

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIA HUMANAS  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA  
PÓS-GRADUAÇÃO EM TEORIA PSICANALÍTICA

**CAPSI MONTEIRO LOBATO: INCIDÊNCIAS DE UM TRABALHO  
COM A PSICANÁLISE NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL**

Raquel Cristina Boff Fernandes

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-graduação em Teoria Psicanalítica, Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Teoria Psicanalítica.

Orientadora: Anna Carolina Lo Bianco

Rio de Janeiro 2015

**CAPSi MONTEIRO LOBATO:**  
**INCIDÊNCIAS DE UM TRABALHO COM A PSICANÁLISE NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL**

Raquel Cristina Boff Fernandes  
Orientadora: Anna Carolina Lo Bianco

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica, do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Teoria Psicanalítica.

Aprovada por:

---

Prof. Dra. Anna Carolina Lo Bianco

---

Prof. Dra. Fernanda Teophilo Costa-Moura

---

Dra. Juliana de Miranda e Castro Arantes

Fevereiro de 2015

## FICHA CATALOGRÁFICA

FERNANDES, Raquel Cristina Boff. CAPSi MONTEIRO LOBATO: INCIDÊNCIAS DE UM TRABALHO COM A PSICANÁLISE NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL / Raquel Cristina Boff Fernandes. Rio de Janeiro: UFRJ/IP, 2015. x, 90f. Orientadora: Anna Carolina Lo Bianco Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Rio de Janeiro / Instituto de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica, 2015. 1. psicanálise. 2. constituição do sujeito. 3. clínica infanto-juvenil. 4. CAPSi. I. Lo Bianco, Anna Carolina. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica. III. Título.

## **RESUMO**

CAPSi MONTEIRO LOBATO: INCIDÊNCIAS DE UM TRABALHO COM A PSICANÁLISE NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL

Raquel Cristina Boff Fernandes

Orientadora: Anna Carolina Lo Bianco

A presente dissertação se caracteriza por ser uma leitura da experiência clínica com crianças e adolescentes, no Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil – CAPSi Monteiro Lobato de Niterói, a qual permitiu apreender as incidências de um trabalho com a psicanálise no campo da saúde mental. Apresentamos as balizas e modos de fazer institucionais ligados ao trabalho clínico realizado no CAPSi Monteiro Lobato. Privilegiamos o momento de chegada no tratamento, denominado "Acolhimento", destacando o lugar dos pais e responsáveis e algumas considerações sobre diagnóstico na clínica infanto-juvenil. Desenvolvemos como se deu a chegada de crianças pequenas para tratamento e os “efeitos mágicos” que daí advieram. Através do registro clínico de um acontecimento vivenciado em um acolhimento com uma bebê e sua mãe, abordamos as incidências do tratamento na constituição do sujeito. Destacamos o olhar entre a mãe e o filho como sinal indicativo de que as estruturas necessárias ao estabelecimento do aparelho psíquico estão se fazendo, ou não, para que haja o advento do sujeito na linguagem. Demonstrando que intervir na relação da criança com o Outro em um momento precoce do desenvolvimento é determinante quanto ao advento do sujeito na linguagem. Constatamos que a ausência do olhar entre a mãe e o bebê e a não abertura para tratamento precocemente resultam, muitas vezes, na ausência de fala da criança.

**Palavras-chave:** psicanálise; constituição do sujeito; clínica infanto-juvenil; CAPSi;

## **ABSTRACT**

This dissertation is characterized by a reading of clinical experience with children and adolescents in the Psychosocial Care Center for Children and Youth – CAPSi Monteiro Lobato of Niteroi, which allowed size the incidents of a work with the psychoanalysis in the mental health field. We present here the reference points and ways of doing attached with clinical work in CAPSi Monteiro Lobato. We focus on the moment of arrival in the treatment, called “First Interview”, emphasizing the place of parents and tutors and some considerations about diagnosis in youth's and infant’s clinic. We develop how was the arrival of children for treatment and the "magical effects" that there thereby came from. Through registration of a clinical fact experienced in a first admission with a baby and his mother, we argue about the incidents of the treatment on the subject constitution. We underline the looking between the mother and the son as a positive indication that the necessary structure for the psychic apparatus are being made, or not, so as to have the advent of the subject in the language. Demonstrating that intervention in the child's relation with the Other in an early period of development is determinant as for the possibility of emerging the subject in the language, we came to the conclusion that absent of looking between the mother and the son and the non-acceptation of the treatment precociously has as a result, many times, the lack of speech on the child.

**Keywords:** psychoanalyze; constitution of the subject; youth’s and infant’s clinic; CAPSi;

## AGRADECIMENTOS

A Anna Carolina Lo Bianco, pela orientação rigorosa que exigiu o esforço necessário à escrita e pelas preciosas articulações conceituais no registro da experiência clínica, demonstrando o enlace possível entre a Psicanálise e a Universidade.

A Fernanda Costa-Moura, presente em meu percurso há alguns anos, que incentivou à realização do Mestrado e ao registro do trabalho realizado no CAPSi.

A CAPES, pelo apoio financeiro, o qual favoreceu a produção da pesquisa na Universidade.

Ao Tempo Freudiano Associação Psicanalítica, em especial a Antonio Carlos Rocha, pelos seus Seminários; e também a Maria Elvira Navarro e a Monica Macedo Magalhães, pela condução do trabalho sobre a clínica com crianças e adolescentes.

À supervisão, à coordenação e aos colegas de trabalho do CAPSi Monteiro Lobato por fazerem essa experiência existir e oferecerem o suporte necessário ao dia-a-dia de trabalho, insuportável e insustentável quando não podemos contar com o outro. E aos pacientes, por me permitirem vivenciar o real da clínica em cada caso.

A Maria Cecília Moraes Pires, por sua escuta que me aproxima, a cada vez, da psicanálise.

A amiga e colega Yaskara Arrial Palma, por me ajudar, com sua leitura, na escrita dessa dissertação.

Aos meus pais Valdir Francisco Boff e Tania Maria dos Reis Boff, por me acolherem a cada retorno ao Sul.

A minha irmã Carla Cristina Boff, por me ensinar a ter força e coragem para lutar pela vida.

Ao meu irmão Adriano Francisco Boff, por me apaziguar com seu jeito alegre.

Ao Paulo Lannes Fernandes, em quem encontro arrimo para a vida e para o amor.

*Porque se chamava homem*

*Também se chamavam sonhos*

*E sonhos não envelhecem*

Flávio Venturini Clube da Esquina II

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>9</b>
FREUD E O PEQUENO HANS: A ORIENTAÇÃO METODOLÓGICA NA PSICANÁLISE .....	15
<b>CAPÍTULO I .....</b>	<b>20</b>
CAPSI MONTEIRO LOBATO: ALGUMAS BALIZAS E CERTOS MODOS DE FAZER INSTITUCIONAIS .....	20
O ACOLHIMENTO E O LUGAR DOS PAIS NO TRATAMENTO DA CRIANÇA .....	26
O ACOLHIMENTO E ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE O DIAGNÓSTICO .....	31
<b>CAPÍTULO II .....</b>	<b>38</b>
O TRATAMENTO DE CRIANÇAS PEQUENAS E SEU “EFEITO MÁGICO” .....	38
A IMPORTÂNCIA DO OLHAR E SUA RELAÇÃO COM O “NÃO FALAR” .....	47
CONSIDERAÇÕES SOBRE O SINTOMA DA CRIANÇA .....	56
<b>CAPÍTULO III .....</b>	<b>66</b>
FUNÇÃO PATERNA E DESEJO DA MÃE: OS TRÊS TEMPOS DO ÉDIPO .....	66
FAZER INTERVIR O PAI E FAZER INTERVIR O OUTRO .....	74
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>81</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>85</b>

## INTRODUÇÃO

A presente dissertação se caracteriza como uma leitura da experiência clínica com crianças e adolescentes, no Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil – CAPSi Monteiro Lobato de Niterói. Assim, na dissertação apreendemos alguns instrumentos conceituais psicanalíticos em operação no trabalho na referida instituição.

Tendo em vista dimensionar o que tal experiência suscitou em mim, convém dar notícias do meu percurso feito na Rede de Saúde Mental de Niterói, antes de chegar à experiência no CAPSi. Como psicóloga residente, trabalhei em serviços de internação e emergência psiquiátrica no Hospital Psiquiátrico de Jurujuba e em serviços extra hospitalares, como o CAPS II Herbert de Souza, referência no tratamento para pacientes adultos com transtornos mentais grave; o CAPS AD II Alameda, responsável por pessoas com problemas no uso de álcool e outras drogas; e o Ambulatório da Engenhoca, ambulatório ampliado que atende a pacientes psicóticos e neuróticos graves. Tendo em vista o percurso descrito, a Residência em Saúde Mental propiciou o encontro e o trabalho com a clínica da psicose, através do acompanhamento de pacientes graves, em crise, ou não, nos diversos dispositivos de assistência mencionados. Terminada a Residência,

ingressei no CAPSi Monteiro Lobato como psicóloga, e foi no trabalho ali, ao chegar, que me deparei com o horror da loucura associado à beleza de um trabalho a fazer.

O horror da loucura na clínica com crianças e adolescentes, cabe dizer, estava entrelaçada a alguma coisa que acometia os pacientes, que "sem" o recurso à palavra não tinham outro recurso senão a violência. Num estalar de dedos, o paciente, que havia "*chegado bem*" ao CAPSi, estava enfurecido, batendo porta, arremessando objetos. Nesse comportamento irruptivo, havia o pedido de uma certa contenção, a qual não podíamos nos furtar a realizar. Ali tínhamos um trabalho a fazer por reconhecermos o endereçamento de um sujeito nesse comportamento apresentado. Intervir era necessário, era preciso colocar uma barreira nesse horror.

Inadvertidos, podemos presumir na clínica com crianças e adolescentes um trabalho mais leve e agradável do que o da clínica de pacientes psicóticos. Ora, social e historicamente, a clínica da psicose é causa de um certo medo e horror por parte da sociedade; para comprovar isso basta dizer a alguém que trabalhamos em um hospital psiquiátrico. Quanto à clínica infanto-juvenil, ao referirmos o trabalho com crianças e adolescentes, o que retorna é uma certa comoção e o sentimento de afeição. Contudo, a suposição de um trabalho mais aprazível com crianças e adolescentes não se sustenta no dia-a-dia de um CAPSi, especialmente quando se trata de acompanhar casos de maior gravidade e complexidade.

A experiência de trabalho com a clínica infanto-juvenil no CAPSi Monteiro Lobato teve duração de três anos. Por conseguinte, gostaria de destacar como uma característica marcante do trabalho realizado com os pacientes: o encontro com a dimensão estrutural da constituição subjetiva. Em cada novo caso que recebíamos para tratamento, reconhecíamos os mesmos elementos se destacando e a maneira como eles se engendravam incidia no desenvolvimento e na constituição da criança e do adolescente. Com efeito, refiro-me a termos que são constitutivos de todo e qualquer sujeito, a saber: pai, mãe, criança / filho. Dessa forma, havia surpresa em (re)encontrar na clínica infanto-juvenil, a cada vez, o fato de que a relação que se estabelecia entre pai-mãe-filho era constitutiva da criança e/ou do adolescente. Foi revelador constatar que essas relações se instituem muito

precocemente e determinam o sujeito.

Ao longo do trabalho de acompanhamento dos casos, tornou-se premente atentarmos para a relação originária que se estabelece entre pai, mãe e criança. Isso porque tal relação antecipa e estrutura o modo como poderá vir a se dar a relação do sujeito com os outros, com o Outro.

Até aqui isolamos dois traços do trabalho na clínica infanto-juvenil, a saber, a falta do recurso à palavra e a dimensão estrutural dos casos, e ambos norteavam a direção de trabalho no CAPSi Monteiro Lobato. As intervenções se teciam a partir deles. Na escuta das relações constitutivas de uma criança e/ou de um adolescente, precisávamos ali intervir. Dessa forma, experienciávamos a incidência viva de algo que se produzia, ou não, a partir do tratamento.

Prosseguindo, vale colocar em destaque alguns aspectos do funcionamento do CAPSi, para evidenciar as balizas institucionais e os modos de fazer construídos na instituição. Tal construção se fez tendo como referência o que aparecia de problemático no atendimento clínico das crianças e/ ou dos adolescentes em tratamento no serviço, pelos impasses e dificuldades vivenciados pelos profissionais que atendiam a cada caso.

Uma marca do funcionamento do CAPSi Monteiro Lobato, refere-se ao traço de gravidade nos casos de criança ou adolescente recebidos e acompanhados em tratamento no serviço. Isso é consequência dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) serem, na Rede de Saúde Mental, conforme previsto em lei, o serviço de referência para tratamento de transtornos mentais graves, sendo o CAPSi o serviço de referência de tais transtornos quando sofridos na infância e na adolescência. Dessa maneira, o CAPSi Monteiro Lobato de Niterói teve como característica em seu surgimento se oferecer como polo de endereçamento das dificuldades ligadas à criança e/ou ao adolescente, assim tornando-se o serviço de referência em saúde mental para instituições como escolas, conselhos tutelares, programas de saúde da família e a própria Rede de Saúde Mental, bem como para a população que buscava espontaneamente o serviço.

