foi forçado a respeitar, e a renovar, em nome dela, as reivindicações aos privilégios de há muito por eles próprios abandonados. Freud depreende disso que a negação da sexualidade nas crianças está relacionada a esse retorno ao próprio narcisismo, a um tempo em que o sujeito se percebia completo, em que o eu estava identificado ao ideal do eu.

De acordo com Freud (1914), a parte mais importante do narcisismo pode ser isolada sob a forma do complexo de castração e tratada em conexão com o efeito da coerção inicial da atividade sexual. (*Idem, ibidem* p,109). A negação da sexualidade na infância seria correlata ao narcisismo dos pais, que, tendo recalcado o sexual de sua própria infância, acabam por denegá-lo no filho. O complexo de Édipo mostra-se, desse modo, como fenômeno central do período sexual da primeira infância. Após esse

período, pela própria frustração, ele sucumbe à regressão e é seguido pelo período de latência. Assim, “a ausência da satisfação esperada, a negação continuada do bebê desejado, devem, ao final, levar o pequeno amante a voltar às costas ao seu anseio sem esperanças.” (FREUD, 1924: 217). Freud conclui que o complexo de Édipo caminha para sua destruição exatamente pela impossibilidade do sucesso, por consideração à proibição do incesto, o que, no adulto retorna no sintoma, seu mal-estar.

O passado de uma civilização articula-se ao enigma contido no recalque. Quanto menos o sujeito tem acesso ao seu passado, menos pode ver com clareza seu presente (FREUD, 1927).

Em “Complexos Familiares” (LACAN, 2008[1938]) encontramos a seguinte descrição a respeito da instituição família:

Entre todos os grupos humanos, a família desempenha um papel primordial na transmissão da cultura. [...] a família prevalece na primeira educação, na repressão dos instintos, na aquisição da língua acertadamente chamada de materna. Com isso, ela preside os processos fundamentais do desenvolvimento psíquico [...]. Ela [a família] estabelece desse modo, entre as gerações, uma continuidade psíquica cuja causalidade é de ordem mental. Esta continuidade, se revela o artifício de seus fundamentos nos próprios conceitos que definem a unidade de linguagem, desde o totem até o nome patronímico, não se manifesta menos pela transmissão à descendência de disposições psíquicas que estão próximas ao inato [...]. (LACAN, 1938, p.9)

Recorremos a essa longa citação por considerar que estão nela contidos importantes dados da função realizada pela família humana moderna na transmissão da herança psíquica ao incluir o sujeito na cultura. A partir da família, não apenas o seu lugar social, mas em sua função de transmissão de complexos parentais, podemos refletir sobre o encontro com a criança, o qual pode ser bem menos romântico do que pretende a tradição rousseuniana. Articulado à ideia da família parental, está o tema do “complexo”, presente no título do texto, estabelecendo uma separação entre o que se entende por família natural e “família como objeto e circunstância psíquica” (*Idem, ibidem*, p.15). Importa-nos ressaltar do conceito de “complexo” que ele está condicionado aos fatores culturais, às custas, dos naturais; o que implica na leitura do sujeito nas tramas da linguagem.

Foi a partir do inconsciente que Freud, a princípio, definiu o complexo (*Idem, ibidem*, p.17) e, tomando sua orientação como referência para pensar os fatos psíquicos

da família humana, é possível nos reportar ao encontro com a criança como promotor da reedição das fantasias que compõem a constituição psíquica.

Em “O recalçamento” (1915), Freud descreve todo o esforço psíquico em desinvestir uma ideia para que um afeto ansiogênico seja afastado da instância da consciência. No lugar da ideia recalçada, que jamais pode ser apagada do aparelho psíquico, surge o sintoma como “solução de compromisso” entre o eu e o isso; sendo esta, uma tentativa fracassada de satisfazer a “dois senhores” em busca de satisfação pulsional. O mecanismo do recalque pode nos esclarecer sobre o esquecimento do adulto em relação a suas tão ricas experiências de infância, e, desse modo, podemos depreender que um adulto que exhibe uma acentuada polidez e uma moral radical, pode ter sido, muito provavelmente, uma criança perversa.

Retomando “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade”, como referência para articular a denegação da lembrança infantil em função da fantasia neurótica de sedução, diz Freud (1905: 164):

[...] a existência da amnésia infantil fornece um novo ponto de comparação entre o estado anímico da criança e o dos psiconeuróticos. [...] Aliás, ligar a amnésia infantil à amnésia histérica, é mais do que um mero jogo de palavras. A amnésia histérica, que está a serviço do recalçamento, só é explicável pela circunstância de que o indivíduo já possui um acervo de traços mnêmicos que deixaram de estar à disposição da consciência e que agora, através de uma ligação associativa, apoderam-se daquilo sobre o que atuam as forças repulsoras do recalçamento.

A angústia do adulto, assim entendida, faz referência ao campo do estranho e íntimo, aquele que sempre esteve presente, mas descartado como se jamais houvera, tal como escreveu Freud (1919) em “O estranho”. Neste texto, faz um longo estudo sobre o significante “estranho” e chega à conclusão de que acepções tais como “sinistro” e “familiar”, antitéticas, encontram-se como definições para o mesmo significante – estranho; sendo *Heimlich* (familiar) e *Unheimlich* (estranho), e depreende do sufixo “Un” a marca do recalque. (*Idem, ibidem*, p. 305).

O sentimento de estranheza é aproximado, por Freud, do fenômeno do “duplo”, o qual tem sua origem no amor próprio, no narcisismo primário que domina a mente da criança e do homem primitivo. Entretanto, quando essa tarefa está superada, o “duplo” inverte seu aspecto. Depois de haver sido uma garantia de imortalidade, transforma-se em estranho anunciador da morte (*Idem, ibidem*, p. 294). Não é difícil depreender disso que a sensação de estranheza pode lançar o sujeito imediatamente ao estado de

desamparo e, na relação do adulto cuidador – pais, professores, por exemplo – com a criança, este encontro por si só tem a qualidade de antecipar ao sujeito suas próprias questões narcísicas, o duplo.

A questão do estranho é de extrema relevância para nosso tema, na medida em que entendemos com Freud que o amor do adulto pela criança/filho tem sua origem no narcisismo dos pais. E, se o narcisismo pertence ao campo do imaginário, como nos adverte Lacan (1948: 112), o amor logo pode mostrar sua face avessa à medida que a criança se distancia das expectativas narcísicas do casal parental.

“[...] a qualidade de estranheza só pode advir do fato de o ‘duplo’ ser uma criação que data de um estágio mental muito primitivo, há muito superado – incidentalmente, um estágio em que o ‘duplo’ tinha um aspecto mais amistoso. O ‘duplo’ converte-se num objeto de terror, tal como, após o colapso da religião, os deuses se transformam em demônios.” (Idem, *Ibidem*, p. 295).

No contexto dos complexos familiares, a criança por ocupar o lugar de objeto no desejo dos pais, pode retornar como semblante do estranho. Nestas condições, seu sintoma pode representar a verdade do casal parental, e, esta é a condição mais favorável às intervenções analíticas, de acordo com Lacan em “Nota sobre a criança” (1969). O atendimento a crianças esbarra, então, nessa questão, e nos deparamos com pais preocupados que esperam, quase invariavelmente, por uma manobra que ponha nos eixos a situação incômoda, sem se dar conta de que a queixa apresentada ao profissional tem a ver com eles próprios além da criança.

A cultura escolar parece excluir algo do infantil através do véu da convocação da criança ao universo de seu desenvolvimento físico e mental, no entanto, o que parece na realidade ocorrer é o rechaço dos traços do sexual trazidos à cena pela criança. É neste lugar onde o sintoma do sujeito comparece claramente como exceção à norma que a atual sociedade propõe técnicas que se prestam a moldar um indivíduo. Podemos depreender, com efeito, que a ortopedia das emergências subjetivas da criança tem origem nesse fenômeno narcísico comum.

2.2. Um retorno ao Pequeno Hans

Ao final da apresentação de “O Pequeno Hans”, Freud (1909) declara não haver verificado nada de novo com relação ao que já sabia através da análise de adultos. Levanta ainda a hipótese de que os complexos ideativos da neurose infantil de Hans podem participar da constituição da vida psíquica de modo estrutural.

Estou, portanto, tentado a reclamar para essa neurose da infância o significado de ser um tipo e um modelo, assim como a supor que a multiplicidade dos fenômenos de repressão exibidos pelas neuroses e a abundância de seu material patogênico não evitam que sejam derivados de um número muito limitado de processos que participam de complexos ideativos idênticos. (FREUD, 1909: 152).

O “Pequeno Hans” é um caso de fobia de um menino de quase cinco anos de idade, acompanhado por seu pai sob a supervisão de Freud, que havia pedido a alunos e amigos que observassem a vida sexual das crianças. Sua intenção era, então, ver comprovada sua hipótese de que localizava-se nos componentes da sexualidade infantil a força motivadora dos sintomas neuróticos (Freud, 1905 *opicit* Freud, 1909:16).

Seguramente deve existir a possibilidade de se observar em crianças, em primeira mão e em todo frescor da vida, os impulsos e desejos sexuais que tão laboriosamente desenterramos nos adultos dentre seus próprios escombros – especialmente se também é crença nossa que eles constituem a propriedade comum de todos os homens, uma parte da constituição humana, e apenas exagerada ou distorcida no caso dos neuróticos. (FREUD, 1909:16).

Os primeiros relatórios do pai de Hans iniciam-se aos três anos de idade do menino. A fobia de Hans consistia em um medo de cavalos que eclodiu com o nascimento de sua irmã, Hanna. Paralelamente, o menino se mostrava especialmente interessado pelo órgão genital masculino, o que ele chama de “faz pipi”. A partir do interesse por sua genitália, Hans passa a reconhecer o mundo tomando por referência a presença ou ausência do pênis – única genitália reconhecida por Hans naquele momento. A gravidez da mãe havia lhe chamado a atenção para a origem dos bebês e, é possível perceber que Hans estava elaborando suas teorias sexuais infantis.

Quanto aos esses relatos iniciais, diz Freud (1909): “Essas primeiras observações já começam a despertar a expectativa de que muita coisa, se não a maior parte, de tudo que o pequeno Hans nos revela, terminará por tornar-se típica do desenvolvimento sexual das crianças em geral.” (p.17). Aos três anos e meio Hans é surpreendido por sua

mãe ao se masturbar, e é repreendido com a ameaça, comum, de ter seu “pipi” cortado fora (p.17). Nesta ocasião, Hans ainda não demonstrava qualquer sentimento de culpa, mas foi este o momento da aquisição do “complexo de castração” (p.18).

Ao longo do relato do caso, e especialmente no único contato de Freud com o menino, é possível verificar uma intervenção clínica que teve conseqüências para a remissão dos sintomas fóbicos da criança. Numa belíssima passagem, Freud interpretou para Hans o seu amor ambivalente pelo pai e o desejo incestuoso pela mãe, facilitando para ao menino a elaboração do Complexo de Édipo.

[...] revelei-lhe que ele tinha medo do seu pai, exatamente porque gostava muito de sua mãe. Disse-lhe da possibilidade de ele achar que seu pai estava aborrecido com ele por esse motivo; contudo, isso não era verdade, seu pai gostava dele apesar de tudo [...]. Continuei, dizendo que bem antes de ele nascer eu já sabia que ia chegar um pequeno Hans que iria gostar tanto de sua mãe que, por causa disso, não deixaria de sentir medo de seu pai; e também contei isso ao seu pai. (FREUD, 1909: 52).

Freud anunciou, assim, o Complexo de Édipo para Hans e seu pai através de uma interpretação para o menino.

A partir do estudo do caso do pequeno Hans, Freud tenta recolher conseqüências para o entendimento da vida psíquica das crianças e a incidência dos objetivos educacionais sobre a criança (FREUD, 1909:147). Neste ponto faz uma defesa a Hans, no sentido de que ele não era um “degenerado”, uma criança “anormal”, como poderiam supor. Ao contrário, “era bem formado fisicamente, era um rapazinho alegre, amável e de mente ativa [...]” (FREUD, 1909, p.147). Freud concorda, contudo, que existe em Hans uma precocidade sexual, mas não confere a isso um caráter negativo. Ao contrário, articula a curiosidade sexual da criança à sua atividade intelectual.

“Devo inclinar-me a acreditar, portanto, que a precocidade sexual é um correlato, raramente ausente, da precocidade intelectual, e que, assim, deve ser encontrada em crianças dotadas mais frequentemente do que se poderia esperar.” (FREUD, 1905, p.248 *apud* FREUD, 1909, P.147)

Neste panorama, e ainda articulando o trabalho psíquico da criança às expectativas da educação, Freud ressalta a frequência da fobia na infância como não rara e interroga o modo como a educação lidava com esse tipo de ocorrência, abafando as questões psíquicas envolvidas nesse contexto.

Quando, todavia, um paciente adulto neurótico vem a nós para tratamento psicanalítico (e presumamos que sua doença só se tornou manifesta depois que ele atingiu a maturidade), achamos regularmente que sua neurose tem como ponto de partida uma ansiedade infantil tal como a que discutimos, e é de fato uma continuação dela; de modo que, por assim dizer, um contínuo e tranqüilo fio de atividade psíquica, partindo dos conflitos da sua infância, foi prolongado através de sua vida – sem consideração se o primeiro sintoma daqueles conflitos persistiu ou recolheu-se sob a pressão das circunstâncias. Acho, portanto, que a doença de Hans pode, talvez, não ter sido mais séria que aquela de muitas outras crianças que não são rotuladas de ‘degeneradas’ [...]. (FREUD, 1909: 148).