Ofertar-se como lugar de endereçamento das problemáticas da infância e da adolescência de Niterói resultou no direcionamento para o CAPSi de um número alto de casos que incluíam uma diversidade de situações dos mais variados níveis de complexidade e gravidade. Devido à elevada demanda, foi preciso instituir como direção de trabalho que receberíamos para tratamento somente os casos de maior gravidade e complexidade, e assim viabilizar o funcionamento da instituição. Desse modo, vale sublinhar como uma baliza institucional fundamental que a gravidade de cada caso era definida no momento de chegada ao serviço pela escuta feita pelos profissionais que ali trabalhavam.

Diante do exposto até aqui, temos agora a oportunidade de registrar algumas problemáticas da clínica infanto-juvenil provenientes do encontro com os casos. A seguir, apresentaremos algumas questões mais gerais, contextualizando o difícil e complexo trabalho no CAPSi. Supomos serem questões concernentes à maioria dos serviços que atendem a crianças e adolescentes; todavia tais problemáticas foram recolhidas e experienciadas no trabalho no CAPSi Monteiro Lobato e estiveram intrinsecamente presentes no dia-a-dia do funcionamento do serviço.

Citamos as seguintes áreas de problema: I. a construção / reconstrução do como receber e cuidar de adolescentes em situação de vulnerabilidade social, envolvidos algumas vezes com o uso de substâncias psicoativas; II. a posição de quem conduz o tratamento de um paciente psicótico criança ou adolescente, no qual a deflagração do quadro não é evidente, e não constitui em si mesmo uma categoria nosográfica definida, o que requer uma aposta no diagnóstico estrutural, um trabalho de leitura e de construção do lado do clínico; III. o encaminhamento dos pacientes maiores de idade para outros serviços da Rede de Saúde Mental ou a viabilização da alta, considerando a transferência do paciente e de seus familiares com o serviço e com os profissionais que o acompanharam; IV. a forma de acompanhar os pacientes autistas, já instalados nesse quadro, o que geralmente produz um enclausuramento deles em casa e uma dificuldade de acesso ao serviço.

Infelizmente, neste momento, não aprofundaremos as questões-problema supracitadas haja vista não ser o objetivo de tal dissertação. Contudo, registramo-las por

colocarem em evidência a complexidade do trabalho nos serviços públicos de saúde mental infanto-juvenil e por estarem articuladas com o que será desenvolvido ao longo do presente trabalho.

Além das questões expostas, havia também uma indagação das equipes dos diversos serviços da Rede de Saúde Mental de Niterói em relação à dimensão político-governamental, dada a precária condição tanto dos vínculos dos profissionais quanto da estrutura física e material das instituições de saúde mental do município. Tempos atrás, a política governamental viabilizou a construção da Rede de Saúde Mental de Niterói. Nesse período, a gestão admitia incluir a discussão das precariedades vivenciadas diariamente pela rede, integrando ao debate a participação dos trabalhadores, dos usuários e seus familiares. No ano de 2013, a gestão municipal mudou devido às eleições. A nova gestão decidiu por instituir uma nova direção de trabalho na Rede de Saúde Mental de Niterói; para isso, houve a substituição de diversos profissionais envolvidos na direção, coordenação e supervisão dos serviços. Consequentemente, muitos profissionais envolvidos na assistência aos pacientes se desligaram dos serviços.

Por essa razão, o CAPSi Monteiro Lobato foi um dos serviços em que houve uma mudança significativa na direção de trabalho e a saída de muitos profissionais. Isso constitui o motivo pelo qual faço o registro de uma experiência profissional que se deu orientada por uma direção de trabalho que já não existe mais, tendo sido vivenciada de abril de 2011 a março de 2014. Tal direção se construiu com o suporte da supervisão institucional, a qual se pautava na exigência de endereçar as dificuldades vivenciadas em cada caso por cada profissional. Era a partir de tal endereçamento que surgia a possibilidade de um fazer em cada caso. Por isso, no decorrer da dissertação emprega-se o plural *nós*, por meio do qual se inclui aquilo que era de certa forma partilhado por toda equipe e, também, aquilo que era ligado ao modo como cada um fez valer tais direções.

Agora, gostaria de isolar uma questão específica ligada ao trabalho realizado no CAPSi Monteiro Lobato: a recepção e o acompanhamento de crianças pequenas com menos de cinco anos. Como mencionado, o trabalho no CAPSi Monteiro Lobato suscitou uma série de interrogações ligadas à clínica infanto-juvenil; entretanto, o eixo da

dissertação será o trabalho com crianças pequenas. Verificamos uma incidência maior do tratamento nos pacientes à medida que era possível se intervir neles em idade mais precoce.

No capítulo I, apresentaremos alguns apontamentos acerca das balizas institucionais e dos modos de fazer do trabalho clínico realizado no CAPSi Monteiro Lobato. Privilegiamos o momento de chegada no tratamento, denominado "Acolhimento", da onde se destaca dois aspectos: o lugar dos pais e responsáveis, e algumas considerações sobre o diagnóstico na clínica infanto-juvenil. O "Acolhimento" na instituição incluía o encontro e a delimitação da gravidade presente em cada caso.

No capítulo II, versaremos sobre a chegada de crianças pequenas para tratamento no CAPSi e seus efeitos. Através do registro de uma situação clínica, vivenciada no acolhimento da bebê Alice, abordaremos as incidências do tratamento na constituição do sujeito. Destacaremos o não-olhar entre a mãe e o filho como sinal indicativo de que as estruturas necessárias ao estabelecimento do aparelho psíquico estão se fazendo, ou não, para que haja o advento do sujeito na linguagem.

O objetivo da dissertação é cernir o terreno que precede e torna possível o acesso do sujeito à linguagem, tendo como suporte a experiência de que, ao intervir na relação da criança com o Outro em um momento precoce do desenvolvimento, isso era determinante quanto à possibilidade, ou não, de advento do sujeito na linguagem. Para tanto, daremos ênfase a certas marcas que precisam se inscrever para a estruturação necessária ao estabelecimento do aparelho psíquico. Tais marcas são válidas para o atendimento de toda criança pequena, especialmente para a relação mãe-bebê. Verificamos que a não-inscrição delas e a não-abertura para tratamento precocemente, resulta muitas vezes na ausência de fala na criança.

No capítulo III, guiar-nos-emos pelos tempos do Édipo em sua relação com a função paterna e com o desejo da mãe. Com isso, chegaremos à formulação lacaniana da metáfora paterna que nos levará ao reconhecimento de que, ao fazermos intervir o pai na relação mãe-criança, fazemos intervir o Outro.

## **Freud e o Pequeno Hans: a orientação metodológica na psicanálise**

Antes de iniciarmos o Capítulo I, iremos abordar a orientação metodológica formulada por Freud e Lacan. Partimos da premissa de que na base da metodologia freudiana e lacaniana pesquisa e clínica coincidem. A estrutura da práxis psicanalítica, sendo ela clínica e teórica simultaneamente, implica uma dimensão de pesquisa que se impõe. Isso concerne ao saber inconsciente em operação na psicanálise. Nesse sentido, Freud (1912) nos fala da relação entre pesquisa e tratamento na passagem a seguir:

“Uma das reivindicações da psicanálise em seu favor é indubitavelmente, o fato de que, em sua execução, pesquisa e tratamento coincidem; não obstante, após certo ponto, a técnica exigida por uma opõe-se à requerida pelo outro” (FREUD, 1912, p. 128).

Na pesquisa em psicanálise não se trata de uma investigação em que se aplica um método a um objeto previamente delimitado. Com isso, o objeto da psicanálise introduz uma problemática: “O inconsciente se constitui, se faz presente no ato mesmo da escuta do analista, no momento mesmo da presença do analista junto à quem fala” (LO BIANCO, 2003, p.119). Assim, o pesquisador não é apenas uma variável a ser controlada, pois fala de determinado lugar e, com sua fala, é causa das produções inconscientes que emergem. O pesquisador está implicado no material de uma forma tal que a neutralidade se torna impossível e indesejável, ou seja, o pesquisador é indissociável do material que analisa. Por essa razão, a pesquisa nessa área, por ser nutrida pela singularidade de cada caso clínico, torna-se inteiramente dependente da transferência, a qual é a mola da emergência do inconsciente.

Em referência à metodologia de pesquisa em psicanálise que o rigor da Universidade exige, Lo Bianco (2003) declara o papel decisivo da clínica na pesquisa psicanalítica. Com efeito, é na referência ao material clínico que a pesquisa ganha seu colorido, sua vivacidade e sua originalidade em comparação às pesquisas desenvolvidas em outros campos.

Sendo assim, ao longo do desenvolvimento dessa dissertação a clínica vai ganhando espaço, revelando-se tanto nas balizas institucionais e nos modos de fazer do CAPSi quanto nos recortes clínicos trazidos. Serão mencionadas vinhetas de casos com o objetivo de explicitar o fazer clínico face às problemáticas da clínica da infância e da adolescência. É importante salientar que não se tratam de exemplos, e sim de algo que adveio circunscrito à escuta do clínico-pesquisador, isto é, aquele que se responsabilizava por receber e acompanhar o paciente em tratamento.

Por isso, nesta pesquisa, as frases trazidas entre aspas se referem à fala de um sujeito. São frases que registram o que foi escutado pelo clínico e não do que foi dito na literalidade. Nas vinhetas de caso foram atribuídos nomes fictícios aos pacientes, e as descrições foram feitas a partir de fragmentos que retornaram dos atendimentos realizados no CAPSi Monteiro Lobato.

Freud (1905) afirmou, no seu estudo sobre a sexualidade infantil, “se os homens pudessem ter aprendido com a observação direta das crianças, estes três ensaios poderiam não ter sido escritos” (p. 120). O que vemos, então, é a articulação entre a experiência clínica e os conceitos instrumentais psicanalíticos de tal forma que não há separação entre teoria e prática.

Já em *Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise*, Freud (1912) reconhece que casos que são dedicados desde o princípio aos propósitos científicos, e assim tratados, sofrem em seu resultado. Ao passo que, para ele, os casos mais bem sucedidos são aqueles em que se avança sem qualquer intuito em vista, em que se permite, diz-nos, “ser tomado de surpresa por qualquer nova reviravolta” (p.128). Ser tomado de surpresa traz a dimensão de um saber inconsciente, do qual não possuíamos um conhecimento prévio e, por isso, não estaríamos buscando fazer uma verificação. Com efeito, a metodologia da psicanálise acontece justamente nessa surpresa que produz uma reviravolta, ao fazer emergir a um só tempo significativo, saber, sujeito e objeto.

Dessa forma, nos casos clínicos publicados por Freud vemos coincidir pesquisa e tratamento. Em cada caso é demonstrado o enlaçamento entre a investigação

clínica inerente ao tratamento de cada paciente e a construção de uma teoria do funcionamento psíquico. Tal enlace engendrou a criação mesma da psicanálise por Freud. Vemos nos textos freudianos sua precisão e sua insistência no trabalho com o material clínico de cada caso para que premissas irreduzíveis fossem isoladas.

Por estarmos tratando aqui da clínica da criança, buscamos situar o enlaçamento entre tratamento e teoria a partir do que ressalta da leitura do caso clínico conhecido como o *Pequeno Hans*, em *Análise de uma fobia em um menino de cinco anos* (1909). Encontramos no caso de Hans ressonância com o que será desenvolvido ao longo da presente dissertação. Resumidamente, o caso do Pequeno Hans é o atendimento de uma criança com um quadro fóbico grave realizado a partir do endereçamento do pai a Freud. Freud esteve uma ou duas vezes com Hans durante o tratamento. Ele intervinha, principalmente, naquilo que o pai de Hans endereçava, e via os efeitos disso no quadro clínico de Hans. No acompanhamento do caso, Freud não se poupou em intervir, fazendo valer sua teoria, o que fica vivo no encontro em que recebe Hans e seu pai, fazendo valer ali o dizer de Hans.

De saída, na escrita de tal caso, Freud (1909) assinala a importância da combinação entre “carinho afetivo” e “interesse científico”, que uniu em uma só pessoa a “autoridade de um pai e a de um médico” (p.15), atribuindo a tal combinação o sucesso do tratamento em uma criança tão jovem. Hans tinha na época do tratamento apenas cinco anos. O caso clínico de Hans, no que se refere à sexualidade infantil e ao próprio desenrolar do tratamento, nos servirá de orientação na dissertação para abordar a coincidência metodológica entre investigação e tratamento.

No que toca à sexualidade infantil, Freud acredita que esta constitui uma marca comum dos homens e parte da constituição humana, tendo chegado a tal crença pelo tratamento da neurose no adulto, especialmente das pacientes histéricas. No tratamento da histeria, deparou-se com o fator da etiologia sexual da neurose, onde a sexualidade humana é exagerada e/ou distorcida. Baseado na presente evidência clínica, Freud busca na criança uma prova mais direta e menos vaga de seu teorema fundamental – a etiologia sexual da neurose.

Sendo assim, Freud encoraja seus alunos e colegas a reunir observações da vida sexual das crianças, cuja existência era até então desprezada e negada. É assim, pois, com os materiais que lhe chegam às mãos, que Freud se coloca como polo de endereçamento transferencial, recebendo, desse modo, os relatos sobre o pequeno Hans, de seus pais adeptos à psicanálise. Com o caso do Pequeno Hans, Freud inaugura então a psicanálise com crianças, e concomitantemente tem a prova da sexualidade infantil:

“Seguramente deve existir a possibilidade de se observar em crianças, em primeira mão e em todo frescor da vida, os impulsos e os desejos sexuais que tão laboriosamente desenterramos nos adultos dentre seus próprios escombros” (FREUD, 1909, p.16).

No que tange ao desenrolar do próprio tratamento no caso do menino Hans, vale salientar que o endereçamento do caso de Hans a Freud se inaugurou a partir do interesse científico de Freud pela sexualidade infantil. Inicialmente, o pai de Hans endereça a Freud relatórios sobre seu filho, os quais datam de um período em que o menino estava para completar três anos de idade, e naquele momento Hans apresentava interesse particularmente vivo por seu “pipi”. Tais relatos do pai vêm dar testemunho ao desenrolar da elaboração das teorias sexuais do menino e demonstrar, segundo Freud, que muitas coisas que Hans revelava podiam ser típicas do desenvolvimento sexual das crianças em geral.

Em um primeiro momento, o pai de Hans enviava a Freud relatórios referentes ao comportamento sexual de Hans. Em determinado momento, o pai de Hans endereça a Freud um pedido de tratamento para o seu filho e marca um encontro: “Tomarei a liberdade de ir vê-lo amanhã” (p.29). É quando, nas palavras do pai, Hans passou a apresentar um “distúrbio nervoso”, face ao qual o pai e a esposa não estavam sendo capazes de encontrar meios de “corrigir” o filho. Testemunhamos aqui que o interesse investigativo de Freud franqueia um tratamento a Hans.

No desdobrar de tal tratamento há uma beleza em ver Freud construir uma teoria imbricada àquilo que lhe chega do paciente, lançando hipóteses, fazendo intervenções e acompanhando seus efeitos, reposicionando-se e revelando o saber inconsciente de que trata a psicanálise. Uma passagem marcante nos é dada no encontro do

pai de Hans com Freud, quando a fobia de cavalo de Hans já estava instalada. Nesse encontro, Freud orienta o pai a dizer a Hans que tudo aquilo relacionado a cavalos não passava de uma bobagem. Sugere, ainda, que o pai começasse a dar a Hans alguns esclarecimentos dentro do tema do conhecimento sexual, informando-o de que “sua mãe e todos os outros seres femininos não tinham nenhum pipi” (p.34). E assim acompanhamos o trabalho de Hans para acatar com o que era da ordem da castração. Vemos, assim, no decorrer do tratamento de Hans, as intervenções determinarem o endereçamento de Hans ao Professor Freud: “Se eu escrever tudo para o Professor, minha bobagem vai acabar logo, não vai?” (p.61).

## CAPÍTULO I

### CAPSi MONTEIRO LOBATO: ALGUMAS BALIZAS E CERTOS MODOS DE FAZER INSTITUCIONAIS

De acordo com a Portaria 336 (Brasil, 2002), o CAPSi é um serviço de atenção psicossocial para atendimentos de portadores de transtornos mentais, quando sofridos na infância e na adolescência<sup>1</sup>. Integra a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS do Sistema Único de Saúde – SUS (Brasil, 2011). A portaria mencionada atribui algumas características ao CAPSi, dentre as quais destacamos: constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária destinado a crianças e adolescentes com transtornos mentais;

---

<sup>1</sup> A Portaria do Ministério da Saúde, nº 336, de 19 de fevereiro de 2002 regula os Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e estabelece como uma modalidade de serviço o CAPSi II, que tem como função realizar o atendimento de crianças e de adolescentes com transtornos mentais severos e persistentes. Constitui-se em um serviço ambulatorial de atenção diária, que funciona de 8h às 18h, durante os cinco dias úteis da semana. Sendo a equipe técnica formada por profissionais de nível superior como médico psiquiatra, enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, e de nível médio como técnico de enfermagem, técnico administrativo, entre outros.

desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial; e se responsabilizar pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental de crianças e adolescentes (Brasil, 2002).

Com a reforma psiquiátrica, o campo da saúde mental passou a adotar a terminologia de “transtornos mentais”. Convém destacar a lei 10.216, de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. A criação do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é tributária a tal normativa.

Comprometido com a legislação em vigor no Brasil e com as políticas públicas no campo da infância e adolescência, o CAPSi Monteiro Lobato de Niterói tornou-se referência na assistência em saúde mental à população infanto-juvenil. Ao longo dos anos, constitui-se como porta de entrada das problemáticas da infância e adolescência para instituições como escolas, conselhos tutelares, programas de saúde da família e da própria Rede de Saúde Mental. Como forma de organizar e de regular a demanda de cuidados em saúde mental no âmbito da infância e adolescência, desenvolvia ações intersetoriais em conjunto com diversos dispositivos da rede: como o Serviço de Internação de Criança e Adolescente (SIAC) e o Serviço de Recepção e Emergência (SRI), ambos em funcionamento no Hospital Psiquiátrico de Jurujuba (HPJ); a Equipe de Referência Infanto-Juvenil para ações de atenção ao uso de álcool e outras drogas (ERIJAD); e os diversos Ambulatórios de Saúde Mental.

O CAPSi Monteiro Lobato responsabilizou-se pelos casos de crianças e adolescentes que apresentavam transtornos mentais graves e/ou problemáticas mais complexas. Ofertar-se como lugar de endereçamento das problemáticas da infância e da adolescência acarretou no direcionamento para o CAPSi de um número elevado de casos que incluíam uma diversidade de situações dos mais variados níveis de complexidade e gravidade. Por isso, foi preciso instituir como direção de trabalho que somente seriam

recebidos para tratamento os casos de maior gravidade e complexidade<sup>2</sup>, e assim viabilizar o funcionamento da instituição.

Por essa razão, era uma característica do funcionamento do CAPSi Monteiro Lobato o traço de gravidade dos casos de criança e/ou de adolescente recebidos e acompanhados em tratamento no serviço. A dificuldade presente em cada caso era considerada e, a partir dela, a necessidade de algo a fazer. Havia o desconforto de encontrar a loucura na clínica da infância e adolescência e, concomitantemente, não ficar capturado e paralisado frente à angústia trazida pelas situações. Considerando a gravidade de cada caso, não nos restringindo a ela, partimos da premissa de que para um tratamento acontecer era preciso escutar a posição de cada sujeito envolvido naquela problemática, sobretudo a criança e/ou o adolescente.

A gravidade de cada caso era definida no momento de chegada ao serviço, pela escuta feita pelos profissionais que ali trabalhavam. O parâmetro de gravidade não era dado pelo possível diagnóstico, nem pelo drama das situações, e sim pela escuta da singularidade da problemática presente na criança e/ou no adolescente e na posição daqueles que estavam em seu entorno – os pais e/ou o responsável.

Para proporcionar o tratamento dos casos no CAPSi foi preciso criar algumas balizas e certos modos de fazer institucionais que viabilizassem acolher a criança e/ou o adolescente e sua família. No desdobramento do texto, poderemos reconhecer que isso que foi preciso construir para atender aos casos CAPSi surgiu e operou na medida em que encontrou suporte na psicanálise. Esta deu à prática do CAPSi sua direção de trabalho.

A direção de trabalho no CAPSi foi construída tendo como referência o que aparecia de problemático no singular de cada caso, o que incluía os impasses e dificuldades vivenciados por cada profissional. A supervisão semanal era o lugar privilegiado de discussão das problemáticas de cada criança e/ou adolescente, e tinha como diretriz partir

---

<sup>2</sup> A rede de saúde mental do município de Niterói conta com seis ambulatórios de saúde mental que recebem crianças e adolescentes para tratamento, além de psicólogos em algumas policlínicas e unidades básicas de saúde, o que permite o encaminhamento de casos com menor gravidade e complexidade.

do ponto de impasse do caso, que afetava e atingia aquele que atendia e escutava. Não era um simples "*falar dos casos*", era preciso falar do lugar da onde o caso produzia angústia, estranhamento. Nessa direção entrava em consideração o fato de que a escuta daquele que atende era responsável pela maneira como cada paciente era recebido, encaminhado e acompanhado na instituição. E, enquanto profissionais do CAPSi, éramos responsáveis por essas balizas e modos de fazer da instituição, pela construção da direção de trabalho institucional e estávamos implicados em cada tratamento.

De início, daremos ênfase ao momento de chegada dos casos no CAPSi, por entendermos que isto era determinante em relação à possibilidade, ou não, de tratamento de uma criança e/ou um adolescente. Do momento de chegada, vamos nos ocupar de duas questões: uma no que tange ao diagnóstico na clínica da infância e da adolescência e outra acerca do lugar dos pais. Ambas nos ajudam a expor as balizas e os modos de fazer do CAPSi Monteiro Lobato. Cabe informar que priorizamos o momento de chegada dos pais para falar de seu filho, mesmo sabendo que muitas vezes quando os pais chegavam, ou mesmo um adolescente chegava, já tínhamos notícias daquele caso pelas discussões intersetoriais com outros serviços.

No CAPSi Monteiro Lobato, esse momento de primeira vez de alguém no serviço foi nomeado de "Acolhimento". Este tinha por indicação ser uma conversa breve, que por vezes se prolongava, em um horário previamente marcado, havendo dois profissionais para receber aquele que vinha em busca de tratamento para uma criança e/ou um adolescente. Não era óbvio para quem chegava que encontraria no serviço público de saúde um profissional a sua espera, mesmo sabendo que seu horário estava marcado. Isso já era causa de surpresa.

Além disso, na recepção havia um certo tempo de espera no qual aquele que chegava entrava em contato com os funcionários da portaria, com os familiares de outros pacientes e com os próprios pacientes do serviço. O que se passava ali já dava algumas notícias do funcionamento do serviço, de sua estrutura física e das problemáticas dos pacientes. Não era incomum, nesse primeiro encontro com os pais, aparecerem elementos relacionados com o tempo de espera no espaço de recepção. Podemos ilustrar isso com a

fala de uma mãe que comparou o problema de seu filho com o comportamento apresentado por uma paciente que tinha visto chegar na instituição – a criança referida pela mãe era uma menina autista que considerávamos uma das pacientes mais comprometidas do CAPSi. Como consequência da sua comparação, ela insistia que ali era o lugar para seu filho se tratar. Já outros pais estranhavam o lugar, a gravidade dos pacientes face à dificuldade dos seus filhos. Tais falas dos pais nos davam pistas e nos guiavam na orientação do tratamento.

Era no dizer dos pais em relação ao filho da onde algo emergia na escuta, e isso que advinha dali dava um lugar e uma direção ao que estava se passando com a criança ou o adolescente. Quando o que tinha destaque era a gravidade da problemática apresentada, conjugada a uma certa precariedade e fragilidade das relações familiares, costumávamos marcar o retorno dos pais ao serviço. Era decidido a cada vez, se no retorno dos pais à instituição deveriam, ou não, trazer a criança e/ou o adolescente.

Por vezes, no momento de chegada, fazíamos contato com o serviço da rede do qual tínhamos recebido o encaminhamento e, assim, ter outras notícias da criança e/ou do adolescente, assim como dar um retorno da chegada do caso no CAPSi. Em alguns acolhimentos, a parceria com outras instituições era essencial, pois alguns pais chegavam ao serviço sem conseguir dizer o que estava acontecendo com seu filho.

Quando aquilo que se sobressaía na escuta dos pais eram certos recursos da criança, associados a um suporte familiar, optávamos por realizar o encaminhamento para outro serviço da rede. O serviço era definido e contactado, sendo os pais informados da indicação do tratamento do seu filho e do encaminhamento a um serviço mais adequado à problemática da criança e/ou do adolescente.

Não por acaso que nas situações de encaminhamento para outro serviço tentávamos viabilizá-lo já no acolhimento. O que amparava tal direção era o fato de apostarmos em um endereçamento que põe em jogo uma relação de transferência que ganha consistência e forma a cada encontro. Sem essa relação transferencial instalada, não havia abertura para qualquer forma de tratamento. Reconhecendo que o laço transferencial estava

sustentado numa certa suposição de saber por parte dos pais àquele a quem se endereçavam, era preciso, então, quando escutávamos algo no caso que indicasse o encaminhamento para outro serviço, fazer isso valer.