Freud já mostra preocupações quanto aos efeitos da educação sobre o aparelho psíquico, chegando a fazer severas críticas a respeito da postura do adulto quanto a preocupar-se unicamente em não ser incomodado pela criança, utilizando-se, para esse fim, de métodos educativos que tem como fundamento a desconsideração da fala da criança (*Idem, ibidem*, p.148). Neste contexto Freud positiva o sintoma fóbico de Hans, visto que seria:

[...] para seu benefício que Hans produziu essa fobia, pois ela dirigiu a atenção dos pais para as dificuldades inevitáveis com as quais uma criança é confrontada quando, no curso de sua formação cultural, é solicitada a superar os componentes instintuais inatos da sua mente; e seu problema levou seu pai a assisti-lo. (FREUD, 1909:148-9).

O caso Hans em consonância com “Três ensaios” (Freud,1905) levanta uma série de questões sobre a criança, sua sexualidade, e a educação. Esta última, comparece como uma das claras preocupações de Freud ao transmitir as conclusões do caso. O caso Hans tornava-se, então, emblemático para a confirmação do que Freud já tinha como hipótese sobre a sexualidade na infância, e abre questões quanto à postura da educação no acolhimento dos temas comuns da constituição do sujeito.

2.3. Psicanálise e Educação:

Nas considerações ao caso Hans, Freud (1909) levanta três questões: as observações da criança vão ao encontro das afirmações que fez em “Três Ensaio” (1905)?; em que medida a observação da criança poderia contribuir para a compreensão da ‘neurose de angústia’, a fobia?; e, a observação do menino serviria para o esclarecimento sobre a vida mental das crianças ou ofereceria alguma orientação crítica sobre os objetivos educacionais? (FREUD, 1909:109).

A terceira interrogação, onde Freud articula a vida mental das crianças aos objetivos educacionais abriu caminho para o que acabou por se tornar uma questão para a conexão da psicanálise com a educação, no que concerne à função da psicanálise no campo da educação e ao próprio estatuto da análise com crianças.

Catherine Millot (2001:134), em um dos capítulos de seu livro questiona: “Análise de crianças: Psicanálise ou pedagogia?”.

E continua:

Se é verdade, como pensamos haver demonstrado, que a psicanálise é uma ‘educação ao inverso’, como é possível uma análise de crianças, que se dirige a seres cuja educação ainda está inacabada? Quais podem ser as relações concretas entre a cura analítica de crianças e a educação? Os analistas de crianças confirmam a tese da oposição entre processo analítico e processo pedagógico?

De modo geral, as questões apresentadas por Freud (1909) remetem à transmissão da clínica psicanalítica através da escuta à criança, sendo possível verificar na criança o que do adulto se ouvirá através de muito trabalho analítico. A observação de crianças oferecia, por conseguinte, um valor técnico para a análise de adultos. Em suas palavras:

Quando um médico trata de um neurótico adulto pela psicanálise, o processo que ele realiza de pôr a descoberto as formações psíquicas, camada por camada, capacita-o, afinal, a construir determinadas hipóteses quanto à sexualidade infantil do paciente; e, é nos componentes dessa última que ele acredita haver descoberto as forças motivadoras de todos os sintomas neuróticos da vida posterior. (FREUD, 1909: 15-16).

A “observação” de Hans, como pudemos acompanhar, abriu caminho para um novo campo da psicanálise – a psicanálise com crianças – que logo se tornou uma questão quanto ao estatuto desta análise. Seria uma análise pedagógica ou uma pedagogia analítica? Estas interrogações iniciais dividiram posições teórico-clínicas no campo psicanalítico e destacamos Anna Freud e Melanie Klein como dois importantes expoentes do início da clínica psicanalítica com crianças. (Millot, 2001:136).

Estabelecendo um paralelo entre Anna Freud e Melanie Klein, pode-se verificar que a primeira sustentava uma análise pedagógica dirigindo-se ao ego com vistas a fortalecê-lo, enquanto Melanie Klein se orientava pela interpretação dos fantasmas da criança para facilitar a elaboração dos complexos inconscientes. Os esforços de Anna Freud, no entanto, se mostram opostos à própria indicação freudiana, como podemos

observar Freud, dezesseis anos após o estudo do caso Hans, em “Prefácio à juventude desorientada de Aichhorn” (1925), postular: “A psicanálise pode ser convocada pela educação como meio auxiliar de lidar com uma criança, porém não constitui um substituto apropriado para a educação.” (p.342). Como essa orientação pode auxiliar aos que atuam com crianças a partir da psicanálise?

A clínica psicanalítica com crianças não é uma pedagogia, mas compõe com essa uma dialética: se uma transmite os ideais da civilização, a outra acolhe as questões advindas do mal-estar frente a esse ideal. E podemos ainda acrescentar que a psicanálise e pedagogia não se confundem e nem se complementam, visto que atuam em modalidades discursivas distintas, pois, enquanto um analista se disponibiliza à escuta da realidade psíquica de um sujeito, a pedagogia se dirige ao indivíduo com a importante função de lhe transmitir os conteúdos da cultura. Enquanto a primeira se posiciona a partir do discurso do analista, a outra atua a partir do discurso do mestre, como veremos adiante. Catherine Millot (2001:137), reportou-se à incidência psíquica dos discursos para separar uma psicanálise de uma pedagogia: “A pedagogia se dirige ao Eu e visa a fortalecê-lo, se necessário pela angústia, a fim de submeter-lhe as pulsões. É por isto que só pode culminar na produção do recalque. A análise ao contrário, apóia-se no inconsciente para obter a suspensão deste.”

Estas questões implicam na própria leitura do que seja uma criança para o discurso psicanalítico, visto que a questão não se **aloja** na maturidade orgânica, ainda que não a desconheça. Neste contexto, em importante publicação, Patrick Valas (1991) lançou a questão sobre o que é uma criança, a qual respondeu a partir de Freud: “É na assunção do complexo de castração no menino e do *Penis-Neid* na menina, através do Édipo, que se traça para Freud a linha divisória mais certa entre a criança e o adulto, via remanejamentos estruturais do período de latência e da puberdade.” (VALAS,1991:143). Assim, a psicanálise com crianças se remeterá à realidade psíquica do mesmo modo como faz com o adulto, como vimos no capítulo anterior desse estudo.

Neste cenário, se a cultura aposta na educação como “cura” para os descaminhos da criança em relação ao pacto social, a função do educador tem fundamental importância para a transmissão cultural e, desse modo, contribui para o favorecimento do laço social. Se o educador não é e nem convém que seja um analista, seu lugar se aproxima da função paterna no Édipo – lugar de identificação, de ambivalência amorosa, de admiração –, como verificamos em “Algumas reflexões sobre a psicologia

do escolar” (FREUD, 1914). Destacamos aqui uma passagem do texto freudiano sobre a função ocupada pelo educador para a criança:

Estes homens [os professores], nem todos pais na realidade, tornaram-se nossos pais substitutos. Foi por isso que, embora ainda bastante jovens, impressionaram-nos como tão maduros e tão inatingivelmente adultos. Transferimos para eles o respeito e as expectativas ligadas ao pai onisciente de nossa infância e depois começamos a tratá-los como tratávamos nossos pais em casa. Confrontâmo-los com a ambivalência que tínhamos adquirido em nossas famílias e, ajudados por ela, lutamos como tínhamos o hábito de lutar com nossos pais em carne e osso. A menos que levemos em consideração nossos quartos de criança e nossos lares, nosso comportamento para com os professores seria apenas incompreensível, mas também indesculpável. (FREUD, 1914:288).

Pensando a relação do educador com a criança, Freud separa psicanálise e educação como dois campos diversos, sendo que a psicanálise pode comparecer como auxílio ao sujeito para suportar as exigências do Outro. Isto vale tanto para a criança quanto para o educador. Seja quando a criança se depara pela primeira vez com exigências que a apresentam aos seus próprios limites, tendo seu narcisismo ferido; seja no caso do adulto, pela exposição às suas próprias frustrações; em ambas as circunstâncias, o que está em jogo é o amor de si, de algum modo frustrado no encontro com o Outro **do discurso**. “O reconhecimento dos desejos da criança, ameaçam a conservação dos próprios recalques, protegidos pelo véu da amnésia infantil.” (MILLOT, 1987: 50).

Assim, conclui a autora, a partir de Freud (1929), que os excessos da repressão na educação da criança parecem proporcionais à intensidade do recalque do educador, o que deu base a Freud para aconselhar os que exercem o ofício de educar a se submeterem a uma análise pessoal.

Se a meta da educação é adaptar a criança à realidade externa, ensinando-a a levá-la em consideração, o tratamento analítico conduz o adulto a reconhecer essa outra realidade que é a de seus desejos. No entanto há uma relação entre a recusa em reconhecer a realidade psíquica no recalque e a impossibilidade de integrar os elementos de informação fornecidos pela realidade. Deste modo, a amnésia infantil do educador- isto é, o recalque de sua própria sexualidade infantil - o impede de reconhecer as manifestações desta nas crianças que educa. A realidade interna aqui se une à externa. (*Idem, Ibidem*, p.62)

Pedagogia e psicanálise são discursos diferentes ou, parafraseando Lacan, pode-se dizer que a pedagogia é o avesso da psicanálise, não podendo ser de outro modo. Enquanto ciência que difunde o discurso da educação, a pedagogia faz-se de encarnação do Outro social. Na prática, o educador realizará seu trabalho apostando na força da sugestão para coibir na criança suas tendências perversas. A psicanálise, ao contrário, investirá na transferência como mola propulsora de um tratamento que visa a promover uma conciliação do sujeito com seu desejo, sempre de ordem perversa. Entre o Outro cultural e o sujeito – como atesta a cadeia significativa –, há um resto – o objeto a – impossível de simbolizar, que se presentifica no mal-estar. E ainda, as tentativas das práticas educacionais de controlar certas emergências do sujeito parecem pretender domesticar o sexual como meio de aplacar a angústia atualizada no reencontro com o objeto perdido a cada vez que o sujeito se depara com a satisfação perversa, própria à sexualidade infantil.

A origem do recalque não se encontra na proibição imposta ao agir, e sim na que é imposta ao dizer. O que não pode ser dito, também não pode ser pensado conscientemente: para a criança, o outro conhece todos os seus pensamentos – e estes se tornam tão culposos e perigosos quanto as palavras ou os atos. Mas os pensamentos não se deixam suprimir com facilidade. Continuam subsistindo, mesmo sendo banidos do consciente. Assim, o Inconsciente seria aquilo que o outro não deve saber, e o modo mais seguro de obter isso é dissimulando-o para si mesmo. Mas o que tem que esconder do outro é aquilo sobre o qual este nada quer saber, e então a criança é obrigada a recalcar seus pensamentos pelo fato de que o adulto desconhece sua própria sexualidade, particularmente as raízes infantis desta. (MILLOT, 1987: 44).

Nesta lógica, um dos modos de denegar o infantil e tentar destituí-lo de seu caráter sexual é construindo um discurso no qual o sujeito e suas questões desaparecem e em seu lugar comparece uma entidade – o indivíduo – a ser administrado de modo a realizar a fantasia de felicidade, do sujeito sem furo. Tudo isso nos dá notícias de que a entrada para a cultura gera prejuízos à economia libidinal, o que em outros termos, significa que o sujeito se depara com seu mal-estar ao ser convocado pela cultura.

2.4. Sobre o mal-estar na civilização

Em 1929, Freud escreveu *Mal-estar na civilização*, texto no qual discute o antagonismo entre as exigências pulsionais e as restrições impostas pelo que ele descreve como a principal produção humana: a civilização. Inicialmente, Freud (1908)

entendia a neurose como produto das frustrações sexuais impostas pela moral sexual vigente, mas logo se deu conta de que havia algo no próprio sujeito que concorria para a impossibilidade do projeto de felicidade. Em *Mal-estar na civilização*, Freud revela com mestria, o desencontro entre os sujeitos atravessados cada qual por sua história privada, porém reunidos num grupo muito maior que é a comunidade humana. Assim, a cultura como principal produção do homem, teria a função de proteger a humanidade da barbárie.

[...] a palavra civilização descreve a soma integral das realizações e regulamentos que distinguem nossas vidas das de antepassados animais, e que servem a dois intuítos, a saber: o de proteger os animais contra a natureza e o de ajustar os seus relacionamentos mútuos. (FREUD, 1930: 109)

Neste contexto, Freud inicia a discussão apresentando o sentimento oceânico como uma necessidade humana de dissimular o desamparo comum a todos. O sentimento oceânico diz respeito a um passado mítico, quando o bebê fez Um com aquele que lhe cuidou e deu amor, em geral, a mãe. Quando o desencontro sobrevém e a mãe – nutriz – não vem, uma demanda suportada pela necessidade se instala. Nesse descompasso, pertencente ao passado mítico de toda humanidade, o sujeito se encontra só. O sofrimento, inicialmente experimentado pela privação de que o corpo tem notícia e o desamparo vivido pelo reconhecimento do Outro instaura uma falta que tem como efeito a emergência do sujeito do inconsciente. Portanto, o mal-estar de que escreveu Freud remete a esse desencontro. Haveria desse modo, no homem, uma impossibilidade para a completa felicidade em função de sua própria constituição psíquica.

Ainda neste texto, Freud (*Idem, ibidem*, p.105) identifica três fontes para o sofrimento humano: o poder superior da natureza, a fragilidade do corpo que caminha para seu fim, e a “inadequação das regras que procuram ajustar os relacionamentos mútuos dos seres humanos na família, no Estado e na sociedade”. Quanto à terceira regra, Freud (*Ibidem*, p.105) faz uma ressalva: “nós não a admitimos de modo algum”, pois “não podemos perceber porque os regulamentos estabelecidos por nós mesmos não representam, ao contrário, proteção e benefício para cada um de nós.” (*Idem, ibidem*, p. 105). Com essa consideração Freud nos chama a atenção para a insatisfação como característica própria à natureza da constituição psíquica humana, o que nos remete à dicotomia pulsional – pulsão de vida e pulsão de morte já tratada por Freud em *Além do*

Princípio do prazer (1920) – e à economia libidinal para obtenção de satisfação. A civilização, diz Freud (1929):

é construída sobre uma renúncia à pulsão, o quanto ela pressupõe exatamente a não-satisfação (pela opressão, repressão, ou algum outro meio?) de pulsões poderosas. Essa ‘frustração cultural’ domina o grande campo dos relacionamentos sociais entre os seres humanos. [...] Não é fácil entender como pode ser possível privar de satisfação uma pulsão. Não se faz isso impunemente. Se a perda não for economicamente compensada, pode-se ficar certo de que sérios distúrbios decorrerão disso. (*Idem, ibidem*, p. 118).

No importante mito de Totem e Tabu, Freud (1912) já havia recorrido à família primitiva para explicar a hipótese da fundação da civilização. Neste texto, apresenta a passagem de uma sociedade organizada sob a lei arbitrária do pai totêmico para uma sociedade organizada em forma de comunidade de irmãos. Esses teriam realizado juntos, o assassinato do pai e devorado sua carne. O correlato desse ato foi a criação de uma lei que regulasse as relações entre os indivíduos sob pena de que esse grupo viesse a se dizimar. Assim, os preceitos (Tabu) desse grupo de irmãos constituíram o primeiro direito ou lei da civilização (Freud, 1912). Atrelado a isto, está a comparação realizada por Freud (1914: 91) entre a vida mental das crianças e dos povos primitivos, onde aproxima uma da outra no que tange ao hiperinvestimento no eu em detrimento dos objetos externos, ocasionando a “onipotência de pensamentos, uma crença na força taumátúrgica das palavras, e uma técnica para lidar com o mundo externo – mágica – que parece ser uma aplicação mágica dessas premissas grandiosas.” (*Idem, ibidem*). O amor de si em sua busca de satisfação, assim como podemos acompanhar, logo mostra um ponto de embaraço frente à civilização: por um lado, ele se coloca contra os interesses da civilização, por outro, é esta que o ameaça com restrições a sua realização. “Às vezes, somos levados a pensar que não se trata apenas da pressão da civilização, mas de algo da natureza da própria função que nos nega satisfação completa e nos incita a outros caminhos. Isso pode estar errado; mas é difícil decidir.” (FREUD, 1929: 126). A referência freudiana à “função que nos nega satisfação” pode ser articulada ao componente pulsional da estrutura subjetiva, pois a pulsão por definição é apenas parcialmente satisfeita (FREUD, 1915:143). A articulação entre narcisismo e pulsão mostra-se procedente na medida em que Freud pensa a pulsão, inicialmente, diferenciada em pulsões do eu e as pulsões sexuais. Posteriormente, em *Além do princípio do prazer* (FREUD, 1920), ao entender toda libido como sexual, divide a

pulsão em: pulsão de vida e pulsão de morte tornando-se claro tratar-se do sexual mesmo no âmbito do eu (FREUD, 1920: 72-73). Neste contexto, a agressividade, índice do componente sádico e masoquista do sexual faz sua entrada na discussão a respeito do encontro com o **Outro da cultura**.

Assim, Freud interpreta a constituição subjetiva como habitada pela agressividade “[...] a base de toda relação de afeto e amor entre pessoas (com a única exceção, **talvez**, do relacionamento da mãe com seu filho homem).” (FREUD, 1929:135). Já em “Sobre o narcisismo: uma introdução” (1914), Freud destacava o narcisismo como uma função imaginária do eu, e nesse sentido, ele pode promover as rivalidades imaginárias tão frequentes nas relações humanas, sendo essa uma prova de que a função da civilização parece ser, então, a de suprimir a quota de agressividade que participa da constituição humana. No entanto, a agressividade como expressão da pulsão não pode ser suprimida, sendo necessário um trabalho de sublimação para que a energia pulsional investida neste afeto possa escoar.

Em “A agressividade em psicanálise” (1948), Lacan discute o tema da agressividade em conexão com o laço social mais especificamente na tese V do texto. Apresentaremos a tese IV por considerarmos sua importância na articulação com a quinta tese. De acordo com a tese IV: “A agressividade é a tendência correlativa de um modo de identificação a que chamamos **narcísico**, e que determina a estrutura formal do eu do homem e do registro de entidades característico de **seu mundo**¹³” (LACAN, 1948:112) e na tese V, diz Lacan: “Tal noção da **agressividade**, como uma das coordenadas intencionais do eu humano, e especialmente relativa à categoria do espaço, **faz conceber seu papel à neurose moderna e no mal-estar da civilização**¹⁴.” (LACAN, 1948:122). Inicialmente destacamos a primeira das duas teses, a qual ressalta a agressividade como um modo de identificação narcísica ao que se articula aos modos como o sujeito se relaciona com o seu mundo, seus outros. O que comparece na tese seguinte apontando seu papel no mal-estar da civilização. Neste texto, do qual destacamos apenas duas teses, Lacan aponta a agressividade, na sociedade moderna como confundida com a força, no sentido da virtude, sendo o narcisismo imaginário do eu identificado ao modelo utilitarista de um indivíduo que, no entanto, comparece com seu desamparado original. (*Idem, ibidem*: 124).

¹³ Grifos nossos.

¹⁴ Grifos nossos.

Se o sujeito busca meios de se haver com seu desamparo, índice do mal-estar, a civilização é o espaço onde esse esforço se dá. E dentre as estratégias promovidas para suprimir o mal-estar, destacamos o discurso da educação.

Discurso já citado por nós e que retorna como exemplo da tentativa de denegar a angústia constitucional pela extinção do desejo, como veremos no discurso da universidade, adiante. Verifica-se, então, na contemporaneidade, o discurso da educação sendo cooptado e fazendo uso do fenômeno da medicalização, já citado, como estratégia para sustentar sua manutenção. Podemos, então, interpretar o atual fenômeno social da medicalização da infância, já abordado no primeiro capítulo dessa pesquisa, como um modo de impedir que o sexual tome parte na cultura, bem como de denegar as emergências subjetivas que se fazem notar no encontro do sujeito com o Outro, sendo o silenciamento do sujeito um dos efeitos dessa estratégia.

É importante ainda notar que em *Mal-estar na civilização*, Freud (1929) chama a atenção para a presença do uso da droga como um importante amortecedor da pressão da vida externa favorecendo um refúgio num mundo próprio e menos hostil, talvez. Neste ponto, pretendemos articular o uso atual de drogas lícitas – antidepressivos, psicotrópicos, moderadores de humor – cuja função é apaziguar a angústia ao que Freud apontou como função da droga ilícita: elas funcionam, diz ele “como o mais poderoso anestésico” contra o sofrimento humano e teriam uma importante função na busca da felicidade. Ele adverte, no entanto, que é exatamente essa qualidade da droga o que determina seu perigo e sua capacidade de causar danos, visto que são responsáveis, em certas circunstâncias, pelo desperdício de uma grande quota de energia que poderia ser empregada no próprio destino do sujeito. Se a droga funciona como um anestésico para a angústia, ela não tem o poder de removê-la e cada vez mais e mais assistimos à indústria farmacêutica investindo em novos medicamentos com a promessa de felicidade.

Retomando nossa questão principal, a clínica com crianças, podemos inferir que muito provavelmente, na atualidade, Hans seria diagnosticado como portador de algum “Transtorno” e seria medicalizado, sem que qualquer escuta lhe fosse ofertada. Qual seria, porém, a função da medicação para um sujeito que não se reconhece com angustiado, no caso da criança? Ressaltamos que nesta clínica a angústia tem lugar no sujeito que traz a queixa, e de modo geral são os pais/professores/responsáveis. Não se trata de defender uma clínica onde a medicação não tem lugar, mas esse deve ser

cuidadosamente pensado para que não entre no tratamento como **fator principal, ou, ao contrário, como apêndice.**

Quando a incompletude humana é lida sob o prisma do “déficit ou do transtorno”, que lugar resta ao sujeito no discurso contemporâneo? Em “Alocução sobre as psicoses da criança”, Lacan (1967, p.357) articula os temas referentes à criança, à psicose e à instituição como questões que se conjugam no que concerne à liberdade. A criança como já apontado em outro momento desse estudo, com sua imaturidade quanto ao Outro, se aproxima do fora do código que é próprio à loucura. A instituição entra aqui como aquilo que Lacan adverte quanto à liberdade do sujeito – a instituição, seja qual for sua intenção, pelo próprio movimento institucional, tende à segregação.

Assim, a leitura de qualquer aspecto do sujeito que aponte seu mal-estar lhe conduz à expulsão dos espaços coletivos – a escola, por exemplo. Na contemporaneidade, desse modo, o mal-estar parece não poder se conjugar com qualquer estado psíquico, tendo de outro modo, como correlato, um nome que o classifique e uma droga que o ‘dilua’. Foi com a tentativa de restabelecer um estado jamais alcançado, uma ‘normalidade’ irreal, que Marcos, o caso clínico que nos acompanha ao longo desse estudo, foi encaminhado ao CAPSi. Marcos, devia ter seu sintoma ‘controlado’, e dessa forma, realizar o gozo materno em direção à ilusão de uma falta a ser retificada. Isso não podia ser respondido, e, em seu lugar, outras questões apareceram.

“Longe de ser falha contingente das fragilidades do organismo, a loucura é a virtualidade permanente de uma falha aberta em sua essência. Longe de ser um insulto para a liberdade (como enuncia Ey), ela é sua mais fiel companheira, segue-lhe o movimento como uma sombra. E o ser do homem não apenas não pode ser compreendido sem a loucura, como não seria o ser do homem se não carregasse a loucura como limite de sua liberdade.” (LACAN, 1967,p.359).

Esta belíssima passagem do texto lacaniano nos faz retornar para o que no sujeito escapa ao racionalismo que tem como consequência a tendência a segregar o que faz furo na lógica do pensar enquanto racionalidade. Mas chama a atenção, também para o que se repete nessa aposta de liberdade como um certo engodo, e complementa: “No que concerne à criança, [...], isso desemboca em leis, leis de ordem dialética[...].” (LACAN, 1967, p.360). Disso temos inúmeros exemplos e citamos o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), como seu principal representante. A criança traz esse

retorno ao passado da civilização e será esse o motivo para tanta retaliação ao ser da criança? Neste cenário, a infância dá notícias de um passado que a cultura insiste em denegar?

Com essas questões nos alertamos quanto à articulação entre aquele que demanda o tratamento e o que da angústia do adulto retorna para a criança como mensagem invertida de uma demanda. São questões de uma clínica onde o sujeito muito facilmente pode servir como objeto para o Outro.

3. CAPÍTULO III: A REDE DE SAÚDE MENTAL COM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

O tema da psiquiatrização da infância é uma questão antiga e ainda atual na clínica com crianças e adolescentes e tem sua condição de possibilidade na construção discursiva em torno da criança dita “idiota”. De acordo com Foucault (1974:257):

[...] essa hipótese que quero considerar – que a psiquiatrização da criança, por mais paradoxal que seja, não passou pela criança louca ou pela loucura da infância, pela relação constitutiva entre loucura e infância. Parece-me que a psiquiatrização da criança passou por outro personagem: a criança imbecil, a criança idiota, a que logo será chamada de retardada, isto é, uma criança que se tomou cuidado [...], desde o início, desde os trinta primeiros anos do século XIX, de especificar bem que não era louca. Foi por intermédio da criança não-louca que se fez a psiquiatrização da criança e, a partir daí, que se produziu essa generalização do poder psiquiátrico.

O que seria essa psiquiatrização a partir daquilo que não se identifica à loucura, mas que concerne a um descompasso relativo ao tempo de desenvolvimento infantil? E por que esse seria um caminho para a criança psiquiatrizada? O que a questão do desenvolvimento tem a ver com a loucura tomada como doença mental?

A partir dos textos psiquiátricos do século XIX, Foucault estabelece dois grandes momentos na elaboração da noção de “idiotia”, representados por Esquirol e Belhomme. Segundo a análise foucaultiana, para Esquirol “a idiotia não é uma doença, é um estado no qual as faculdades intelectuais nunca se manifestaram ou não puderam se desenvolver suficientemente...”. E desdobrando sua análise, para Belhomme, em 1924, “a idiotia é [...] um estado constitucional no qual as funções intelectuais nunca se desenvolveram.” (FOUCAULT, 1974: 360). Ambas as definições não tocam a idiotia como produção delirante, mas como um evento em desacordo com o processo “normal” do desenvolvimento. A única questão **apresentada pela** idiotia dizia respeito, **então**, ao tempo como variável de medição da produção subjetiva. É nesse contexto que a criança torna-se objeto do discurso psiquiátrico, cumprindo a função de esclarecer o passado da constituição da loucura reconhecida no adulto. À criança, nesse momento, cabia apenas a identificação de um “desenvolvimento anormal”.

Desse modo, por volta dos anos 1840, Seguin – o mestre escola de Jean Itard¹⁵ – participará de toda institucionalização e psiquiatrização efetivas da infância. Foi ele que, com seu *Tratamento moral dos idiotas*, forneceu os principais conceitos a partir dos quais a psicologia e a psicopatologia do retardo mental se desenvolveram ao longo do século XIX. (FOUCAULT, 1974: 262).