Muitas vezes nos defrontávamos com uma conjuntura embaraçosa quando queríamos ouvir mais os pais para "*entender melhor o caso*", e até mesmo encontrar com a criança antes de realizar o encaminhamento. Isso porque uma relação forte se estabelecia com a instituição e com aquele que estava atendendo, e isso dificultava o posterior encaminhamento. Reconhecíamos nessa conjuntura embaraçosa, pela qual éramos os principais responsáveis, que não era possível "encaminhar" uma relação transferencial.

O acolhimento no CAPSi se definiu como uma escuta que buscava engendrar a emergência da problemática da criança e/ou do adolescente produzindo, assim, uma abertura em relação à qual tínhamos que fazer uma aposta no seu endereçamento. No que se refere às questões da clínica da infância e adolescência, não tínhamos uma solução a dar, o que propúnhamos era ouvir e considerar a posição de cada sujeito envolvido. Era preciso nos ofertarmos como polo de endereçamento aos pais, às crianças e aos adolescentes.

Sendo assim, objetivamos neste capítulo dar notícias da direção institucional marcadamente clínica do CAPSi. Reconhecemos isso em diversos pontos do funcionamento institucional, sobretudo no fato de que os critérios para o tratamento no serviço eram formulados a partir de cada caso, o que incluía ali aquele que atendia. Não nos orientávamos por protocolos. Precisávamos da supervisão e das discussões da equipe, da palavra dos colegas e da nossa palavra para nos guiarmos no tratamento de cada criança e/ou adolescente. Um cuidado constante foi não enrijecer as balizas e os modos de fazer do CAPSi para não burocratizar a instituição. Pois cada caso carregava sua singularidade, independente de traços e características por vezes comuns. Precisávamos dar lugar, a cada vez, a singularidade de cada caso que emergia quando conseguíamos escutar a posição do sujeito.

## O ACOLHIMENTO E O LUGAR DOS PAIS NO TRATAMENTO DA CRIANÇA

Como dissemos, no CAPSi Monteiro Lobato considerávamos como determinante no tratamento de uma criança ou um adolescente o momento da chegada na instituição. Existia ali a chance de alguma abertura se produzir, favorecendo um segundo encontro, e daí uma nova abertura, um terceiro encontro, e assim sucessivamente. Confrontado com a importância decisiva do momento de chegada, precisávamos cuidar e organizar como o encontro aconteceria tendo em vista as especificidades da clínica infanto-juvenil.

As crianças e os adolescentes não chegavam por conta própria à instituição, raramente buscavam espontaneamente tratamento para si. Com isso, precisávamos dar lugar à particularidade intrínseca à clínica infanto-juvenil: a procura por tratamento, especialmente das crianças, era feita por um adulto. Geralmente eram os pais da criança e/ou do adolescente que se endereçavam à instituição, sendo que era a mãe quem procurava na maioria das vezes e, eventualmente, outro familiar. Por vezes, ainda, quem procurava o serviço era um profissional de alguma instituição que tinha uma relação próxima à criança e/ou ao adolescente e se sentia responsável por ele.

A especificidade da clínica infanto-juvenil, descrita acima, impôs a criação condições ao acolhimento, para que assim se viabilizasse o estabelecimento de um laço com o adulto que vinha procurar pelo tratamento para a criança e/ou o adolescente. Era o laço com os pais e/ou responsáveis que vinha abrir uma brecha para a construção posterior do vínculo transferencial da criança e/ou do adolescente com o clínico, imprescindível a sustentação do tratamento. O tratamento da criança e do adolescente incluía a autorização dos pais e/ou do adulto responsável.

Uma das regras que se instituiu para o acolhimento foi a orientação de que viessem, na primeira entrevista, apenas os pais sem trazer a criança e/ou o adolescente. Com efeito, um dos motivos para tal regra era que, em virtude da criança e/ou do

adolescente não estar procurando o atendimento por si mesmo, de comparecer trazido nas palavras e nas queixas de seus pais, não tínhamos como antever se realmente um tratamento seria indicado, e sendo indicado, se seria possível. Tínhamos um caminho a percorrer da palavra daquele que procurava a instituição até o tratamento da criança ou do adolescente.

Na chegada dos pais em busca de tratamento para o filho, precisávamos escutar a posição do pai e da mãe em relação ao que vinham nos falar de seu filho. Era de fundamental importância o momento de chegada dos pais, o primeiro contato deles com a instituição, a primeira conversa. Isso porque, como já vínhamos apontando, tínhamos como pressuposto que o momento inicial determinava a possibilidade, ou não, de tratamento da criança e/ou do adolescente. Isso nos remete por analogia ao *jogo de xadrez* nomeado por Freud (1913), em *Sobre o início do tratamento*:

“Todo aquele que espera aprender o nobre jogo de xadrez no livros, cedo descobrirá que somente as aberturas e os finais de jogos admitem uma apresentação sistemática exaustiva e que a infinita variedade de jogadas que se desenvolvem após a abertura desafia qualquer descrição desse tipo. Esta lacuna na instrução só pode ser preenchida por um estudo diligente dos jogos travados pelos mestres. As regras que podem ser estabelecidas para o exercício do tratamento psicanalítico acham-se sujeitas a limitações semelhantes” (FREUD, 1913, p. 139).

O acolhimento produzia efeitos clínicos que incidiam na criança e/ou no adolescente. Os efeitos, que podemos chamar de "efeitos mágicos", se produziam ao darmos lugar à palavra dos pais e ao nos tornarmos responsáveis por aquilo que escutávamos.

Quando o que vinha à tona no primeiro encontro indicava que o tratamento era ali no CAPSi, tomávamos o caso em mãos e nos oferecíamos como lugar de endereçamento da problemática da criança e/ou do adolescente. Talvez por isso, quando decidíamos receber uma criança e/ou um adolescente em tratamento, mesmo antes de sua vinda ao serviço, tínhamos notícias através da fala da mãe, do pai ou do responsável de que, de uma semana para outra, após a chegada dos pais à instituição, algo já estava diferente na criança e/ou no adolescente. Reconhecíamos nisso um efeito, presente também na clínica com pacientes adultos, efeito este decorrente do encontro daquele que se endereça com a

escuta de um outro.

Maud Mannoni (1965), renomada psicanalista de crianças, em seu livro *A primeira entrevista em psicanálise*, traz as notas tomadas ao término da primeira consulta, que redundam na seguinte pergunta: “Quem são pois essas crianças cujos pai vêm consultar-me sobre problemas que vão desde dificuldades escolares comuns até manifestações psicóticas caracterizadas?” (p.35). À pergunta, responde enfatizando que a entrada dos pais no consultório de psicanálise é geralmente um sinal de que se busca recorrer a um terceiro. Nesse sentido, o psicanalista é definido pela autora como:

“a quem nos dirigimos depois dos fracassos, dos dissabores, das ilusões perdidas, aquele a quem queremos agarrar-nos, mas também aquele de quem queremos servir-nos para fomentar querelas pessoais. Ele é, antes de tudo, o terceiro que desejamos que tome partido” (MANNONI, 1965, p.35).

A busca dos pais de uma criança pelo tratamento como uma tentativa de resolução de um problema, impassível de solução sem a procura por um terceiro, acontece quando defrontam-se com falhas e fracassos. É justamente com isso que se depara aquele que escuta, nas entrevistas iniciais. Sendo assim, seguindo o raciocínio de Mannoni (1965), é possível visualizar importantes aspectos em jogo no momento em que os pais buscam um tratamento para o seu filho – seja em um consultório psicanalítico, seja em uma instituição de saúde mental.

Isso nos direcionou a criar condições, sobretudo em se tratando de uma instituição pública, para que na busca dos pais houvesse a chance do encontro com uma escuta. Estávamos ali em um momento decisivo que incluía inúmeras complexidades, e estas não deviam ser, de forma alguma, colocadas de lado ou minimizadas. Cabia fazer emergir o que ali se encontrava em jogo. Para Mannoni (1965), o sofrimento dos pais só pode ser expresso na medida em que se assegure de que são ouvidos. Dessa forma, apostávamos que a escuta engendraria na fala do sujeito o que estava em causa, manifestando-se, assim, a problemática estrutural em questão.

Por essa razão, em consequência do trabalho realizado no CAPSi, era

responsabilidade da instituição criar condições para a escuta dos pais, para receber o discurso de um sujeito. Tais condições não estavam dadas de saída, para instituí-las foram estabelecidas regras no acolhimento, isto é, certos modos de operacionalizar a chegada dos pais e da criança e/ou do adolescente.

Viamo-nos dizendo que era fundamental para o desenvolvimento da criança e, também, de alguns adolescentes que um adulto se responsabilizasse por elas. Incluíamos ali também a dificuldade implicada em desempenhar a função de pai e a função de mãe. Por isso, o pai e a mãe precisavam ser escutados em relação ao lugar que ocupavam para a criança e, igualmente, ao lugar que o filho ocupava para cada um deles e, também, para o casal.

Sendo assim, para que houvesse condições de tratamento da criança e/ou do adolescente, foi se mostrando fundamental primeiramente acolhermos os pais. Posto que a criança e o adolescente estavam referidos e eram dependentes de seus pais, acolhermos os pais já era uma forma de também acolher o filho. Era preciso que recebêssemos as queixas dos pais dirigidos ao filho. Era importante examinar se um sintoma estava presente, ou não, na criança e/ou no adolescente, de que ordem era e que lugar tinha naquela relação familiar. Sendo o tratamento indicado, este só era possível a partir da autorização dos pais.

Constatávamos que as regras que foram sendo institucionalizadas no tocante ao acolhimento, para além de orientar a equipe e criar um modo de fazer daquela instituição, abriam a chance de acesso ao que havia de estrutural no endereçamento dos pais no momento de chegada à instituição. A regra, aparentemente simples, de que os pais viessem sem o filho ao acolhimento, já colocava em cena elementos centrais no que concernia ao funcionamento da família e ao lugar que a criança ou o adolescente ocupava para os seus pais.

Lembramos aqui que Mannoni (1965) nos diz que a tarefa do psicanalista na primeira consulta é ajudar o indivíduo a formular a sua demanda, a constituir-se na sua fala na relação com a sua história, para extrair, a partir de um certa sequência, uma mensagem:

“O analista visa mais a confrontar a tomada de posição de um sujeito, por meio do seu mundo fantasmático, com um sistema que é da ordem do significante do que a dar significação deste ou daquele distúrbio” (MANNONI, 1965. p.35).

Um ponto a se destacar da entrevista com os familiares, segundo Mannoni (1965), é dar ênfase ao discurso dos pais, mais particularmente às palavras da mãe, por entender que a criança se constitui remetida ao outro que na maioria das vezes é aquele que traz o pedido de ajuda. Ainda relativo à entrevista, a autora expôs que, por lidar com um sujeito que traz no seu discurso uma história, esta desempenha a função de trazer à tona o não-dito e fazer a palavra circular. No caso de um trabalho psicanalítico com crianças, para além disso, é fundamental nos debruçarmos na relação do casal parental com a criança e/ou adolescente e com a problemática apresentada.

Um exemplo de um atendimento que criou condições para que uma demanda fosse formulada na primeira consulta, no acolhimento, pode ser acompanhado no recorte clínico do caso Bernardo. A mãe Luana chegou para o acolhimento trazendo seu filho com ela. Ainda no espaço de recepção do serviço, ao ser perguntada sobre se tinha sido orientada a vir sem trazer o filho, ela respondeu afirmativamente, dizendo na sequência: *"Não me separo dele!"* Não foi possível, na ocasião do acolhimento, recebê-la sem a presença do menino, de mais ou menos oito anos. A mãe insistiu com a pergunta de por que queríamos separá-los, parecendo desconfiada. No decorrer da entrevista, ao perguntarmos sobre o pai de Bernardo, Luana respondeu dizendo: *"O pai está bem."* Contou-nos que eram casados, que organizaram suas vidas para ter esse filho – com o nascimento do menino, a mãe parou de trabalhar e o pai ficou responsável pelo sustento da casa – ambos *"desejaram"* o nascimento de Bernardo. Propusemos que Luana voltasse juntamente com seu marido em uma próxima entrevista, ao que ela respondeu com certa irritação: *"Entre eu, meu marido e meu filho não há segredos! Ele sabe que eu estou aqui e direi tudo o que conversamos para ele, então não entendo por que estão pedindo que ele venha?"*

No recorte clínico acima, remetemos ao fato de que, quando uma primeira entrevista acontecia tendo sido criada condições de escuta, esta favorecia a emergência da posição do sujeito no discurso. A escuta do sujeito, neste caso a mãe, adveio juntamente

com os elementos do funcionamento da estrutura familiar, inclusive, evidenciou a dificuldade em causa no tratamento do menino Bernardo. Existia um limite de tratamento, o qual se dava em razão do funcionamento familiar; nele, aquilo que vinha de fora era vivenciado como ameaçador, remetia à possível separação e à instituição de lugares, e não havia margem de segredos entre seus membros.

Tal funcionamento familiar se concretizou no acolhimento, e com isso, pudemos verificar que a demanda feita pela mãe, já na primeira consulta, trazia indicações do trabalho a ser feito no tratamento, sobretudo na relação dela com seu filho. Com efeito, o tratamento, por incluir a transferência como mola propulsora, mostrou, nesse recorte, ser imprescindível construir com cuidado e delicadeza uma brecha para entrada de um terceiro.