Para Seguin, as paradas ou retardo no processo de desenvolvimento não eram da ordem da doença. (FOUCAULT, 1974:266). Ao contrário, se a idiotia e o retardo mental eram fenômenos excluídos do campo do delírio, eles, desse modo, já não podiam ser considerados como doenças e tornaram-se, em consequência, questão de Educação. Nesse cenário, ganhava espaço a ideia da criança “anormal”: “[...] a criança idiota ou a criança retardada não é uma criança doente, mas uma criança **anormal**.”(FOUCAULT, 1974:266). Essa anomalia, diz Foucault, “**libera o instinto**”, ou seja, “[...] não são sintomas, são essas espécies de elementos anárquicos. Em suma, o que os sintomas são em relação à doença, os instintos são em relação à anomalia. Os instintos são o elemento natural da anomalia.” (FOUCAULT, 1974:266).

O texto foucaultiano nos auxilia a investigar o modo como a psiquiatria tomou posse do “comportamento da criança”, incluindo-o na fenomenologia psiquiátrica, ao mesmo tempo em que a “anormalidade” ganhou status de categoria nosológica na avaliação do “desenvolvimento infantil” articulando-o à loucura por oposição à norma do comportamento adulto.

E essa dupla função da psiquiatria como poder sobre a loucura e poder sobre a anomalia corresponde à defasagem que existe entre as práticas referentes à criança louca e práticas referentes à criança normal. **A disjunção entre criança louca e criança anormal me parece ser um dos traços absolutamente fundamentais do exercício do poder psiquiátrico no século XIX. E creio que podemos derivar facilmente daí as principais consequências**¹⁶. (FOUCAULT, 1974: 281-282).

As consequências da leitura psiquiátrica sobre o funcionamento mental da criança, anunciadas no texto foucaultiano, podem ser verificadas, até a contemporaneidade, no modo confuso como o sofrimento psíquico na criança é interpretado pelas instâncias previstas para acolhê-lo. Foi considerando essa confusão de línguas e de ideias que

¹⁵ Já citado no capítulo I dessa pesquisa.

¹⁶ Grifos nossos.

Maria Cristina Ventura Couto (2004) escreveu “Por uma política pública de saúde mental para crianças e adolescentes”, tendo como tema central a questão da institucionalização de crianças e adolescentes em sofrimento mental. A autora aponta os equívocos encontrados na rede de cuidados a esse público, nomeando-os como “mal-entendidos” – parafraseando o “mal-estar” embutido nessa questão. São eles: o mal entendido da educação, o mal entendido da justiça e o mal entendido da saúde mental. A dessubjetivação da criança, presente na origem desses equívocos, corrobora desse modo, a consequência desses mal-entendidos: a educação, em lugar de tratamento, como modo de denegar a loucura na criança – tal como Foucault observara –, e a tutelarização da infância em nome do cuidado. A autora adverte ainda quanto a estes equívocos estarem articulados à ideia de criança como “ser em desenvolvimento”, o que engendra a própria noção de “deficiência”¹⁷ na infância herdada da psiquiatria.

Com certa frequência a criança que é levada com a demanda de “avaliação” ao serviço de saúde mental, não trás a psicose como hipótese, mas, são as questões do “desenvolvimento atrasado” que precipitam esses sujeitos ao atendimento psiquiátrico, de acordo com nossa experiência. Não são crianças loucas, mas crianças sob o julgo do “retardo”, da “debilidade” e da “agitação”, sendo esses fenômenos identificados ao campo da deficiência. Nesta perspectiva, a criança imbecil seria, portanto, uma “deficiente” da razão e por conseguinte, uma “deficiente” intelectual.

Como o próprio substantivo aponta, “deficiência” exige um complemento – “de quê?”. Assim, a ideologia que sustenta esta postura já tem em seu horizonte a perspectiva de um complemento que restaure a normalidade ou a readapte. No entanto, ao contrário das deficiências de fato (auditivas, visuais, motoras...), para as quais existem aparatos adequados, no caso do sofrimento mental, não há uma resposta complementar. Trata-se do sujeito em sua condição faltosa, descompleto, insatisfeito por definição, inacabado, não articulável às categorias de desenvolvimento. (LACAN, 1964). Acolher esse sujeito em sofrimento é a indicação clínica sustentada pela ética da psicanálise. Neste sentido é ainda importante separar a ética da moralidade.

No *Seminário VII: A ética da psicanálise* (1959-60), Lacan aborda a questão “Da lei moral” articulando-a ao tema da ética. Este momento do seminário nos parece crucial

¹⁷ Atualmente o diagnóstico é feito com base no conceito de “Transtorno”, que teve sua origem no DSM-IV (Esperanza, G. *Medicalizar a vida*. In. Fendrik; Jerusalink. O LIVRO NEGRO DA PSICOPATOLOGIA. 2011, p.56). No caso do autismo, de acordo com o DSM-V a ideia de transtorno articula-se à de espectro. Temos então os Transtornos do Espectro Autista.

para a discussão da demanda e da escuta na clínica com crianças. Aqui, Lacan faz um recuo ao *Projeto para uma psicologia científica* (FREUD, 1895) para pensar a ética da psicanálise e a moral social, e nos chama a atenção uma ausência de oposição, mas ao contrário, que ambas estejam articuladas à própria constituição psíquica como aponta Freud no capítulo sobre a “Experiência de satisfação”, em *Projeto para uma psicologia científica* (FREUD, 1895).

Ao considerar o desamparo primordial em função da prematuridade do bebê humano, Freud atribui à relação do recém nascido ao outro a fonte da moral. Ao nascer o indivíduo humano é prematuro e a experiência de satisfação, mítica, marcada pelo desamparo, inaugura a relação de desejo do bebê com aquele que dele cuida e dá amor.

O organismo é, a princípio, incapaz de levar a cabo essa ação específica. Ela se efetua por meio de assistência alheia, quando a atenção de uma pessoa experiente é atraída para o estado em que se encontra a criança, mediante a condução de descarga pela via de alteração interna. Essa descarga adquire, assim, a importante função secundária de comunicação, e **o desamparo inicial dos seres humanos é a fonte de todos os motivos morais**¹⁸. (FREUD, 1895:422).

Podemos assim concluir que, à medida que o bebê depende do outro como possível fonte de satisfação, inaugura-se tanto aquilo que é da ordem do laço social quanto o que é do campo do sujeito do desejo. Respectivamente tanto ao que é do campo da moral quanto o que é da ordem da ética. A ética, define Lacan (1959-60:96), “[...] não é o simples fato de haver obrigações, um laço que encadeia, ordena e constitui a lei da sociedade.” E ainda:

Ela [a ética] começa no momento em que o sujeito coloca a questão desse bem que buscara inconscientemente nas estruturas sociais – e onde, da mesma feita foi levado a descobrir a ligação profunda pela qual o que se apresenta para ele como lei está estreitamente ligado à própria estrutura do desejo. (Lacan, 1959-60:97).

A ética do desejo está articulada à dimensão do impossível, deste modo, o objeto do desejo – Das Ding – está sempre mantido à distância.

Assim, conclui Rinaldi:

¹⁸ Grifos nossos.

A moralidade em Freud, portanto, não é apenas algo que no âmbito das relações sociais, se sobrepõe aos desejos individuais, com um caráter repressivo. A necessidade da moral está inscrita na própria constituição psíquica do homem, na sua forma específica de obter satisfação, o que lhe permite ultrapassar a oposição simples entre indivíduo e sociedade. (RINALDI, 1996:46).

Este sujeito que só se constitui em articulação ao Outro, como diz Lacan:

A sexualidade se instaura no campo do sujeito por uma via que é a da falta. Duas faltas aqui se recobrem. Uma é da alçada do defeito central em torno do qual gira a dialética do advento do sujeito a seu próprio ser em relação ao Outro – pelo fato de que o sujeito depende do significante e de que o significante está primeiro no campo do Outro.” (LACAN, 1964:194-195).

Assim definido como inacabado, descompleto, singular por oposição ao universal das políticas públicas, o sujeito que interessa à discussão da saúde mental orientada pela psicanálise é o sujeito do inconsciente. E entendemos este como sendo o único modo de nos conduzir na clínica presente no interior da política da atenção psicossocial.

É com referência a esse sujeito e com o objetivo de sustentá-lo no campo discursivo intersetorial que apostamos que um CAPSi, orientado pelo discurso psicanalítico, constrói sua direção de tratamento.

Passemos, inicialmente ao contexto da política de saúde mental no Brasil.

3.1. A rede de atenção infanto-juvenil: o CAPSi e a escola.

O Campo da Saúde Mental no Brasil é relativamente novo e data de 2001 a lei 10.216 – Lei da Reforma Psiquiátrica, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de “transtornos mentais” e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, o que teve como efeito a desmontagem do antigo modelo manicomial de tratamento e a consequente criação de um outro modo de operar o cuidado em saúde mental. Oficializa-se, desse modo, uma nova lógica de assistência, nomeada como “lógica da Atenção Psicossocial”, dando origem aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), como ordenadores da rede no território¹⁹, passando assim a serem

¹⁹ Território é um dos conceitos mais importantes em saúde mental e diz respeito não só ao espaço físico geográfico, mas também, e principalmente, às relações transferenciais do sujeito com a rede social de sua referência. “O território é o lugar psicossocial do sujeito.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005: 13).

reconhecidos e autorizados²⁰ como espaços privilegiados de acolhimento e tratamento do transtorno mental, o que implica ainda um trabalho de construção de discursos favoráveis à promoção de uma rede intersetorial de cuidados, com transversalidade de saberes sobre o sofrimento psíquico grave e persistente.

No ano seguinte, em fevereiro/2002, foi publicada a Portaria 336, que estabeleceu diferentes modalidades para os serviços CAPS: CAPS I, CAPS II, CAPS III; definidos por ordem crescente de complexidade e abrangência populacional. Os CAPSi (Centros de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil) nasceram, então, como CAPS II. Podemos observar, assim, que há apenas 12 anos temos uma política pública destinada a crianças e adolescentes em sofrimento mental grave e persistente.

Composta por diversos dispositivos de cuidado – Educação, Justiça, Conselho Tutelar, Desenvolvimento Social e Saúde em geral –, a rede de atenção psicossocial infanto-juvenil tem no CAPSi seu principal vetor de ordenação do território no qual o sujeito esteja inserido. Do ponto de vista do funcionamento, o CAPSi é composto por uma equipe multidisciplinar e sua clínica, na maioria dos equipamentos do Rio de Janeiro, é orientada pela psicanálise²¹, o que tem como consequência uma escuta aberta ao sujeito tal como inaugurado por Freud, ou seja, o sujeito do inconsciente.

Assim a desmontagem da antiga segmentarização do funcionamento humano tem início desde o interior do próprio CAPS, onde se prevê o que Ana Cristina Figueiredo (1997:61) nomeou como “implosão das especialidades”, fazendo referência às diferentes categorias profissionais que constituem uma equipe de saúde mental. Nesse contexto, se no interior de um CAPS já existe uma rede composta por diferentes discursos sobre o usuário, no espaço externo ao serviço, é prioritária a tarefa de fomentar a circulação da palavra de modo a incluir o sujeito no campo do Outro pela via discursiva. No atual contexto do campo da saúde mental, isso tem se realizado através da permanente construção de uma rede de cuidados que se dá através da discussão clínica dos casos entre os dispositivos institucionais que estejam envolvidos no acompanhamento psicossocial daquele usuário.

²⁰ Em março de 1986, foi inaugurado o primeiro CAPS do Brasil, na cidade de São Paulo: Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cergueira, conhecido como CAPS da Rua Itapeva (cf. BRASIL, 2004).

²¹ Atualmente, o município do Rio de Janeiro conta com sete CAPSi, sendo todos os supervisores psicanalistas.

Um marco nesse movimento foi a III Conferência de Saúde Mental (2000), quando a intersectorialidade foi reconhecida como uma exigência clínica do campo da saúde mental (cf. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001:57). O que teve como consequência o fomento a reuniões intersectoriais para discutir a promoção do cuidado em situações específicas.

Passada pouco mais de uma década pode-se dizer que houve avanços na política de saúde mental infanto-juvenil: aumentou o número de CAPSi²², embora ainda seja insuficiente; instalou-se, em 2004, o fórum intersectorial que teve como uma de suas consequências a institucionalidade da prática intersectorial (COUTO, 2004: 11). No entanto, fundamentalmente, o modo como as questões trazidas pela infância são abordadas pelos atores sociais na rede de cuidados parece pouco deslocada em relação às concepções tradicionais.

Ainda na atualidade, acolhemos nos CAPSi uma intensa demanda de reabilitação do sofrimento mental e de internação da loucura – metáforas clássicas do ainda persistente paradigma psiquiátrico que reduz o tratamento à internação e medicalização da fenomenologia do sintoma. Esse modelo se faz notar, na contemporaneidade, por novas roupagens: medicamentos modernos, classes especiais e até mesmo atividades lúdicas (futebol, escolinha de teatro, música...) que entram na categoria de indicações terapêuticas. O que está em questão, queremos ressaltar, não é a qualidade da “droga”, se a indicação é de “Ritalina²³” ou de futebol, mas o lugar que elas acabam por ocupar para a criança. Nessa perspectiva, o que se observa é um apagamento do corpo, da palavra e da história do sujeito em nome da “preparação para o futuro” (KUPFER, 2013). Visando ao melhor para o outro, parece que estamos chegando ao pior, como previsto por Lacan em *Televisão* (1974 [1993]) ao ser questionado sobre a demanda de cura feita pelo paciente ao analista. Lacan responde a essa questão considerando a ética da psicanálise em ouvir o desejo do sujeito em detrimento de lhe impor algo, desejando por ele. É isso o que conduz ao pior, no sentido de que não possibilita ao sujeito encontrar-se com o que lhe é próprio, a sua verdade, repondendo-lhe, ao contrário, com uma demanda sintomática de *furor sanandis*, o que só leva ao apagamento do sujeito

²² Conta-se atualmente com oito CAPSi no Rio de Janeiro: CAPSi Pequeno Hans, CAPSi Elisa Santa Rosa, CAPSi Maria Clara Machado, CAPSi João de Barro, CAPSi Heitor Vila Lobos, CAPSi Visconde de Sabugosa e CAPSi Maurício de Souza, tendo sido os três últimos inaugurados no ano de 2012. Esses dados foram colhidos do Blog da Saúde Mental do Rio de Janeiro.

²³ Pesquisas mostram o aumento acentuado (em 30 anos, aumentou 20 vezes o consumo de drogas para déficit de atenção e hiperatividade – TDAH. Dados foram colhidos do *The New York Times*, em 28/01/2012, sobre a indicação e uso de Ritalina entre estudantes durante o período do ano letivo, sendo o medicamento chamado de “droga da obediência”.

como alteridade. Isto se articula ao que Lacan, no *Seminário 7: A ética da psicanálise* (1959-60: 266) aponta sobre a função do bem como barreira ao desejo. Ele abre sua exposição advertindo que a psicanálise nos situa sobre o bem quando ele se coloca como barreira ao desejo. Retomando a questão dos pedidos de atendimento à criança, isto vem envolto na proposta de se oferecer o melhor àquele futuro cidadão para que ele cresça em sua plenitude de possibilidades. Esse é o modo como o discurso moderno se apresenta sob a “chefia e a autorização do bem” (*Idem*, p.267) como um meio de sublimar a pulsão transformada em desejo de fazer o bem.

Ele, então, adverte:

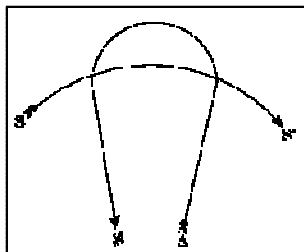
A cada instante temos de saber qual deve ser nossa relação efetiva com o desejo de fazer o bem, o desejo de curar. Temos de contar como algo suscetível de desencaminharnos, e, em muitos casos, instantaneamente. Diria mais – poder-se-ia de maneira paradoxal, ou até mesmo decisiva, designar nosso desejo como um não desejo de curar. Essa expressão não tem outro sentido senão o de nos alertar contra as vias vulgares do bem, tal como elas se oferecem a nós tão facilmente em seu pendor, contra a falcatrua benéfica do querer-o-bem-do sujeito. (LACAN, 1959-60: 267).

Se o desejo de fazer o bem é o pior caminho para a direção da clínica, isto concerne à própria condição do sujeito como desejante. Neste sentido Lacan propõe uma questão fundamental aos psicanalistas: “[...] de que então desejam vocês curar o sujeito?” (*Idem*, p.267).

Nesta direção argumenta que a relação com o bem está desde o início articulada à relação com a lei, na medida em que ela não diz respeito a uma certa natureza humana, mas ao contrário, é do campo do desejo. Toda a experiência analítica, diz Lacan: “não é senão o convite para a revelação de seu desejo, e ela muda a primitividade da relação do sujeito com o bem, em relação a tudo o que foi articulado até agora pelos filósofos.” (*Idem*, p.270). Se não há um bem humano universal, o que pretendem os profissionais orientados pelo discurso psicanalítico que atuam no campo da saúde mental?

Se há uma oferta de felicidade isto está relacionado ao bem, de certa forma, se identificar aos bens na contemporaneidade. O bem de consumo como objeto a faz a tentativa de recobrir a falta fundante do desejo. Neste sentido, o objeto a – impossível de ser alcançado, brilho do impossível, a promessa dessa tal felicidade – faz semblante, no campo de que tratamos, de pleno restabelecimento mental e intelectual.

Isto é o que visa à demanda quando se apresenta a partir do que Lacan chamou de casamento do discurso universitário com o discurso capitalista. Barrar esta união é a direção clínica, visto que neste casamento não há lugar para o sujeito.



A célula elementar do grafo do desejo, diz Lacan (1960: 819), servirá para apresentar onde se situa o desejo em relação a um sujeito definido por sua articulação pelo significante. Seguindo nossa questão sobre o bem, este está ligado ao princípio do prazer e ao princípio de realidade, no entanto ressalta Lacan: “ [...] a realidade não é o simples correlato dialético do princípio do prazer. Mas exatamente, a realidade só está aí para fazer com que demos com a cara nas falsas vias em que o funcionamento do princípio do prazer nos envereda. Na verdade, **constituímos** a realidade com o prazer” (1959-60: 275). Essa noção é essencial na orientação aberta ao inconsciente, uma vez que a realidade é produzida pelo sujeito. O qual, como aponta o *Projeto para uma psicologia científica* (FREUD,1895), tem como suporte uma necessidade para daí extrair o desejo e a demanda. A relação com a realidade é desde o início mediada pela linguagem, pelo significante. Nesse texto, onde interno e externo constituem a mesma borda, nos deparamos com o sujeito em sua emergências. Neste contexto, como pensar a lógica clínica do serviço público de saúde mental?

O que a psicanálise nos demonstra no tocante ao desejo, em sua função que podemos chamar de a mais natural, já que é dela que depende a manutenção da espécie, não é apenas que ele está submetido, em sua instância, sua apropriação, em suma, em sua normalidade aos acidentes da história do sujeito (ideia do trauma como contingência), mas também que tudo isso exige o concurso de elementos estruturais que, para intervir, prescindem perfeitamente desses acidentes e cuja incidência desarmônica [...] realmente consegue deixar na história um resíduo que conseguiu arrancar de Freud a declaração de que a sexualidade devia trazer a marca de uma fissura pouco natural. (LACAN,1960:826-27).

Considerando esse sujeito intervalar, efeito do significante e diferente de qualquer natureza humana, considerando ainda os apontamentos psicanalíticos sobre a ética do desejo, será possível incluir esse mesmo sujeito na lógica da clínica pública da saúde mental? Seguindo as diretrizes do SUS, o trabalho de um CAPSi visa à promoção, prevenção e cuidado. Mas, como prevenir as questões inerentes ao mental? Apostamos na interlocução da rede como espaço prioritário para que as confusões relativas à criança sejam desfeitas e que se abra uma disponibilidade para o estranho que habita o sujeito. “O bom senso representa a sugestão, a comédia, o riso. [...] É aí que a psicoterapia, qualquer que seja, estanca, não que ela não faça algum bem, mas ela conduz ao pior.” (LACAN, 1974 [1993]: 21). É advertidos quanto ao paradoxo do desejar o bem para o outro que questionamos o modo de operar o cuidado sem ouvir o que o sujeito tem a dizer de si. Neste sentido, ouvir diz respeito a suportar a diferença que vem do outro.

Na prática diária, um CAPSi recebe demandas oriundas de diversos setores e, priorizamos neste estudo, os encaminhamentos da instituição de educação, a escola, pois de acordo com a hipótese de Foucault(1974) em seu curso intitulado “O Poder Psiquiátrico”, no *Collège de France*, “ [...] é do lado dos pares hospital-escola, instituição sanitária (instituição pedagógica, modelo de saúde)-sistema de aprendizagem que se deve buscar o princípio de difusão desse poder psiquiátrico.” (FOUCAULT, 1974:255-256). Identificada aos ideais universais quanto ao “ser em desenvolvimento”, a escola endereça à saúde mental, ainda identificada à “psiquiatria”, qualquer modo de manifestação da diferença ou exceção à norma. De acordo com Canguilhem (1972[1943]: 175): “Normal é o termo pelo qual o século XIX vai designar o protótipo escolar e o estado de saúde orgânica.”.

A partir de Freud e Lacan, sabemos que a diferença é uma das marcas do inconsciente: como aquilo que distingue um sujeito de todos os demais, aquilo que o singulariza e porta sua verdade.

Tropeço, desfalecimento, rachadura. [...] Freud fica siderado por esses fenômenos e é neles que vai procurar o inconsciente. Ali, alguma outra coisa quer se realizar – algo que parece como que intencional, certamente, mas de uma estranha temporalidade. O que se produz nessa hiância, no sentido pleno do termo *produzir-se*, se apresenta como *um achado*. É assim, de começo, que a exploração freudiana encontra o que se passa no inconsciente. (LACAN, 1964: 30)

Assim o sujeito do inconsciente é efeito desse tropeço, é emergência da diferença que marca a presença do sujeito. Nas instituições cujo discurso se orienta pelo universal como regra – o “para todos” –, questões tendem a comparecer na medida em que os usuários se apresentam em sua diferença.

A demanda escolar, de acordo com nossa leitura, remete ao desejo do Outro Institucional Escolar **que**, em nome de fazer o bem, imputa à criança uma questão que não é dela, mas que de algum modo lhe concerne, à medida que é falada pelo Outro do discurso. Neste contexto, então, é de particular importância o modo como uma criança é encaminhada ao serviço de saúde mental e como este acolhe tal pedido. De acordo com Figueiredo (1997: 53), é preciso “decantar” a demanda para, só depois, identificar o que diz respeito ao sujeito que habita a criança. Tais encaminhamentos revelam, de certa forma, o recalcado atualizado no encontro do adulto com a criança, o que não a exclui de ser ouvida a partir da parte que lhe cabe. Torna-se, então, necessário pôr em suspenso o que é dito sobre a criança para que seja possível ouvi-la com o que ela própria traz.

No *Seminário 8: A Transferência* (1960-61), Lacan discute a demanda e o desejo nas fases oral e anal. Em suas palavras: “Sabemos precisamente disso: que a demanda não é explícita. Ela é, mesmo, muito mais que implícita, ela é oculta para o sujeito, ela é como algo que deve ser interpretado. E é aí que reside a ambigüidade.” (LACAN, 1960-61: 248).

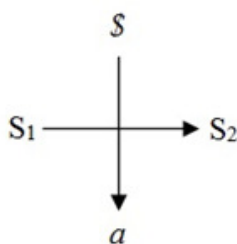
Por não ter acesso à própria demanda, a tentativa de respondê-la é sempre insuficiente, visto que pautada pela tendência à concretude da resposta, à lógica do bem. Aí está o engodo em responder ao sujeito oferecendo-lhe um objeto que, por definição, não cabe em sua demanda, visto ser impossível respondê-la. Este parece ser o equívoco de tomar o usuário como mero cidadão excluindo dele sua subjetividade, a qual faz furo no discurso do mestre presente em toda e qualquer instituição.

3.2. A articulação discursiva na rede intersetorial de cuidado

No *Seminário 16: De um Outro ao outro*, Lacan (1968-69) já definia que “[...] a essência da teoria psicanalítica é um discurso sem fala.” (p.14), posto que estruturado pela letra. No Seminário 17, quando, fazendo referência àquele, diz: “Ocorreu-me com muita insistência no ano passado o que está em questão no discurso como estrutura necessária, que ultrapassa em muito a palavra, sempre mais ou menos ocasional. O que prefiro, disse, e até proclamei um dia, é *um discurso sem palavras*.” (LACAN, 1969-70:

11). O cerne desse dito é que sem as palavras um discurso pode subsistir através de sua lógica, o real de sua estrutura.

O título dessa sessão traz em destaque a questão do discurso como operador na articulação dos dispositivos de cuidado que compõem uma rede. É necessário então, ponderar o que vem a ser o discurso de acordo com o ensino de Lacan, “concebido como estatuto do enunciado” (*Idem, ibidem*) constituído por significantes, *entre* os quais o sujeito se faz representar. É neste sentido que se diz que o sujeito está no intervalo do que representa um significante para outro significante.



Façamos inicialmente um retorno ao estatuto do significante no ensino de Lacan. O significante, diz Lacan (1964:197):

[...] produzindo-se no campo do Outro faz surgir o sujeito de sua significação. Mas ele só funciona como significante reduzindo o sujeito em sua instância a não ser mais do que um significante, petrificando-o pelo mesmo movimento que o chama a funcionar, a falar, como sujeito.

E mais adiante, em seu ensino, no *Seminário 20: Mais ainda* (LACAN, 1972-73), retoma a questão do significante acrescentando que ele deve ser estruturado em termos topológicos. “Com efeito, o significante é primeiro aquilo que tem efeito de significado, e importa não elidir que, entre os dois [significante e significado], há algo de barrado a atravessar.” (LACAN, 1972-73: 29). O significado “rateia” (*Idem*, p.31).

Essas pontuações são fundamentais para pensarmos a importante contribuição de Lacan para a análise das instituições a partir da teoria dos quatro discursos que compõem o laço social, presente em *O Seminário, Livro 17: O Avesso da Psicanálise* (1969/70). São eles: discurso do analista, discurso do mestre, discurso da histórica e discurso da universidade. Devemos ressaltar, que todo discurso é uma tentativa de estabelecer uma relação entre o campo do sujeito e o campo do Outro, e na fórmula que

compõe os quatro discursos, Lacan estabelece quatro lugares fixos, sobre os quais faz girar quatro letras. Assim os quatro discursos são pensados a partir de uma operação de representação significativa e, portanto simbólica, onde S1 é o significante mestre; S2 é o conjunto faltoso, a bateria dos significantes; e, neste intervalo o sujeito (\$) comparece dividido pelo significante, operação da qual cai um resto do real que escapa ao simbólico – o (a) – objeto a, mais de gozar.