A relação transferencial deveria ser fundamentalmente considerada no momento de acolhimento, momento onde podíamos ter uma apreensão psicanalítica do caso e de seu funcionamento estrutural. Dessa maneira, o diagnóstico psicanalítico somente era possível na transferência, que revelava a posição do sujeito frente ao Outro.

A transferência era considerada ali como uma abertura, que poderia engendrar o retorno da mãe, da criança, e quem sabe a vinda do pai, para que, dessa forma, o tratamento acontecesse a cada vez. Por assim dizer, quando recebíamos um paciente preservávamos, mesmo num tratamento que já se desenrolava há meses/anos, a marca de uma primeira vez.

## **O ACOLHIMENTO E ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE O DIAGNÓSTICO**

Os casos com indicação de tratamento no CAPSi apresentavam problemáticas graves e complexas, não necessariamente um transtorno mental. A gravidade era definida a cada caso acolhido no serviço, a partir da escuta na qual se destacava, com sorte, o que era estrutural do funcionamento da criança e/ou do adolescente e de sua

família.

O campo da saúde mental é norteado pela classificação nosológica considerando as pessoas como portadoras de transtorno mental, sendo estes definidos pela *Classificação Internacional de Doenças – CID-10*, publicada pela Organização Mundial de Saúde – OMS. Na Rede de Saúde Mental de Niterói, o diagnóstico estava presente nos prontuários e nos relatórios anuais feitos nos serviços de saúde mental para a gestão municipal. De maneira geral, as classificações diagnósticas auxiliavam no planejamento e na organização da oferta de serviços e tratamentos, na comunicação entre os profissionais e, de algum modo, na sistematização dos dados clínicos obtidos no atendimento dos casos. Assim, não podíamos desconsiderar o seu uso, pois o diagnóstico nosológico orientava as ações da gestão de saúde mental e oferecia um panorama das características dos pacientes em tratamento nos serviços.

Contudo, para o CAPSi, não era a classificação diagnóstica que definia a gravidade do quadro apresentado pela criança e/ou pelo adolescente. Tínhamos notícias de serviços de atendimento à criança e/ou ao adolescente que exigiam como pré-requisito para a realização do tratamento um encaminhamento, um laudo médico com diagnóstico e/ou um relatório sobre a criança e/ou o adolescente; bem como sabíamos de alguns serviços que somente recebiam pacientes se estes apresentassem determinado transtorno mental.

No CAPSi não existia um conjunto de características a serem usadas como pré-requisitos para a admissão do paciente no serviço, tampouco um diagnóstico definido. O que determinava a indicação de tratamento no CAPSi era uma conjunção de diversos fatores entre os quais se incluía: a escuta de cada caso; a presença, ou não, de um sintoma na criança e/ou no adolescente e sua função no funcionamento familiar; as condições subjetivas da família de aderir um tratamento mais circunscrito, em um ambulatório, ou a recomendação de um serviço mais flexível, como o CAPSi; a situação de vulnerabilidade em que se encontrava aquela criança e/ou aquele adolescente; e a hipótese diagnóstica, referida a um diagnóstico estrutural de neurose ou psicose.

Antes de prosseguir com a apresentação do trabalho no CAPSi, deter-nos-

emos em uma breve discussão sobre o diagnóstico na clínica infanto-juvenil. Na atualidade, dispõe-se de diversas informações referentes aos transtornos mentais, cada vez mais propagadas pelas mídias, inclusive aqueles que concernem exclusivamente ao período da infância e da adolescência. Como consequência, observa-se uma certa banalização do diagnóstico psiquiátrico e psicológico. Percebíamos que tal banalização afetava os familiares, os pacientes, as pessoas leigas e, também, os profissionais da saúde e de outras áreas, especialmente da educação. Rapidamente, os comportamentos das crianças e dos adolescentes eram isoladamente considerados e atribuídos a algum transtorno mental como autismo, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, transtorno desafiador opositivo, entre outros. Essa problemática intrínseca à clínica com a criança e/ou o adolescente atravessava o dia-a-dia da instituição; não era incomum a chegada de pais ao serviço atribuindo ao seu filho determinado diagnóstico.

Ao longo do desenvolvimento do trabalho no CAPSi, fomos sensíveis ao fato de que a suposição de um transtorno mental na criança e/ou no adolescente poderia tanto viabilizar o tratamento, quanto inviabilizá-lo. No entanto, tal presunção era problemática, vamos desdobrar aqui o porquê.

Quando um profissional da saúde ou da educação, ou quando os próprios pais presumiam um certo diagnóstico baseado no comportamento da criança e/ou do adolescente, isso poderia desencadear, em alguns casos, a busca pelo tratamento antes da instalação e/ou da cronificação de um quadro psiquiátrico. Por outro lado, um possível diagnóstico também servia como motivo de fechamento ao tratamento da criança.

Com efeito, um suposto diagnóstico podia servir como abertura para o tratamento da criança ou do adolescente. Isso acontecia quando os pais buscavam um tratamento para o filho por reconhecerem que alguma coisa não ia bem com a criança, algo estava "*estranho*". Por conseguinte, a hipótese diagnóstica podia produzir um certo abalo no olhar dos pais no que toca à criança e/ou ao adolescente abrindo, assim, uma chance de endereçamento. Em algumas situações, o estranhamento precisava vir de alguém de fora do núcleo familiar, como o médico, o professor. Nessas situações era importante o profissional escutar e dar legitimidade a esse estranhamento dizendo aos pais o que percebia daquela

criança ou daquele adolescente. Fazia diferença, para a criança e para os familiares, que a hipótese diagnóstica fosse lançada acompanhada do encaminhamento para o tratamento com a indicação de que a hipótese fosse investigada.

De outro modo, em algumas situações a hipótese diagnóstica servia como um motivo de fechamento ao tratamento da criança. Geralmente, isso acontecia quando, rapidamente, havia o enquadramento do estranhamento em um transtorno psiquiátrico, de forma que, o nome do transtorno psiquiátrico servia como uma resposta, o que produzia um alívio na angústia dos pais, e não um endereçamento. Como consequência, o movimento dos pais era procurar conhecer mais sobre a “doença”, e ler em cada comportamento do filho os sintomas e as características descritos no quadro psiquiátrico. Retomaremos o presente ponto no decorrer do texto, já que entendemos que tal incidência de uma hipótese diagnóstica pode ser devastadora para o desenvolvimento da criança e/ou do adolescente.

Avaliando as diferentes incidências da hipótese diagnóstica, não podíamos nos furtar à responsabilidade de levar em conta que, na clínica da infância e da adolescência, estávamos diante de um sujeito em pleno momento de desenvolvimento, de constituição e de estruturação. Isso nos conduziu à proposição de que a classificação nosológica de um transtorno deveria ser de caráter permanentemente provisório, jamais definitivo. Lembramos aqui a definição do termo hipótese, do grego *hypóthesis*, pelo latim *hypothesse*, no *Novo Dicionário Aurélio*, como suposição que orienta uma investigação por antecipar características prováveis do objeto investigado e que vale, quer pela confirmação dessas características, quer pelo encontro de novos caminhos de investigação.

Por isso, a questão do diagnóstico nos colocava confrontados com um problema importante a ser tratado desde o momento de chegada à instituição. Por conseguinte, buscávamos no acolhimento fazer um trabalho de interrogar a hipótese junto aos pais que chegavam em busca de tratamento para seu filho. Preservávamos como direção situá-los no fato de que seu filho estava em um momento de desenvolvimento, e que tal sintomatologia não era definitiva, nem definidora da criança e/ou do adolescente. Esse era um primeiro trabalho fundamental de quem recebia o caso, e isso incidia na posição dos pais.

No trabalho de interrogar a hipótese diagnóstica era imprescindível preservar o que aparecia como "*estranho*" na criança e/ou no adolescente aos olhos dos pais. Acreditávamos que, a partir desse "*estranho*", os pais poderiam produzir uma pequena demanda de tratamento para o filho. O cerne do momento de chegada e de acolhimento era os pais poderem falar do seu filho, de sorte que pudéssemos acessar na escuta da palavra dos pais, o que estava acontecendo com a criança e/ou com o adolescente. Tínhamos daí as primeiras notícias da relação deles, pais com o filho, deste com os irmãos, da história da gravidez e do nascimento, dos acontecimentos que marcaram a vida da criança e/ou do adolescente e da família. Eram perguntas, aparentemente banais, que permitiam aos pais dizer da criança e/ou do adolescente, e com isso ia se desenhando a problemática daquele caso e a necessidade, ou não, de tratamento.

Sendo assim, o momento de acolhimento se constituía na escuta clínica, que, por sua vez, oferecia um lugar à palavra dos pais na instituição e na relação transferencial. A presença do clínico era o que produzia uma abertura no dizer dos pais acerca da criança e do sintoma que atribuíam ao filho. E assim, o falar ia produzindo interrogações, pontos de parada, escansões.

O "Acolhimento" não era o momento de definir diagnóstico. Dizer isso não é desconsiderar a importância do diagnóstico no tratamento, mas antes, em se tratando de crianças e adolescentes, especialmente crianças pequenas, o acolhimento era o momento de dar lugar ao "*estranho*" atribuído pelos pais ao filho, e, assim, interrogar um suposto diagnóstico.

Também presenciávamos a dificuldade por parte de alguns profissionais em indicar o CAPSi como lugar para tratamento de crianças pequenas e/ou um quadro aparentemente menos grave. Percebíamos que existia um certo temor em realizar o encaminhamento para tratamento no CAPSi, em função de um receio de estigmatização da criança e/ou adolescente como "*maluca*" e/ou "*deficiente*". Não podemos desconsiderar que o CAPSi carrega uma marca de "*lugar de maluco*" e/ou lugar de situações muito graves e debilidades irreversíveis. Isso requeria, do nosso lado, um amplo trabalho de desconstrução de tal ideia, sem perder de vista que éramos um serviço para atendimento de casos mais

graves.

Uma das formas de desconstrução do estigma direcionado ao serviço era o trabalho intersetorial, junto a profissionais de outros serviços e de outras áreas. Com eles, nós os lembrávamos que aquilo que determinava o tratamento no CAPSi não era o diagnóstico. Ademais, era importante lhes dizer que tínhamos algo a fazer, mesmo quando o transtorno apresentado pela criança e/ou adolescente fosse severo, pois o tratamento produziria efeitos na vida do paciente e de sua família.

Até aqui, nós nos detivemos especialmente no diagnóstico na clínica infanto-juvenil, o qual se refere à classificação nosológica do CID 10, e que orienta a gestão no campo da saúde mental. Temos agora a oportunidade de introduzirmos a direção de que o tratamento no CAPSi baseava-se na visão estrutural da constituição do sujeito. Isso era uma característica decorrente da direção psicanalítica freudiana e lacaniana presente na instituição.

Sensíveis à pergunta se é possível atribuir um diagnóstico estrutural a uma criança e/ou a um adolescente, foi-nos imperioso esclarecer a posição que guiava o tratamento na instituição CAPSi Monteiro Lobato. Reconhecemos que as proposições freudianas e lacanianas, como a concepção de sujeito do inconsciente e do diagnóstico estrutural, não são interpretadas da mesma maneira na própria clínica psicanalítica.

Em *As psicoses não decididas da infância: um estudo psicanalítico*, Bernardino (2004) defendeu, seguindo Jerusalinsky (1993), que a estrutura não estava decidida na infância. Para Jerusalinsky (2005), durante a infância, o sujeito está sendo “fabricado”, o que torna improvável qualquer assertiva de estruturação precoce como definitiva e irreversível. E, ao abordar as psicoses na infância, tal autor propõe o uso do termo psicoses não decididas.

Trabalhando com a mesma nomeação, Bernardino (2004) afirma que adota tal categoria como o diagnóstico que melhor contempla a posição da criança na linguagem, enquanto sujeito em constituição, bem como sua condição de indivíduo em crescimento,

cujo organismo está em processo de desenvolvimento. Postula que o tratamento psicanalítico representa um divisor de águas no rumo da definição estrutural nos casos graves da infância; e frisa que, ao tomar as psicoses como não decididas, se mantêm a aposta como uma estratégia clínica na psicanálise de crianças: não desistir da aposta no advento do sujeito.

Encontramos ressonâncias em alguns aspectos desenvolvidos por esses autores: a primeira consiste no traço da psicanálise na clínica infanto-juvenil de apostarmos no advento do sujeito. A segunda é a premissa de que a psicanálise dirigida às crianças e aos adolescentes é a mesma dirigida aos adultos, pois implica um sujeito, para além das questões etárias.