São essas quatro letras que representam a relação fundamental do sujeito com o significante que constituirão os elementos dos quatro discursos, sendo dispostas em quatro lugares distintos: a verdade, o agente, o outro, a produção.

o agente	o outro
a verdade	a produção

Discurso do Mestre $\frac{S1 \rightarrow S2}{\$ // a}$	Discurso Universitário $\frac{S2 \rightarrow a}{S1 // \$}$
Discurso da Histórica $\frac{\$ \rightarrow S1}{a // S2}$	Discurso do Analista $\frac{a \rightarrow \$}{S2 // S1}$

Considerando não haver para o sujeito falante nenhuma realidade pré-discursiva, Lacan (1972-73: 45) define o discurso como “o que funda e define cada realidade” e em *De um Outro ao outro*, Lacan (1968-1969) se propõe a definir o que acontece ao discurso psicanalítico e suas consequências em função do momento em que ocorria o seminário. Nossa intenção, então, é pensar a estrutura discursiva em jogo nos diferentes enquadramentos em que a criança é localizada para ser falada no campo discursivo intersetorial da rede de saúde mental.

No início do século XXI, como destacam Couto & Delgado (2010), foram propostas as bases para o desenvolvimento de uma política pública de saúde mental dirigida a crianças e adolescentes no Brasil e a articulação entre os setores foi confirmada como princípio fundamental para a montagem da rede de cuidados. (p.271)

Foi a tomada de responsabilidade pelo tratamento e cuidado da infância e adolescência que inscreveu definitivamente no campo da saúde mental pública a ação intersetorial como marco de referência, revelando possibilidades e desafios que vêm se mostrando extensíveis a todo o campo. (COUTO; DELGADO, 2010: 271).

“Todo discurso se apresenta como prenhe de conseqüências [...]” diz Lacan (1968-69: 33), e se o ser falante não é prévio ao discurso é com ele, como campo do Outro que precisa se haver para desse lugar se inventar.

No seminário 16, diz Lacan: “[...] o que o discurso visa é a causa do próprio discurso.” (1968-69: 31). Isto nos faz pensar no real contido na produção estrutural de um discurso. Assim se nos deparamos com o outro do discurso é como emergência de real que lidamos para que algo desse real seja tratado. “O que eu digo postula a estrutura, porque visa, como afirmei da última vez, a causa do próprio discurso.” (*Idem*, p.31). Lacan reafirma o discurso por sua estrutura em detrimento do conteúdo. Ainda neste momento, interpreta a estrutura discursiva como sintoma de um momento da civilização. Em suas palavras: “[...] há uma coisa pela qual ela se afirma indiscutivelmente. É que ela [a estrutura] é sintoma do momento atual a que chamarei, com uma palavra provisória, de civilização.” (*Idem*, p.31).

Se todo discurso se apresenta prenhe de conseqüências, o que pensar da articulação discursiva de diferentes dispositivos articulados em função de um cidadão do qual, no entanto, não se pode excluir o sujeito que nele habita e se apresenta em suas incongruências? Quais discursos estão em jogo nessa rede?

Como neste estudo estamos privilegiando a articulação da instituição de saúde mental à instituição de educação, nos propomos a pensar a circulação dos discursos em jogo, a partir dos quatro discursos já citados. Tal teoria é um importante instrumento clínico para a interpretação do modo como a criança é lida e inserida nos diferentes lugares sociais – discursivos – que ocupa.

A instituição de educação, em nossa leitura, parece transitar pelos discursos do mestre e da universidade, visto que ora é a própria lógica da educação que se localiza como agente do discurso a partir do S1, colocando o sujeito no lugar do S2 para produzir o a; ora é o professor que tendo como a dominante de seu discurso o S2, se dirige ao aluno como objeto mais de gozar, tendo como produção um aprendiz. O CAPSi, por outro lado, por operar sua clínica a partir da orientação psicanalítica, se localiza a partir do discurso do analista, pondo o sujeito a falar e produzir seus

significantes mestres. Não se trata de fazer psicanálise na atenção psicossocial, mas de orientar-se pelo discurso psicanalítico.

No momento em que a criança ganhou um lugar no cenário político do cuidado, começaram a surgir as dificuldades inerentes aos efeitos de sujeito. Se já não se pretendia afastar a criança da comunidade dos homens e, pelo contrário, passava a ser um direito seu estar nos lugares comuns à infância – com destaque para a escola –, começavam a aparecer, também, as questões em lidar com a diferença, fossem de ordem econômica, social ou psíquica.

Em “Caminhos para uma política de saúde mental” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005), a noção de sujeito ganhou destaque e é explícita a referência de que: “a criança ou adolescente a **cuidar** é um **sujeito**²⁴.” (p.11). Esta indicação articula duas noções oriundas de campos distintos. Retirado do discurso psicanalítico, o conceito de sujeito inclui a criança como responsável por seu desejo e exige do profissional que sua escuta esteja aberta para a singularidade das questões trazidas por ela. Já a noção de cuidado, no cenário do discurso da saúde mental, faz referência à reabilitação, à restauração do bem estar e, desse modo, está fortemente relacionada às psicoterapias que visam ao bem, o que a coloca, de certa forma, fechada para as incongruências que podem emanar do mesmo sujeito. O que significa, então, o cuidado na clínica do sujeito chamado criança?

Em “Entre o sujeito e o cidadão: psicanálise ou psicoterapia no campo da saúde mental?”, Rinaldi (2006) adverte quanto a uma importante questão do sujeito no campo das políticas públicas: há lugar para o sujeito no campo da saúde mental?

Apesar de ser esta a condição destacada no “Relatório final da III conferência de saúde mental” (2001), como já citado, a autora ressalta uma certa confusão de línguas no interior das próprias equipes de saúde mental, onde os significantes “escuta” dirigida ao “sujeito” se destacam, no entanto, com referenciais distintos: ora é o sujeito de direito, localizado no Estatuto da Criança e do Adolescente; ora é o sujeito a ser cuidado; ora é o sujeito da vontade. Sabemos que a clínica psicossocial não se resume à clínica psicanalítica, embora seja forte a presença de psicanalistas; como fazer, então, para não banalizar os significantes psicanalíticos e ainda assim sustentar o que é da ordem do sujeito do desejo na transmissão do caso?

²⁴ Grifos nossos.

No campo da saúde mental, o discurso da reabilitação presente nas novas práticas de *cuidado* parece se adequar mais à psicoterapia, pois têm em comum com esta um trabalho baseado na sugestão e no convencimento, que circula no campo da compreensão e da pedagogia, visando o melhor para o sujeito. O próprio significante “cuidar” está presente também na definição de terapia, como tratamento que procura restaurar um estado de saúde. (RINALDI, 2006: 146).

O campo da atenção psicossocial com crianças tem como agente de seu discurso a ética do cuidado, e neste sentido, de certa forma, pode ser confundida com o discurso da educação. A clínica com crianças, no entanto, parece exigir, de forma mais clara, modos de reinvenção de sua prática a cada caso, o que parece estar relacionado à própria inscrição do sujeito no campo do Outro da cultura. Como pensar, então, a inserção do discurso do analista em meio a uma rede tão complexa? Com atenção para a ressalva de Figueiredo (1997), o analista deve fazer diferença e não ser o diferente, ao que acrescentamos: sua função é sustentar a discussão clínica a partir da fala do sujeito em questão. Mas como fazer isso onde o discurso do mestre se faz presente pelos ideais da cidadania, do cuidado, da educação e da tutela?

Enfim, não faltam iniciativas, que bem intencionadas, acabam no limite, ensurdecidas para o desejo do sujeito. A rede não é composta por analistas, nem é desejável que o seja, mas trata-se de abrir um espaço para dar voz ao sujeito para que, no limite, o sujeito não se torne um deficiente da palavra ofertada pela escuta.

Neste cenário composto por diferentes discursos e categorias profissionais, uma questão ainda se impõe e diz respeito ao mandato social dos profissionais que compõem o campo da atenção psicossocial tanto dentro de um CAPS quanto em seu exterior. Se existe uma transversalidade de saberes, onde todos têm o direito e dever de colocar-se, existe também o risco de cair em uma rivalidade imaginária, exatamente por falta de referenciais específicos a cada categoria profissional. Fica fácil, desse modo, chegarmos ao que Freud chamou de “narcisismo das pequenas diferenças” (1918 [1917]), onde só importa a defesa de um ideal.

Proposta por Lacan no âmbito da fundação da Escola Freudiana de Paris, no *Ato de Fundação* (2003[1965]: 242), a “transferência de trabalho”, pode ser pensada como promotora do trabalho clínico em instituições. A transferência de trabalho articula, nesse cenário, as condições de transmissão da psicanálise, que só ocorre entre os sujeitos e mediados pela transferência. No contexto da rede de cuidados, a transferência de trabalho diz respeito a tomar o sujeito como centro das questões a serem

consideradas, de modo a resguardá-lo das possíveis demandas institucionais, as quais não necessariamente lhe dizem respeito.

Neste estudo, escolhemos privilegiar a articulação com a instituição de educação, a partir das demandas feitas ao CAPSi, seja pela escola ou pela própria família. E retomamos a questão de Couto & Delgado (2010: 273) “Qual a especificidade da saúde mental na ação intersetorial?” E acrescentamos: há lugar para o sujeito na clínica da saúde mental? O que podemos pensar é que a intersetorialidade vem, justamente, responder à necessidade imposta pelo sujeito de ser tomado em suas diferenças. Neste sentido, o que a clínica de orientação psicanalítica se propõe concerne à promoção do laço social, primeiramente na rede, que acaba por fazer função de lei para esse público. (cf. COSTA-MOURA, 2006).

Em seu livro *Sexo e discurso em Freud e Lacan* (1997), Marco Antonio Coutinho Jorge esclarece, em relação ao discurso da universidade, que tomado como objeto o sujeito não tem mais voz ativa, restando-lhe o silêncio: “O que ele enunciará, a partir daí, nada mais terá a ver com ele próprio e será, portanto, a reprodução dos enunciados dos quais ele se torna porta-voz. Desse modo, a particularidade do *estilo* do sujeito é recusada, e sua enunciação, abolida.” (p.92)

Foi assim que Marcos, uma criança de sete anos, foi encaminhada ao CAPSi pela instituição de educação, como veremos a seguir.

3.3. Aspectos da clínica de um CAPSi

Este estudo clínico é oriundo de um dos tantos casos encaminhados pela instituição escolar de educação à saúde mental e traz como questão, inicialmente o modo bizarro como esse sujeito foi encaminhado ao CAPSi, pois era apresentado pela escola como um “psicopata”, e diante disso, aos sete anos de idade, essa criança chegou para o início do seu tratamento acompanhado por um guarda municipal, pois seria um indivíduo “perigoso”.

A criança falada pela escola é a criança que faz morada em seu discurso – “perigosa”. Mas relacionar-se **exclusivamente** com esse ser originado no discurso do Outro institucional é também excluir o sujeito de se posicionar em face ao dito que o convoca a comparecer, na maioria das vezes, com seu sintoma. Se um sujeito é definido, como o efeito do que um significante representa para outro significante, é intervalar, ele está em necessária relação ao campo do Outro. Diz Lacan (1964):

“[...] A psicanálise, então, nos lembra que a psicologia humana pertence a uma outra dimensão.

Para manter essa dimensão, a via filosófica teria bastado, mas ela se mostrou insuficiente para isto, por lhe faltar uma definição suficiente do inconsciente. A psicanálise, então, nos lembra que os fatos da psicologia humana não se poderiam conceber na ausência da função do sujeito definido como efeito do significante.” (p.196).

Há emergência do discurso psicanalítico a cada passagem de um discurso a outro, pois é o discurso analítico que promove o deslocamento do significante pela via da transferência, e foi advertida quanto ao discurso como mola alienante do sujeito que nos dispusemos a dar voz à criança. A aposta da psicanálise, portanto, é de que o sujeito possa comparecer de um modo deslocado do signo que o aliena, para além do seu sintoma. Que construa seus significantes mestres, uma ficção que o ancore em sua história.

Ao encontrar Marcos, como o chamarei, vi um menino de boa aparência, bem cuidado e que em nada nos remetia à idéia de alguém que estivesse em condições de oferecer risco. Sem a presença de qualquer representante da família para acompanhar o menino, acolhemos a demanda escolar e agendamos a primeira entrevista com a mãe da criança, sua única responsável. Com Ana, a mãe, começamos a construir a história de Marcos no CAPSi. Marcos morava na companhia de sua mãe e do padrasto, e recentemente havia conhecido seu pai biológico. Este, após saber da gravidez de Ana durante o namoro, desistiu do relacionamento e teve dificuldades em assumir a paternidade, não se fazendo presente. Ana deu à luz Marcos e seguiu morando com seus pais. O encontro com o pai era pouco falado e o menino passou a se mostrar agressivo no ambiente escolar. Segundo Ana, seu filho “era impossível” e ela recebia frequentes reclamações escolares em função da “má conduta” de Marcos, que batia nas crianças menores. Ana se mostrava incomodada e preocupada pelo filho, mas não conseguia dar voz ao menino.

Reconhecemos em Marcos uma criança neurótica e em risco de ser medicalizada em função de seu modo de expressar sua angústia. Deste modo, o menino foi cadastrado como paciente do CAPSi, tendo como projeto terapêutico a indicação de frequência semanal – duas vezes por semana –, sem uso de medicação.

Marcos passou a frequentar o espaço coletivo do CAPSi, fazer acompanhamento individual, e paralelo a isso nos reuníamos com a escola com o intuito de ouvir o que a instituição tinha a dizer de sua relação com o aluno. Nestas reuniões, faziam-se notar,

no discurso escolar, o medo da reação dos outros responsáveis caso Marcos machucasse outra criança, o medo de perder a paciência com o próprio menino, o medo de que a família de Marcos se voltasse contra a escola à medida que esta o punia com suspensões. Assim, frente aos alunos, aos responsáveis e à função pedagógica ameaçada, a escola solicitava que Marcos fosse medicado e que um laudo que explicasse a sua conduta fosse fornecido pela Saúde Mental, como meio de justificar as suspensões escolares – proibidas pelo Estatuto da Criança e do Adolescente.

Partindo desse contexto, reconhecemos reunidos na demanda escolar os componentes sociais do modo contemporâneo de lidar com a criança identificada ao estranho, ao que não tem nome, à angústia. No lugar da escuta ao sujeito, fosse o menino ou o próprio professor diante de uma difícil situação como essa; no lugar da história desses sujeitos, que contrastavam com as próprias demandas burocráticas da instituição de ensino; a medicação e o laudo – instrumento médico – eram as respostas solicitadas.

Seguimos com frequentes reuniões realizadas com a escola, nas quais o CAPSi se propunha a oferecer um espaço de escuta à equipe de educação, visando a fazer vacilar suas certezas sobre a criança e, conseqüentemente, que Marcos pudesse ser tomado como um menino. Neste enquadre, como criança, ele podia apresentar questões para o adulto e este não estaria obrigado a ter respostas sobre tudo relacionado à criança para ser um educador. Com este cenário composto por diversos discursos e um sujeito – Marcos – convocando-nos à produção, apostávamos na construção, junto à equipe de educação, de um significante que descolasse Marcos do lugar nefasto do “psicopata” e o reconduzisse não só à sua condição de criança, mas também à de sujeito em sofrimento, que, sem meios de “nomear sua angústia”, atuava. Além disso, apostávamos em autorizar a equipe de educação ao “não saber” como meio de favorecer o investimento do educador em seu modo de operar o acolhimento do singular de cada criança no coletivo escolar. Lembremos Jean Oury (1984-1985) ao definir o coletivo, não como uma totalidade excludente da subjetividade, mas justo o oposto. No coletivo há o que é próprio a cada sujeito que o compõe e é preciso incluir a diferença para que o coletivo se faça vivo, presente e atuante.

No caso de Marcos, pudemos perceber a excitação do adulto diante de seu não saber frente à criança, se revelando neste caso, como uma exclusão da criança do campo da infância para incluí-la no campo da doença através da medicalização da angústia,

tanto da criança quanto da instituição, como pudemos verificar no significante “psicopata” condensando a queixa apresentada pela escola.

“O drama do sujeito no verbo é que ele experimenta ali sua falta-a-ser [...]”. (Lacan, 1960:661), fala disso referindo-se ao estádio de espelho que precipita na imagem toda a identificação da criança, isto como modo de defesa de um psiquismo ainda frágil diante da linguagem. Refletindo sobre a referência da educação às saídas imaginárias para sanar as questões trazidas pela criança, constatamos tratar-se de uma posição sintomática da instituição diante do risco de cair do lugar do mestre.

No CAPSi, Marcos era acompanhado no espaço coletivo clínico e não era simples incluí-lo em alguma atividade: ele queria escolher a brincadeira desconsiderando os outros meninos, queria terminar na sua hora, queria ganhar mesmo quando perdia, queria, enfim, controlar o Outro sob pena de entrar em crise. Marcos confundia, desse modo, o que lhe era proibido com o que era impossível. O trabalho clínico com o menino seguia na direção de acolher sua angústia favorecendo assim sua fala. Quando a sós com a técnica de saúde mental, mostrava-se alheio às queixas sobre ele, mas dizia que não sabia o que lhe acontecia quando simplesmente acabava brigando com os outros meninos. Como neurótico, era difícil para ele reconhecer-se como atuante em seu drama, se posicionando como vítima do outro, e desse lugar, ele atuava.

Três anos após Marcos interromper o tratamento no CAPSi, tendo sido levado por sua mãe para outra instituição onde foi medicado, ele retornou. O médico havia saído da instituição e Marcos estava “sem tratamento”, o que era reduzido à medicação. Encontrei-o mais gordo e incomodado por isso; entristecido pelo término do casamento da mãe com seu padrasto, mas tranquilo. Sua mãe, ao contrário, mostrava-se bastante “nervosa” pela recente separação do marido. Acabara de saber que havia sido traída, estava chorosa e preocupada com sua vida financeira, neste momento volta a levar Marcos ao tratamento. A sós com Marcos, mostrei-me interessada pelo que ele tinha a dizer e em palavras fala de sua tristeza pela separação dos pais – “só queria que ele voltasse para casa” – , em uma posição muito identificada a da mãe. Questionado sobre a dinâmica familiar após a separação do casal, Marcos revela estar dormindo com a mãe, por imposição dela, porque não queria ficar sozinha. Ele, incomodado, dizia: “eu só queria voltar para minha cama”. O menino, pudemos nos dar conta, comparecia como questão para a mãe todas as vezes que a vida amorosa dela estava em jogo. No primeiro momento da chegada de Marcos, seu pai estava retornando e ao conhecê-lo o menino mexeu com a dinâmica familiar; no segundo momento, o padrasto estava indo

embora, e o menino mostrou-se triste. Em ambos os momentos, foi Ana quem se deparou com a perda do amor e fez uso do filho como metáfora de sua queixa.

Em “Nota sobre a criança”, Lacan (1969) fala dessa condição em que a criança é tomada como sintoma do casal parental como sendo a mais favorável à intervenção analítica. Este é o caso de Marcos. O menino encarnou para Ana, no seu sintoma, o objeto perdido, o que é uma posição comum para o filho. A questão, neste caso, é que Ana o coloca no lugar do fracasso toda vez que seu relacionamento amoroso fracassa. Do lado do menino, compareciam um desamparo e uma invasão que precisavam ser trabalhados, pois como ele mesmo disse, “só queria voltar para sua cama”, mas sozinho não conseguia. Após três atendimentos, houve nova interrupção do tratamento justificada pelo trabalho de Ana que a impedia de levar Marcos ao CAPSi.

A partir da oportunidade de receber este caso numa instituição de saúde mental, pudemos nos questionar sobre o que leva uma instituição de educação a solicitar um Guarda Municipal para uma criança, chamá-la de psicopata e temer sua presença na escola. Que pedido era aquele de um medicamento para acalmar o “surto de um psicopata”? Que demanda era aquela feita à saúde mental?

Nossa discussão traz como questão o lugar em que a criança está identificada a partir da demanda de tratamento que é apresentada ao serviço de saúde mental. “Psicopatia, TDAH, TODI, TGD, TEA...”, são siglas cada vez mais comuns no discurso médico-pedagógico sobre a criança. Para cada um desses transtornos, existe uma terapêutica complementar, seja oferecida pela indústria farmacêutica, pela psicologia, pela psicopedagogia... Enfim, um cardápio de opções que, sem entrar no mérito de sua eficácia, são oferecidas como tratamentos normativos da expressão subjetiva de uma pessoa. Essa é uma questão, e diz respeito à medicalização da infância, quando até mesmo a brincadeira ganha estatus terapia.

Assim, verificamos, na contemporaneidade, discursos que aspiram a se somar, para sustentar a proposta de um saber completo sobre a criança. Interpretamos a demanda da escola à instituição de saúde mental, como uma tentativa de escamotear seu horror de cair do lugar do mestre e, em consequência disso, demandar a outro campo teórico um saber complementar, numa tentativa vã de defender-se de sua angústia através do controle das expressões do sujeito, que, nesse caso, é a criança.

Ainda, no que diz respeito à relação do adulto com a criança, Freud fala desse lugar ideal por ela ocupado no narcisismo dos pais – ela é a mais bonita, mais esperta, mais perfeita. Enfim, o amor dos pais pelo filho revela seu próprio narcisismo infantil. É

Freud ainda que em “Algumas reflexões sobre a psicologia do escolar” (1914), aproxima pais e professores em sua função edípica para a criança. Em contrapartida, também para os professores, em geral, a criança reflete seu narcisismo e deve ser perfeita em sua versão de aluno.

Mas, o que vem a ser a criança escolar? Talvez seja aquela que deva não só satisfazer ao discurso da instituição escolar, mas também corresponder às expectativas narcísicas do adulto/professor. Em outras palavras, existe um lugar com o qual uma instituição se identifica (S2) e dali faz demandas ao outro (a), construindo assim, um ideal a ser perseguido (\$), como no discurso universitário.

A Pedagogia enquanto ciência da educação, referida ao pensamento cartesiano, e muito influenciada pela teoria cognitiva, tomará a criança como sujeito da razão, da cognição. Indivíduo a ser moldado no sentido de imprimir-lhe, pela aprendizagem, comportamentos socialmente bem aceitos. Lemos isso como uma tentativa de pedagogizar as pulsões, o que inevitavelmente esbarra em uma impossibilidade.

Assim, fica ainda como questão o modo como o educador pode acolher a diferença, que parece comparecer nos termos do que Freud trata como “o estranho”, expressão que dá título ao seu texto “O estranho” (FREUD, 1919). O estranho estaria relacionado àquilo “que é assustador, com o que causa medo e horror” (FREUD, 1919: 275-76), mas que, ao mesmo tempo, é familiar. Neste sentido, faz referência ao que retorna do recalado para o adulto, no encontro com a criança. Esta, com seu narcisismo infantil, quando as pulsões sexuais e as pulsões do eu funcionam em unísono (FREUD, 1914:109), expressa sua dificuldade em ter suas satisfações frustradas. Dificuldade essa já vivida pelo adulto e reeditada pela criança neste encontro.

[...] se a teoria psicanalítica está certa ao sustentar que todo afeto pertencente a um impulso emocional, qualquer que seja a sua espécie, transforma-se, se reprimido, em ansiedade, então, entre os exemplos de coisas assustadoras, deve haver uma categoria em que o elemento que amedronta pode mostrar-se ser algo reprimido que *retorna*. (FREUD, 1919: 300).

Em seu artigo “Sobre o narcisismo; uma introdução” (1914), Freud discute o narcisismo do adulto considerando o processo de recalque pelo inevitável conflito entre a libido do eu e a libido objetal. Ou seja, Freud fala aqui do recalque como condição de possibilidade para que o sujeito possa estar no laço social, pois parece que a libido objetal tem a ver com o sacrifício de uma parte da libido do eu.

O narcisismo do indivíduo surge deslocado em direção a esse novo eu ideal, o qual, como eu infantil, se acha possuído de toda perfeição de valor. Como acontece sempre que a libido está envolvida, mais uma vez aqui o homem se mostra incapaz de abrir mão de uma satisfação que outrora desfrutou. Ele não está disposto a renunciar as à perfeição narcisista da infância; e quando, ao crescer, se vê perturbado pela admoestação de terceiros e pelo despertar de seu próprio julgamento crítico, de modo a não mais poder reter aquela perfeição, procura recuperá-la sob a nova forma de um eu ideal. O que ele projeta diante de si como sendo seu ideal é o substituto do narcisismo perdido de sua infância no qual ele era o seu próprio ideal. (p. 111)

Dessa forma, e por hora concluindo, Marcos nos dá indícios de que com seu sintoma, provocou no Outro o encontro com seu próprio mal-estar. Assim, ouvimos a demanda da escola como um pedido de escuta às suas próprias questões. É importante poder separar aqui o que diz respeito a Marcos do que diz respeito ao adulto que faz a demanda de tratamento para a criança e, finalmente, o que é da ordem da lógica da instituição de educação. Então, é a partir da ética da psicanálise que o CAPSi orienta-se, tomando a clínica em sua radicalidade da escuta ao sujeito e dispondo-se a ouvir os discursos sobre a criança a fim de fazer circular os discursos que compõem o laço social.

Considerações Finais

Partimos da experiência clínica com crianças acompanhadas por uma instituição de saúde mental – CAPSi – para nos interrogar sobre o tema da infância no campo discursivo da cultura. Isso nos conduziu em uma pesquisa que pretendeu articular a posição do adulto em relação à criança. Orientados por esse fio condutor perseguimos inicialmente o modo como o significante infância, como lugar social da criança, fez entrada no discurso comum, e, para tanto, nos servimos de um recorte da emblemática pesquisa de Phellipe Ariès, em *A história social da criança e da família* (1973) para nos **orientar** na discussão sobre os diversos aspectos da infância ao longo da história. Se é nos intervalos do discurso que o sujeito habita (cf. LACAN, 1969-70), nossa questão era, então, **investigar** o modo como o significante criança habitou o discurso até a contemporaneidade e discutir a herança desse discurso para a política e a clínica da saúde mental.

O primeiro movimento foi, então, o de interpretar a perspectiva de nossa posição frente ao tema, ou seja: de que lugar me colocaria para interpretar o tema em questão? A proposta, então, era posicionar-me como uma psicanalista em formação que no serviço público atua em uma instituição de saúde mental que se articula com a instituição de educação. **Esta nos parece** ser a posição mais fiel tanto com a clínica psicanalítica quanto com a política de saúde mental. A instituição pública de saúde comporta uma gama de profissionais oriundos de diferentes concepções éticas na clínica, sendo a política o único elo entre os profissionais. Esta parte da pesquisa destinou-se, então, a abordar os diferentes discursos sobre a infância e seus efeitos para o modo de acolhimento à criança na cultura. Seja como “adulto em miniatura”, “anjo” ou “futuro da civilização”, podemos dizer que em todas essas acepções a criança comparece no discurso como fora do sexual.

A psicanálise faz sua entrada no discurso sobre a criança, operando uma radical diferença em relação a tudo o que anteriormente se propunha, sendo a principal questão o reconhecimento da sexualidade infantil. O conceito de infância nesta perspectiva se separa do conceito de infantil: o primeiro qualificando uma etapa da vida; enquanto o segundo dilui a questão do tempo cronológico, pois, trata-se do próprio sexual. Nesta sessão importou-nos levantar a sustentação freudiana da criança como sujeito investido de sexualidade, o que se confirmou com a clínica realizada com *O Pequeno Hans* (FREUD, 1909), conforme acompanhamos. A clínica de Hans facultou a Freud, ainda, a

possibilidade de questionar os métodos educacionais de sua época, mas nos convoca a repensar a educação tomada como transmissão da cultura em nosso tempo.