No trabalho clínico realizado no CAPSi Monteiro Lobato, era importante pautar as nossas intervenções partindo do pressuposto de que algo se decidia em termos de estrutura a cada encontro que tínhamos com o paciente. Não se tratava de uma estrutura não decidida, nem mesmo de uma estrutura já decidida, mas sim de algo em decisão a cada vez. A radicalidade de algo se decidir a cada vez, imposta a nós pela clínica da criança e do adolescente, apontava para a importância da intervenção daquele que se responsabilizava pela escuta do caso. No próximo capítulo, trataremos o acolhimento da bebê Alice e sua mãe, o qual abordou as incidências do tratamento na constituição do sujeito, evidenciando tal radicalidade. Com isso, demonstra-se que a intervenção no momento em que a estrutura está se decidindo é determinante quanto à possibilidade, ou não, de advento do sujeito na linguagem.

## **CAPÍTULO II**

### **O TRATAMENTO DE CRIANÇAS PEQUENAS E SEU "EFEITO MÁGICO"**

Até o presente momento, percorremos algumas balizas institucionais e modos de fazer do CAPSi Monteiro Lobato, buscando evidenciar a importância do momento de chegada à instituição. Defrontados com os efeitos em cada caso da chegada ao serviço e as incidências do desdobramento do tratamento, destacou-se a seguinte observação: quanto mais cedo as crianças e/ou os adolescentes iniciassem o tratamento, mais efeitos e incidências havia em seu desenvolvimento.

Fazia diferença o momento do desenvolvimento, inclusive a idade, no qual a criança e/ou o adolescente chegava para tratamento. A partir dos atendimentos realizados às crianças e/ou aos adolescentes, constatamos que, quanto mais cedo chegassem ao tratamento, mais efeitos e incidências eram possíveis e visíveis em seu desenvolvimento. Em nome disso, nós nos víamos repetindo uma e outra vez, como um certo mantra, a frase:

*"Quanto mais novo o paciente chegar no CAPSi, melhor será!"*

Infelizmente, ao contrário do que gostaríamos, a chegada ao tratamento de crianças e adolescentes se dava tardiamente. No CAPSi Monteiro Lobato, a maioria dos pacientes recebidos eram adolescentes com aproximadamente quatorze anos, e as crianças, em número menor, chegavam entre sete e oito anos. Era frequente no relato dos familiares o histórico de passagem por diversos profissionais e/ou instituições em busca de um diagnóstico e de um tratamento em vista das dificuldades apresentadas pelos filhos desde cedo. Escutando os pais, percebíamos indícios de que algo não ia bem no desenvolvimento daquela criança e/ou daquele adolescente desde muito antes, e a chegada no tratamento acontecia quando a problemática da criança estava significativamente agravada ou uma crise aguda irrompia.

Com a chegada dos pais à instituição, ao tomarmos em mãos o tratamento de uma criança e/ou um adolescente, o primeiro efeito era a consequente reorganização familiar. Os pais passavam a incluir a instituição como o lugar de endereçamento das dificuldades da criança e/ou do adolescente, o que autorizava intervirmos a cada acontecimento a partir da escuta. Eram visíveis em cada caso os efeitos da chegada ao tratamento, tanto para os pacientes quanto para seus familiares.

Ao mesmo tempo que presenciávamos os efeitos em cada caso da chegada ao tratamento, percebíamos que tais incidências não eram igualmente determinantes em comparação às consequências que se produziam em se tratando de uma criança menor e uma maior. Os efeitos eram muito diferentes nas crianças pequenas e naquelas com maior idade, e quanto mais velhos, menor eram as incidências do tratamento na estruturação do sujeito. Nos pacientes mais velhos, principalmente os adolescentes, intervínhamos, muitas vezes, em um quadro de autismo ou psicose já instalado, crônico. Ao passo que nas crianças era possível intervir antes da instalação de um transtorno mental.

Quando recebíamos crianças pequenas os "efeitos mágicos" se intensificavam, ganhavam força, eram gritantes. Notávamos que nas crianças os efeitos produzidos pelo tratamento eram mais rápidos e visíveis. Sentíamos que ali tínhamos a

chance de construir alguma marca, alguma inscrição que produzia incidências na constituição psíquica daquela criança.

Retornava para o CAPSi a responsabilidade em transmitir para a Rede de Saúde Mental e demais instituições envolvidas com o cuidado das crianças e dos adolescente, a importância do acesso ao tratamento acontecer o mais cedo possível, dados os primeiros indícios de que alguma coisa não estava bem. Se isso pudesse acontecer, os pais não precisariam passar por uma peregrinação por diversos serviços ao estranharem algo na criança; e o CAPSi as receberia em um momento de constituição no qual uma intervenção poderia mudar completamente o prognóstico do caso.

Confrontados com tal responsabilidade institucional, instituímos que o CAPSi se oferecia também como serviço de referência para crianças pequenas. A direção passou a ser transmitida no trabalho intersetorial com a Rede de Saúde Mental e com os demais setores: saúde, assistência social, educação, justiça. Citamos, por exemplo, o trabalho com as supervisoras de Saúde Mental do Programa Médico de Família (PMF), do município de Niterói, o qual resultou na chegada de crianças cada vez menores. O trabalho de articulação intersetorial e a propagação na mídia do autismo tiveram como consequência a chegada ao CAPSi de crianças pequenas. No ano de 2012, passamos a receber um número maior de crianças entre um e cinco anos de idade.

Tal direção pauta-se na aposta e na experiência de que a chegada de uma criança e/ou um adolescente ao tratamento, abria uma via de intervenção. O tratamento oferecia um lugar de acolhimento à palavra, e deflagrava, concomitantemente, efeitos e incidências no campo da constituição e da estrutura psíquica.

Da experiência de atendimento a crianças pequenas, recolhemos em primeiro lugar um certo "efeito mágico" da chegada ao serviço e ao tratamento. Era impressionante a maneira viva como a criança respondia ao que lhe era dirigido, e a rapidez com que a situação da criança se recolocava e se reorganizava a partir de cada encontro. Supúnhamos que o motivo da produção de tal "efeito mágico" estava ligado à escuta e ao acolhimento da palavra dos pais e da criança, abrindo para intervenções e daí algo podia ser dito. Como

vínhamos demonstrando, o momento de começo era marcado por podermos receber, pela escuta dos pais, o que era dito da criança, da sua dificuldade, daquilo que era considerado estranho.

Na experiência clínica com crianças pequenas, percebemos que a criança respondia rapidamente àquilo que lhe era dirigido. Esse "efeito mágico" nos interrogava, e perguntávamos sobre o que engendrava uma resposta tão rápida por parte da criança. Essa pergunta nos lançou de início à conferência *Quels sont mes parents?* proferida por Melman (2010), na qual conta a história de uma paciente de quarenta anos que o procurou citando as diversas falhas das tentativas de engravidar, das tentativas frustradas de provocar o encontro entre um óvulo e um espermatozoide em inseminações artificiais. Melman responde: “De qualquer maneira não é assim que se faz crianças” – “*de toute façon ce n'est pas comme ça qu'on fait les enfants*” (p.125). Quinze dias depois a paciente estava grávida. Melman (2010) define sua intervenção como banal, dizendo crer que toda operação que tomamos como mágica é fundada em uma *banalité consternante*.

Desde o momento do acolhimento até o desdobrar do tratamento, o dia a dia de trabalho no CAPSi nos convidava a dar lugar a intervenções simples, aparentemente banais. Não tínhamos um questionário de perguntas, muitos menos buscávamos determinada resposta, era aquilo que ia sendo dito pelos pais, pelas crianças e pelos adolescentes que nos guiava em nossas questões. Nessas perguntas quase óbvias, apareciam na fala do sujeito embaraço, vacilo. Quando a fala do sujeito demonstrava estar tudo bem, era o estranhamento vindo da escuta do clínico o que poderia engendrar o aparecimento do que motivava o endereçamento à instituição. Com sorte, nos atendimentos, nesses dizeres banais se tecia algo novo que surpreendia a todos, algo surgia como novo, como pela primeira vez.

Melman (2010) conta a história da mulher que engravidou em virtude de sua intervenção banal, para nos lembrar que na espécie humana uma criança não passa do produto de “um instante de iluminação” (p.125). Ele afirma que uma criança não é produto de um macho e uma fêmea, contrariamente ao que acontece nas espécies animais, e tampouco do encontro de uma célula feminina e uma célula masculina.

Ao recebermos as crianças pequenas para tratamento no CAPSi, deparamo-nos com a responsabilidade em intervir ali onde a estrutura não estava decidida e na qual o sujeito estava em constituição. Momento de intervenção muito diferente daquele que se dava com os adolescentes, nos quais a estrutura já estava em vias de decisão. Havia pacientes que chegavam ao CAPSi instalados em quadros patológicos graves e crônicos, nos quais era visível as consequências de uma ausência de investimento naquela criança e/ou naquele adolescente. O que se produzia com a ausência de investimento era algo que parecia muito distante do humano. Com efeito, nesses casos ficava claro que o nascimento de um indivíduo não garante o nascimento de um sujeito. Tanto com as crianças pequenas quanto com aqueles pacientes instalados em uma estrutura, a aposta era no sujeito, de que algo de sujeito pudesse advir dali. Porém, experienciávamos a diferença radical em intervir nesses diferentes tempos de constituição.

Nas crianças pequenas, colocava-se uma urgência. A intervenção nesses casos parecia ter o peso de decidir os rumos do desenvolvimento daquela criança. Já estava instituído no trabalho clínico do CAPSi a direção de intervir nas situações no momento em que aconteciam, fazendo uma aposta, para ir marcando para os pais e para a criança e/ou o adolescente a presença de uma escuta. Orientávamo-nos pela importância de intervirmos, em ato, naquilo que era dito, seja pelos pais ou pela própria criança. Logo, que diferença era esta que sentíamos nas crianças pequenas? Descobrimos que a diferença advinha do fato de que estávamos frente a um sujeito a se constituir, sendo a intervenção, portanto, contemporânea da própria constituição.

Em decorrência de nos responsabilizarmos pelo tratamento das crianças pequenas reconhecemos rapidamente que o tempo era precioso. Essa clínica presentificava uma urgência de algo a fazer, e nesse fazer algo ia se decidindo a cada vez. Tratava-se de uma corrida contra o relógio, tendo como contrapartida o tempo de constituição do sujeito. Por esse motivo, o tempo perdido tinha consequências, frequentemente irreparáveis para a estruturação do aparelho psíquico.

Para a psicanálise, o sujeito é sempre por advir. Contudo, no tratamento de crianças pequenas estávamos num tempo em que era de estruturação. Por isso, era preciso

receber cada caso que chegava considerando que a estrutura daquele sujeito estava se decidindo ali, naquele tempo. Isso nos exigia um fazer a cada vez que encontrávamos com a criança e seus pais, a intervenção não podia ser procrastinada.

Por tudo isso, no tratamento de crianças pequenas experienciamos a estruturação do aparelho psíquico, sem ter como resultado um quadro psicopatológico grave, quando da chegada precoce ao serviço. O tratamento dessas crianças também demonstrou uma operação em jogo na constituição da criança que possibilitaria, ou não, o advento do sujeito.

Ao nos dirigirmos à criança, dando lugar ao sujeito ali em constituição, testemunhávamos o que pareciam "efeitos mágicos". Teriam esses efeitos se produzido por algo novo entrar e se instalar na relação do Outro com a criança?

Cabe destacar que, o motivo da chegada das crianças pequenas ao CAPSi estava ligada à problemática da criança com a linguagem. Os pais se endereçavam à instituição tendo como principal estranhamento o fato da criança "*não falar*". A dificuldade apresentada pela criança de entrada na linguagem era o sinal indicativo de tratamento, tanto para os pais quanto para as instituições envolvidas com a criança.

Nesse momento de chegada era comum o "*não falar*" atribuído à criança vir junto à hipótese de autismo. Como já desenvolvemos no primeiro capítulo, no acolhimento realizávamos um trabalho com os pais que consistia em interrogar essa hipótese diagnóstica e buscávamos as características do "*não falar*" em cada caso. Com isso, fomos descobrindo que o "*não falar*" apresentado pela criança estava em cada caso vinculado a problemáticas muito diferentes.

Interrogar a hipótese diagnóstica dos pais era um trabalho fundamental a ser realizado já na chegada. Caso a hipótese fosse de autismo e esta se cristalizasse como uma certeza, havia grande probabilidade da criança vir a desenvolver um quadro de autismo. Por ser um momento decisivo do desenvolvimento, retorna mais uma vez a responsabilidade daquele que se dispõe a receber e a tratar de crianças pequenas. A posição daquele que

atende ao caso incide na constituição do sujeito, dado que a intervenção é aí contemporânea a estruturação do aparelho psíquico.

Em cada um dos casos de criança pequena que chegava à instituição, tínhamos o dever de nos debruçar no "*não falar*": o que estava acontecendo naquele caso em que a criança não estava acedendo à fala, como era esperado naquele momento de seu desenvolvimento? Ao nos determos nisso, a ausência de fala demonstrou uma operação necessária para o advento do sujeito na linguagem. Tal ausência demonstrava que algo falhou nessa operação.

Tomando como referência a transmissão de Lacan (1953, 1960, 1964), que cerniu o terreno preparado para o acesso do sujeito à linguagem, reconhecíamos nas crianças pequenas a importância de elementos que precediam e, conseqüentemente, tornavam possível a entrada de uma criança na linguagem. O "*não falar*" da criança mostrava a ausência de um terreno preparado para o cultivo da língua. Na maioria dos casos, a falha na operação constitutiva do sujeito sinalizava que algo anterior, e atualmente requerido para o acesso à linguagem, não tinha se estabelecido, o que tinha como consequência a ausência de fala na criança.

Como demonstração de um terreno preparado para o advento do sujeito na linguagem, traremos o registro de um acontecimento numa situação de acolhimento. Tal ocorrência, remete-nos a Czermak (2013) em sua intervenção *O que é um fato clínico*, feita em Saint-Anne, na qual assim o define: “Especificá-lo como clínico supõe evidentemente que haja clínico: ele faz parte do quadro. Do mesmo modo que, para falar de um fato físico, é preciso que haja físico” (p.111). O que esse fato clínico veio a nos demonstrar foi que ali houve a presença de um sujeito – a bebê e a presença do clínico.

Fazemos agora o registro de tal fato clínico integrado ao contexto no qual veio a emergir. Tratou-se de um acolhimento no qual a familiar chegou para acolhimento mais de uma hora antes do horário proposto, em uma manhã de sexta-feira bastante movimentada do CAPSi. Informada da chegada da pessoas esperada pela recepcionista do serviço, dirigi-me a ela para dizer que iríamos recebê-la para conversar, porém, pela sua

antecedência e pela movimentação do serviço, tínhamos um tempo de espera. A mãe, bastante jovem, estava de pé com um bebê em seu peito mamando, o que me fez sugerir a ela que sentasse, ao que ela reagiu incomodada. Quando a recebemos para conversar, decorridas pelo menos duas horas de sua chegada, reparei que a bebê ainda estava em seu peito.

Durante essa primeira conversa, a mãe Daiana falou de seu filho Alan, de cinco anos, pedindo ajuda em função de uma hipótese de autismo formulada pela escola e pelo médico de família, devido à ausência de fala e grande agitação apresentada pelo menino. Daiana teve grande dificuldade de pronunciar o termo autismo, e também não tinha formulado para ela a gravidade da dificuldade apresentada pelo filho diante daquilo que ela mesma ia nos dizendo. Atribuía sua chegada ao serviço à indicação da escola e do médico do PMF. Durante a conversa, a bebê permaneceu em seu peito, como se estivesse dormindo, parada. Daiana não fez nenhuma menção à bebê, nem no seu olhar nem na sua palavra. No momento de preenchermos a ficha de registro do acolhimento, enquanto a colega fazia o registro dos dados, perguntei a mãe o nome do bebê olhando para aquela criança em seu peito. A mãe falou que o nome da bebê era Alice, descobrimos então se tratar de uma menina.

Na ocasião, algo fez com que me dirigisse à bebê por seu nome, dizendo-lhe: “Alice, você não desgruda do peito da sua mãe?” No mesmo instante em que proferi a frase, para uma grande surpresa, a bebê larga o peito da mãe, começa a se mexer, abre os olhos e vai ganhando vida. Eu e minha colega nos olhamos impactadas frente ao acontecimento presenciado. A mãe olhou para a filha pela primeira vez. Na sequência do acontecimento, estabeleceu-se uma primeira relação entre a mãe e a bebê Alice, Daiana conseguiu estabelecer uma relação entre a intensificação da agitação do filho, para o qual veio buscar atendimento, com o nascimento da bebê. Perguntamos quantos meses tinha a bebê, ao que respondeu dizendo que ia fazer três meses nos próximos dias.

Tal acontecimento nos aponta os aspectos fundamentais envolvidos na clínica com crianças pequenas. Vínhamos dizendo de uma determinada intervenção que aposta no sujeito, e uma das características que presenciemos na intervenção dirigida à bebê

Alice foi tal aposta. Ao interpelarmos Alice por seu nome, ao convocá-la enquanto sujeito, ela pôde advir ali. Destacamos que a intervenção produziu o "efeito mágico" e instantâneo – a bebê Alice desgrudou do peito da mãe imediatamente à intervenção que engendrou o olhar da mãe para a filha – encontrado com frequência na clínica com crianças pequenas.

Na clínica, e nesse fragmento de caso trazido, podíamos reconhecer que o corte do cordão umbilical que liga uma mãe ao seu bebê, não se realizava de uma vez por todas com o nascimento. Desse modo, era preciso insistir a cada vez na exigência que esse corte carregava para que daí um sujeito tivesse a chance de emergir. A suposição de que o nascimento institui um corte em si, um corte permanente, poderia levar a desconsiderar o valor de instaurar e fazer valer um corte a cada vez para a relação mãe- bebê.

Outra característica importante foi que a intervenção realizada, a saber, dirigir-se à bebê Alice, criou-se concomitantemente à escuta. Refletindo sobre tal intervenção, apareceu a probabilidade de nos dirigirmos a mãe e orientá-la sobre o tempo de amamentação, por exemplo. Se tivéssemos feito isso, provavelmente não experienciaríamos tal acontecimento. Mesmo assim, considerarmos tal situação, pois, no trabalho com crianças, por mais que estivéssemos situados em uma orientação psicanalítica, não havia nada que nos protegesse de sermos por vezes pedagogos. Ademais, é oportuno dizermos que, na clínica com crianças e/ou adolescentes, a orientação produzia importantes efeitos clínicos em algumas situações. Não se trata de algo que seria bom ou ruim, certo ou errado no trabalho clínico. Na clínica infanto-juvenil realizada no CAPSi Monteiro Lobato, precisávamos nos guiar pelos efeitos daquilo que fazíamos, recolhendo-os e colocando-os em trabalho a cada encontro com a criança e/ou o adolescente e os seus familiares.

Destacamos alguns aspectos da problemática da relação da criança com a linguagem no acontecimento descrito, são eles: o “não falar” no menino Alan, irmão de Alice; a dificuldade da relação da mãe com a linguagem; a ausência de palavra e de olhar da mãe para a bebê, nesse tempo anterior à intervenção; e o efeito de nos dirigirmos à bebê com uma pergunta, com um dizer. A partir de tais aspectos nos remetemos ao terreno preparado que precedeu ao advento do sujeito, guiando-nos pela pergunta: o que antecedeu e tornou possível a entrada do sujeito na linguagem?

Ao cernirmos o terreno que dá acesso à linguagem, evidenciou-se que existiam marcas que eram feitas em cada momento de constituição do sujeito. Atravessamos os momentos constitutivos do aparelho psíquico pondo em destaque as marcas que precisavam se inscrever a partir da relação mãe-criança. Os casos graves eram consequência da ausência de tais marcas, as quais se realizavam desde antes do nascimento até o fim do Édipo, o que impedia a estruturação do sujeito no campo da neurose, vindo em muitos casos a se instaurar uma psicose.

### **A IMPORTÂNCIA DO OLHAR E SUA RELAÇÃO COM O "NÃO FALAR"**

Da surpresa diante do acontecimento descrito e juntamente com os “efeitos mágicos” que emergiram do tratamento de crianças pequenas, de um ano e meio a cinco anos, retornou a questão do advento do sujeito na linguagem. Reconhecemos que certas marcas precisavam se inscrever para a estruturação do aparelho psíquico.

Encontramos no trabalho realizado por Laznik (2004), de prevenção do autismo na França, ressonâncias com os atendimentos a crianças pequenas no CAPSi. Como vínhamos dizendo, o trabalho com crianças pequenas no CAPSi trouxe a problemática da ausência de fala na criança, muitas vezes associada à hipótese de autismo. Cabe salientar que a presente dissertação não visa focalizar o autismo em si, nem um trabalho de prevenção ao autismo. Uma importante ressonância é a afirmação da autora de que: “quanto mais cedo a intervenção, maior a probabilidade de a estruturação do aparelho psíquico se produzir, mesmo que inicialmente ela não tenha se dado” (p. 156).

Além disso, o trabalho de Lasnik (2004) nos indica alguns sinais como referência de que as estruturas necessárias ao estabelecimento do aparelho psíquico estão se fazendo, ou não, para o advento do sujeito na linguagem. Estarmos atentos a tais sinais era fundamental. Os dois sinais propostos são: o não-olhar entre o bebê e seu Outro primordial, principalmente se a mãe não percebe que o bebê a olha; e o fracasso ou a ausência do

terceiro tempo do circuito pulsional, que se configura para o bebê de fisgar o gozo do Outro. Os sinais indicam se há falha na operação necessária à constituição do sujeito, e as falhas podem vir a resultar na ausência de fala. A presença dos sinais orienta a intervenção na relação do Outro com a criança, com vistas a produzir incidências na estruturação do aparelho psíquico.

Lasnik (2004) faz um trabalho de capacitação dos médicos pediatras para que possam identificar esses sinais durante as consultas médicas de rotina, as quais acontecem aos três, seis e nove meses do bebê na França. Quando constatada a presença de alguns dos sinais, o bebê e a mãe são encaminhados para tratamento. A autora põe à prova, a partir do tratamento precoce de bebês com sinais indicativos de autismo, a possibilidade de relançamento da estruturação do aparelho psíquico pela intervenção na relação do Outro com a criança. Os sinais propostos pela autora são válidos para o atendimento de toda criança pequena, sobretudo para a relação mãe-bebê.

No CAPSi não tínhamos nenhum caso de tratamento de mãe-bebê, intervínhamos nessa relação quando a mãe de um paciente em tratamento engravidava ou quando tinha um filho bebê, como foi o caso do acolhimento registrado. No caso do atendimento a crianças pequenas, focalizávamos no "*não falar*" e não no autismo em si.

O trabalho de Lasnik (2004) nos fez reconhecer que as crianças pequenas que chegavam ao CAPSi por "*não falar*" apresentavam tais sinais. Ali na ausência de fala, havia também a ausência do olhar do Outro primordial.

Logo, ao examinar um dos sinais proposto por Lasnik (2004), a saber, o não-olhar entre o bebê e seu Outro primordial, principalmente se a mãe não percebe que o bebê a olha, surge a urgência de que tal sinal se inscreva como marca para a estruturação do aparelho psíquico. Com tais marcas, será possível a emergência do sujeito, uma vez que estas precedem e tornam possível o acesso à linguagem.

Com a chegada das crianças pequenas no CAPSi, verificamos que quando não há inscrição de tais marcas e não acontece a abertura para tratamento precoce, isso

resulta muitas vezes na ausência de fala da criança. Nesse sentido, tendo como objetivo cernir o terreno que precede e torna possível o acesso do sujeito à linguagem, evidenciamos as operações em causa para a estruturação do aparelho psíquico. A situação clínica descrita nos mostra que intervir na relação da criança com o Outro em um momento precoce do desenvolvimento é determinante quanto à possibilidade de advento, ou não, do sujeito na linguagem.

Lacan (1955-56), ao conceber o grande Outro, estava a interrogar o que é a fala (*la parole*), o que distingue uma fala de uma gravação de linguagem. Responde que falar é falar a outros e que a estrutura da fala implica que o sujeito receba do outro sua mensagem sob a forma invertida. Lacan especifica que falar ao outro seria fazer falar o outro como tal, e em relação a esse outro, viu-se forçado a escrever com um A (*Autre*) maiúsculo. “É essencial essa incógnita na alteridade do Outro que caracteriza a ligação da palavra no nível em que ela é falada ao outro” (p. 50).

Destacamos o momento em que Lacan (1955-56) formulou o grande Outro para mostrarmos que ali estava presente a fala e a alteridade. Quando falamos em intervir na relação do Outro com a criança, temos notícias de que a intervenção se liga à palavra e/ou à fala (*la parole*). Reconhecemos, assim, como essencial a relação com o Outro para o advento do sujeito na linguagem.

O não-olhar entre o bebê e seu Outro primordial (Lasnik, 2004) e a marca que aí se inscreve, remete à importância do olhar do Outro fundador, que pode ser visto a partir do estádio do espelho proposto por Lacan (1949). Resumidamente, o estádio do espelho se refere ao momento que o bebê, por volta dos seis meses, sorri para a própria imagem refletida e procura no rosto daquele que o carrega a validação daquilo que vê no espelho. O momento é essencial, uma vez que assegura que um "eu" virá a se constituir.

Lasnik (2004) chama a atenção ao fato de que o estádio pode não se constituir. O estádio do espelho só virá a se constituir se tiver previamente a experiência do “olhar fundador do grande Outro” (p. 160). Percebemos que o laço com o Outro se estabelece muito cedo para o sujeito, e sua ausência não necessariamente resulta no

autismo.

Para que o bebê possa se olhar no espelho, é preciso supor a existência prévia de um olhar original, no qual a ausência tivesse podido se inscrever. A propósito da constituição do aparelho psíquico, Lacan (1957-58) nos diz da importância da escanção presença-ausência materna, por isso era oportuno lembrar que, sem a presença fundadora, não haverá ausência que pudesse se inscrever.