De posse dessa discussão, abordamos o campo discursivo da saúde mental, como uma lógica do cuidado onde o sujeito se insere a partir de diferentes modelos institucionais, o que implica em discursos diferentes e até mesmo divergentes. Tomamos o discurso do analista como referência para nos orientar na rede intersetorial de cuidado por entendermos este como o único discurso em condições de promover a circulação dos demais discursos – discurso do mestre, discurso da histérica e discurso da universidade – com que uma instituição pode lidar.

Esta pesquisa foi orientada por uma questão sobre a ética do cuidado o que se precipitou pelo modo como os pacientes de um CAPSi eram encaminhados ao serviço. O caso Marcos, nos acordou para o extremo a que se pode chegar frente ao não saber sobre a criança. A qual, ao invés de ser protegida pelo adulto, tornou-se, ao contrário, ameaçadora à instituição de educação. O título dessa pesquisa remonta exatamente a esse mal-estar atualizado no encontro do adulto com a criança – “Do infantil ao mal-estar” é uma sentença que escande o tempo cronológico e traz para a boca da cena o sujeito em seus desencontros com o Outro.

Chegando ao fim dessa pesquisa, gostaríamos de retomar a questão da importância da psicanálise na contemporaneidade. Em *Por que a psicanálise?*, Roudinesco (2000) apresenta uma rica discussão sobre a resistência à psicanálise, atualizada a cada momento da cultura e em função dos mecanismos discursivos vigentes: ciência, Igreja, Educação. O sexual, pedra angular das construções freudianas sobre o psiquismo, parece ser ele próprio motivo de tantas dissensões, no sentido de que aquilo que o sujeito pretende é justamente não se haver com sua divisão, presença do sexual no humano. Neste sentido, o sintoma para a psicanálise não remete a uma doença a ser curada, mas à expressão do modo como o sujeito se relaciona com o Outro e, por isso, a mudança de posição frente ao sintoma vai sempre passar pelo sujeito. Nas palavras de Roudinesco: “os sintomas não remetem a uma única doença e esta não é exatamente uma doença (no sentido sintomático), mas um estado. Por isso, a cura não é outra coisa senão uma transformação existencial do sujeito.” (2000:48).

“Wo Es War , soll Ich Werden”(FREUD, 1923:19), é a frase freudiana que Lacan traduziu como “lá onde isso estava, lá, como sujeito, devo [eu] advir.” (LACAN, 1965-66:878). Se a psicanálise só foi possível devido a Descartes com sua formulação sobre o sujeito da ciência: “penso, logo existo”, o que está em jogo, desse modo, é onde o

pensamento racional escapa à educação. Isso abriu caminho para o reconhecimento da loucura por Pinel, como desvio das paixões, onde a possibilidade de tratamento do louco é lida através de um resto de sanidade na loucura. Assim, foi preciso que houvesse um sujeito da razão para que a psicanálise pudesse subvertê-lo: “Depois desse penso que, ao supor-se a si mesmo, [...] tivemos que dar um passo, que é o inconsciente [...]. O sujeito não é aquele que pensa.” (LACAN, 1972-73: 33). O que Lacan vem reiterar com Freud, é que o sujeito é descentrado da razão, sendo ele o próprio inconsciente em causa. Por isso o próprio Freud destaca que a resistência à psicanálise não é intelectual, ao contrário, participa do próprio sintoma. Denegar o fato mesmo de que o homem é atravessado por seu desejo inconsciente e goza disso, parece ser esse o projeto contemporâneo com a medicalização da vida, apontado por Roudinesco (2000). Denegar que a insatisfação é própria à constituição subjetiva e, portanto, impossível sua “cura”, parece ser a aposta moderna para tentar dissimular a angústia de existir. Têm origem nessa posição frente à subjetividade os discursos que investem em transformar o sujeito em indivíduo, onde seus afetos são lidos como expressões de disfunções orgânicas. Esse não parece ser o sujeito depreendido do cogito cartesiano, mas pura miragem do Frankenstein moderno, cuja proposta é transformar o sujeito segundo a expectativa do outro. A criança, conforme acompanhamos ao longo desse estudo, serve à fantasia do adulto, como objeto a ser moldado. A clínica com crianças nos ensina sobre esta articulação do sujeito ao campo do o Outro, como condição necessária para que o sujeito faça sua entrada para o mundo, pelo discurso do Outro. Agitadas, paradas, com dificuldades escolares, as crianças tornaram-se, no mundo contemporâneo, objeto a ser explicado por especialistas. Na dobra desse fenômeno contemporâneo, o que se desvela, então, é o enigma constitutivo do encontro com o Outro, ainda que a criança seja o próprio filho. Considerando as indicações freudianas sobre a fantasia edípica em “Sobre o narcisismo: uma introdução” (FREUD, 1914), a criança cumula as fantasias narcísicas de seus pais e seu modo de se relacionar com esse filho demonstra seu próprio narcisismo abandonado em prol do encontro com o Outro da cultura. Para esses pais, a criança deve ser a imagem e semelhança de seu ideal do eu. No entanto, o filho da realidade se afasta da fantasia idealizada, e, neste sentido, um luto pelo ideal precisa ser feito para que a criança da realidade tenha lugar no Outro parental. Muitas vezes, essa dificuldade de se haver com a criança filho/aluno da realidade precipita o sujeito ao pedido de tratamento para uma criança. Esta pode apresentar questões, mas nesta

perspectiva, é necessário separar o que é do campo da criança do que são as questões do adulto.

Entendemos o lugar de um profissional orientado pela psicanálise numa instituição de saúde **como sendo um instrumento** para sustentar o discurso da psicanálise como operador da ética do desejo. Para tanto, e concluindo, continuamos a aprender com cada sujeito que se apresenta a nós com sua demanda de tratamento e nos colocamos a escutá-lo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGUIAR, A.A.** *A psiquiatria no divã: entre as ciências da vida e a medicalização da existência*. R.J: Relume Dumará, 2004.
- ALBERTI, S.** *Esse sujeito adolescente*. R.J: Relume Dumará, 1996.
- ARIÈS, P.** *História social da criança e da família*. RJ: LTC, 1973. 2ª ed.
- BANKS-LEITE, L.; GALVÃO, I.** *A educação de um selvagem: as experiências pedagógicas de Jean Itard*. SP: Cortez, 2000.
- BRANDÃO, C. R.** *O que é Educação*. SP: Brasiliense, 2007_ Coleção Primeiros Passos.
- BRASIL.Ministério da Saúde.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas_ Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.
- CAMBI, F.** *História da pedagogia*. SP: Fundação Editora da UNESP (FEU), 1999.
- CIRINO, O.** *Psicanálise e psiquiatria com crianças: desenvolvimento ou estrutura*. B.H: Autêntica, 2001.
- COSTA, J. F.** *Ordem médica e norma familiar*. RJ: Edições Graal, 1979.
- COSTA-MOURA, F.** “A psicanálise é um laço social.” In: ALBERTI, S.; FIGUEIREDO, A.C. (Org.). *Psicanálise e saúde mental: uma aposta*. RJ: Companhia de Freud, 2006.
- COUTO, M.C.V.** “Por uma política pública de saúde mental para crianças e adolescentes.” In: FERREIRA, T. (org.) *A criança e a saúde mental: enlaces entre a clínica e a política*. BH: Autêntica/FHC-FUMEC. 2004.
- _____; **DELGADO, P. G. G.** _ “Intersetorialidade: uma exigência da clínica com crianças na Atenção Psicossocial. Considerações preliminares.” In: LAURIDSEN-RIBEIRO, El; TANAKA, Oy. *Atenção em Saúde Mental para crianças e adolescentes no SUS*. SP: Ed. Hucitec. 2010.
- DONZELOT, J.** *A polícia das famílias*. R.J: Edições Graal, 1980.
- FERRETTI, M.C.G.** *O infantil: Lacan e a modernidade*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.
- FIGUEIREDO, A. C.** *Vastas confusões e atendimentos imperfeitos: a clínica psicanalítica no ambulatório público*. RJ: Relume-Dumará, 1997.
- FREUD, S.** *Estudos sobre a histeria*. [1895]. ESB, RJ: IMAGO, 1980.
- _____. *Projeto para uma psicologia científica* (1895). ESB, RJ: IMAGO, 1980.
- _____. *A interpretação de sonhos* (1900). ESB, RJ: IMAGO, 1980.
- _____. *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* (1905). ESB, RJ: IMAGO, 1980.

- _____ “Romances familiares” (1909[1908]). ESB, RJ: IMAGO, 1980.
- _____ “O interesse científico da psicanálise.” (1913). ESB, RJ: IMAGO, 1980.
- _____ “Sobre o narcisismo: uma introdução” (1914). ESB, RJ: IMAGO, 1980.
- _____ “Algumas reflexões sobre a psicologia do escolar.” (1914). ESB, RJ: IMAGO, 1980.
- _____ “As pulsões e suas vicissitudes” (1915). ESB, RJ: IMAGO, 1980.
- _____ “Uma dificuldade no caminho da psicanálise” (1917). ESB, RJ: IMAGO, 1980.
- _____ “O estranho” (1919). ESB, RJ: IMAGO, 1980.
- _____ *O eu e o isso*. (1923). ESB, RJ: IMAGO, 1980.
- _____ “Uma breve descrição da psicanálise” (1924 [1925]). ESB, RJ: IMAGO, 1980.
- _____ “As resistências à psicanálise” (1925 [1924]). ESB, RJ: IMAGO, 1980.
- _____ “O Futuro de uma ilusão.” (1927). ESB, RJ: IMAGO, 1980.
- _____ *Mal-estar na civilização*. (1929). ESB, RJ: IMAGO, 1980.
- ELIA, L.** *O conceito de sujeito*. R.J: JZE, 2004.
- FOUCAULT, M.** *A ordem do discurso*. (1971). SP: Edições Loyola, 1999. 5ªed.
- _____ *Doença mental e psicologia*. R.J: Tempo Brasileiro, 1994. 5ª ed.
- _____ *O poder psiquiátrico*. S.P: Martins Fontes, 2006.
- KUPFER, M.C.M.** *Educação para o futuro: psicanálise e educação*. SP: Escuta, 2013. 4ª ed.
- JERUSALINSKY, A. & FENDRIK, S.** (Orgs.). *O livro negro da psicopatologia contemporânea*. S.P: Via Lettera, 2011.
- JORGE, M.A.C.** *Fundamentos da psicanálise de Freud a Lacan, vol.1: as bases conceituais*. R.J: JZE, 2002. 3ª Ed.
- LACAN, J.** “Agressividade em psicanálise.” (1948). In: *Escritos*. RJ: JZE, 1998.
- _____ “O estádio do espelho como formador da função do eu.” (1949). In: *Escritos*. RJ: JZE, 1998.
- _____ A instância da letra no inconsciente ou a razão desde Freud. (1957). In: *Escritos*. RJ: JZE, 1998.
- _____ Observação sobre o relatório de Daniel Lagache: “Psicanálise e estrutura da psicanálise” (1960). In: *Escritos*. RJ: JZE, 1998.
- _____ *O seminário: livro 1- Os escritos técnicos de Freud*. (1953-1954). RJ: JZE, 3ª Ed.

- _____ *O seminário: livro2- O eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise.* (1954-1955). RJ: JZE, 1985.
- _____ *O seminário: livro7- A ética da psicanálise.* (1959-60). RJ: JZE, 1995.
- _____ *O seminário: livro10- Angústia.* (1962-63). RJ: JZE, 2005.
- _____ *O seminário: livro11- Os quatro conceitos da psicanálise.* (1964). RJ: JZE, 1998.
- _____ *O seminário, livro 16 - De um Outro ao outro.* (1968-69). RJ: JZE, 2008.
- _____ *O seminário, livro 17- O avesso da psicanálise.* (1969/70). RJ: JZE, 1992.
- _____ *O seminário, livro 20- Mais, ainda.* (1972-73). RJ: JZE, 1985. 2ª Ed.
- LAJONQUIÈRE, L.** *Figuras do infantil.* Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.
- _____ *Infância e ilusão (psico)pedagógica.* Petrópolis, RJ: Vozes, 2009. 4ª Ed.
- LEITE, S.** *Angústia.* R.J: JZE, 2013. 1ª Reimpressão.
- MANNONI, M.** *Educação Impossível.* RJ: F. Alves, 1977.
- MILLER, G. (Org.).** *Lacan.* R.J: JZE, 1993.
- MILLOT, C.** *Freud antipedagogo.* RJ: JZE, 2001.
- RINALDI, D. L.** “Entre o sujeito e o cidadão: psicanálise ou psicoterapia no campo da saúde mental?” In: ALBERTI, S.; FIGUEIREDO, A.C. (Org.). *Psicanálise e saúde mental: uma aposta.* RJ: Companhia de Freud, 2006.
- _____ *A ética da psicanálise.* R.J: EDUERJ: JZE, 1996.
- _____ & **Jorge, M.A.C. (Org.).** *Saber, verdade e gozo: leituras de O seminário 17, de Jacques Lacan.* R.J: Rios Ambiciosos, 2002.
- VORCARO, A.** *Crianças na psicanálise: Clínica, instituição, laço social.* R.J: Companhia de Freud, 1999.
- _____ *A criança na clínica psicanalítica.* R.J: Companhia de Freud, 2004.