O corpo de um bebê não pode ser reduzido a seu organismo, no estágio do espelho temos notícias de que o corpo de um bebê é construído da união do organismo com algo que vem do Outro. Lasnik (2004) afirma que um corpo supõe algo projetado sobre ele, algo que não faz parte do objeto real, o qual se pode pegar, tocar e pensar, mas é uma imagem, uma imagem real projetada a partir de algo do aparelho psíquico dos pais, que não está no bebê.

Os pais, bem posicionados na estrutura simbólica, podem ver o organismo do bebê e seu investimento libidinal como um todo, como uma unidade. O conjunto formado pela visão antecipadora daquilo que o bebê não é, reunida ao real do organismo, produz a unidade do corpo do bebê. Somente assim, o bebê pode mais tarde olhar-se no espelho e voltar-se para ver o olhar dos pais, no qual vê o orgânico associado ao esplendor do investimento libidinal de que é objeto.

O investimento libidinal é nomeado de falicização do bebê, e a unidade que se constitui no olhar do Outro fundador é a pré-forma do corpo do bebê (LASNIK, 2004). É somente no olhar do Outro que vem a se constituir o conjunto formado pelo orgânico e pelo investimento libidinal próprio ao narcisismo primário.

No caso da bebê Alice, não havia nem presença nem ausência. Até à intervenção, existia um contínuo entre a mãe e a bebê, uma unidade. A intervenção veio a destacar um sujeito e produziu, assim, um corte que rompeu com a continuidade existente, fez uma escanção, e daí adveio em seguida o olhar da mãe para a bebê. Ao falarmos do estágio do espelho e da ausência do olhar fundador do Outro, ficaram evidentes as graves

consequências que poderiam advir da ausência de intervenção nesse momento do desenvolvimento da bebê Alice.

A noção de estágio genético e/ou de desenvolvimento que se daria um após o outro, automaticamente, não se sustentava na clínica da criança e do adolescente. Nisso, pudemos reconhecer que nada podia ser tomado como natural na constituição de uma criança e/ou de um adolescente. Nesse sentido, a clínica com crianças pequenas nos conduziu à presente afirmativa: o olhar da mãe para o bebê não estava garantido.

Spitz (1887), em seu trabalho sobre hospitalismo, faz aparecer que um bebê não pode entrar no estágio esperado quando tratado de forma impessoal, é preciso que tenha sido nomeado na relação simbólica e imaginária com o Outro fundador. No CAPSi, houve casos em que o trabalho com a mãe era construir o nome do bebê no tratamento; assim como, por exemplo, surgiu na fala de uma mãe a notícia de que havia descoberto a gravidez no momento do parto. Fazemos o registro dessas situações para desnaturalizarmos a ideia que temos da maternidade, da relação mãe-bebê. E, por mais que estivéssemos advertidos disso, era a cada vez uma surpresa (re)encontrar isso na clínica.

No CAPSi, havia mães totalmente envolvidas com a satisfação das necessidades da criança, ocupavam-se em mantê-las asseadas, alimentadas apenas com determinados tipos de alimento em horários estabelecidos, etc. Sustentavam um padrão no cuidado com a criança no qual não havia brechas para o subjetivo, isso faz conexão com o impessoal mencionado por Spitz (1887). O cuidado era voltado para as necessidades orgânicas da criança, feito de uma maneira tal que não havia espaço para reconhecer qualquer interesse da criança fora daquele parâmetro pré-estabelecido pela mãe. Ademais, esse cuidado era tão automático que não havia lugar para a subjetividade nem da mãe nem da criança.

Lacan (1957-58) afirma ser a falta no aparelho psíquico da mãe o que vai falicizar o corpo do seu bebê. É por meio de um lugar simbólico que os pais constituem a unidade entre o real que têm sob seus olhos e o bebê maravilhoso com o qual sonham.

Lasnik (2004) considera que uma forma de intervirmos para por em funcionamento a estruturação do aparelho psíquico poderia ser o olhar e/ou a fala de um outro, com quem haveria uma relação transferencial. Transmite a ideia de que, às vezes, uma fala do médico pode suscitar a falicização do bebê, ou que o brilhar de olhos do médico ante ao bebê maravilhoso basta para restabelecer o esquema óptico.

Concernente à diferença entre o olhar e a visão, Lasnik (2004) se utiliza para exemplificá-la aos médicos o trabalho desenvolvidos junto a crianças cegas. As experiências demonstraram que o bebê cego percebe perfeitamente o “olhar” de sua mãe por outras vias, tais como o toque, a audição. Curiosamente, a autora também se utiliza de uma expressão brasileira: “Olha esse menino!”. Trata-se de uma expressão empregada ao confiarmos a guarda da criança a alguém: A autora reconheceu que nessa formulação se atribui ao olhar a dimensão de investimento, de atenção. Tal olhar permite uma escuta atenta, ouvir se o bebê chora. A ele, então, estava articulado uma dimensão de escuta.

“Não se trata, pois, de olhar com os olhos bem abertos, mas sim de ter uma escuta atenta, de ouvir se o bebê chora. No “olho” deste olhar, trata-se de investimento, de atenção. É isto de que se trata no *olhar fundador do Outro*” (LASNIK, 2004, p.160).

Lasnik (2004) postula que aquilo que se passa no registro do olhar, isto é, da pulsão escópica, acontece também no registro acústico, da pulsão invocante. O poder encantador da voz já está em ação meses antes do nascimento propriamente dito. A voz é primeira e comanda o olhar, e não o inverso. Em seu trabalho com filmes familiares, revela que mesmo os bebês que recusam habitualmente responder a qualquer apelo e que não olham espontaneamente nenhum adulto, se ouvirem a invocação de uma voz portadora de uma prosódia particular, eles respondem com o olhar. Tal invocação foi descrita pelos psicolinguistas como *manhês*. Este termo descreve um conjunto específico de modificações no modo de falar de um adulto que se dirige a um bebê, e que consegue, assim, captar sua atenção.

Para a autora, há uma dimensão irresistível nessa prosódia empregada por aquele que está na função de Outro primordial. É o momento em que a mãe cuidando do seu bebê fala com ele, e o bebê responde com um som. Esse som, ao ser investido

falicamente pela mãe, conduz a mãe a escutar algo que vai além do barulho. O som é traduzido por um significante, a mãe responde então ao bebê, e assim por diante. A “loucura das mães” nos afigura indispensável para que um dia o sujeito da fala venha a se constituir.

Outro aspecto importante na escuta do recém nascido, é que o organismo do bebê produz um grito que precisa ser traduzido no código do Outro, lugar ocupado pelo Outro materno. Lasnik (2004) indica que essa tradução se faça em primeira pessoa: “eu”. Sendo assim, aquele que ocupa o lugar do Outro deve falar no lugar do bebê, e enunciar na primeira pessoa: *“Eu tenho fome, mamãe!”*

Na clínica dos casos graves, era frequente a mãe ter dificuldade de se referir a criança e/ou ao adolescente como *“meu filho”*. O filho era falado em terceira pessoa: *“ele”* ou *“aquele menino”*. No caso das crianças pequenas, muitas vezes fazíamos intervenções junto à mãe e à criança, falando para a mãe o que escutávamos da criança. Isso era um trabalho difícil, já que requeria acolher a dificuldade da mãe e também ouvir o que a criança estava dizendo.

Traremos o registro de uma conversa com a mãe de um paciente autista que chegou com dois anos ao CAPSi e na ocasião a seguir contava com oito anos. Joana veio nos falar da sua intenção de não trazer mais o filho Jonas para o tratamento. Lembramos à mãe que Jonas gostava de ir ao CAPSi, e isso deveria ser considerado. Joana respondeu dizendo: *“Não sei se ele gosta. Eu visto ele, pego pelo braço e trago ele aqui, ele nem se quer sabe para onde está indo”*. Num primeiro momento, o que saltou da fala da mãe foi a dificuldade de atribuir uma manifestação subjetiva, uma presença de sujeito ao seu filho Jonas. Ficamos ali com ela naquilo que havia dito, suportando a dificuldade que se realizou na palavra da mãe. A importância disso ter sido dito, produzido e suportado no tratamento teve incidência sobre a mãe, sobre sua posição e sobre sua relação com o filho, abrindo para a continuidade do tratamento.

Na época em que Jonas chegou para tratamento no CAPSi, Joana queixava-se que o filho não falava nada, apenas um *“mâmâ-mâmâ”*. Ao escutá-la proferir tal som, a

profissional que atendia à mãe escutou que Jonas, ao emitir esse som, falava “*mamãe*”. Disse então, a Joana que o filho chamava por ela. Absolutamente convicta a mãe respondeu que não era “*mamãe*” que o filho dizia, pois balbuciava tal som olhando para a porta: “*Não, ele não está me chamando, ele faz esse barulho olhando para a porta!*”

Isso nos remete à articulação entre o momento inicial em que o bebê é escutado por um Outro e o momento posterior em que a criança pode vir a falar. Será que é possível uma fala acontecer numa criança sem a escuta e a tradução significativa inicial? Lasnik (2004) nota a importância de alguém capaz de uma “*ilusão antecipadora*” (p.166) frente ao bebê, isto é, escutá-lo como sujeito em sua potencialidade de ser falante, bem antes da fala aparecer.

Uma intervenção com crianças pequenas seria a de nos colocarmos no lugar de alguém capaz da “*ilusão antecipadora*”? No CAPSi, escutávamos os sons produzidos pelas crianças e por vezes apostávamos que estavam falando uma determinada palavra, outras vezes buscávamos na mãe a tradução do que estava sendo dito pela criança. E assim, os sons iam ocupando lugar, sendo escutados e enlaçados em uma certa cadeia significativa que era ali construída.

No trabalho junto à mãe e à criança, ao falarmos para a mãe aquilo que escutávamos da criança, encontrávamo-nos com uma curiosa sensação de desconcerto. O desconcerto nos ajudava a legitimar que a “*loucura das mães*”, que em situações normais parece tão natural, não era regido pelas leis da natureza. Apostar que um som, um choro, um balbucio carregavam um dizer da criança, isso não era óbvio e não estava garantido. Dizer algo em nome do bebê ou da criança, ouvir uma determinada palavra, produzir uma escuta com a mãe, não era simples e tampouco automático. Se fazíamos isso, com maior ou menor dificuldade, era por apostarmos nas incidências da escuta da criança.

Logo, quando a mãe não ocupava o lugar de Outro primordial, era preciso que alguém viesse a ocupá-lo para o bebê. Para Lasnik (2004), o Outro primordial era definido como “*um papel desempenhado por aquele capaz de ouvir o que o bebê ainda não disse; de ver nele aquilo que ainda não é*” (p.166).

Retomaremos o sinal do olhar do Outro fundador proposto por Lasnik (2004) em seu trabalho de prevenção do autismo, por meio do qual abordaremos a dimensão do grande Outro. O olhar do Outro estabelece o princípio da constituição do sujeito, instituindo a possibilidade do sujeito advir. O grande Outro aparece em Lacan (1957-58) completamente vinculado à questão da fala, por isso buscamos reencontrá-lo em cada momento da estruturação do aparelho psíquico. A relação com o grande Outro se instala muito precocemente e culmina com o fim do complexo de Édipo, passando pela metáfora paterna.

Ao percorrermos a questão do olhar, destaca-se uma marca que se institui muito precocemente e que virá a ser necessária para o advento do sujeito na linguagem: o olhar do Outro fundador. No tratamento de crianças pequenas, encontrávamo-nos com o fato de que não existem sinais positivos próprios do autismo ou de outros transtornos mentais. Nos casos de autismo, somente durante o segundo e terceiro ano de vida que os sintomas aparecem deflagrados; nas crianças pequenas do CAPSi, era o “*não falar*” que estava presente.

O que Lasnik (2004) demonstra com seu trabalho é que existem sinais discretos que dão notícias do risco de uma futura evolução autística. Os sinais somente podem emergir na clínica se o clínico tomar um lugar nas operações estruturais propostas pela psicanálise. A presença deles indica que marcas constitutivas do sujeito não estão se estabelecendo, sendo forçoso aí uma intervenção clínica. No tratamento no CAPSi, presenciávamos que essas marcas, por vezes, não se instituíam de uma vez por todas, era preciso estabelecê-las a cada vez, e a um só tempo era preciso que um registro dessas marcas permanecesse para dar lugar a outro registro também constitutivo.

Retornava da experiência clínica que a gravidade dos casos era oriunda da ausência da inscrição originária. O encontro com a ausência do olhar entre a mãe e a criança não era desvinculada do “*não falar*”. A ausência de fala como sintoma na criança estava ligada à ausência de olhar e de palavra da mãe dirigida à criança. Como consequência, instalava-se na relação mãe-filho a impossibilidade de atribuir uma tradução aos sons emitidos pela criança. Nesses pontos reconhecíamos a importância fundamental da

intervenção em um momento precoce de constituição psíquica.

A partir da leitura do trabalho de Lasnik (2004), o caso da bebê Alice se destacou, juntamente com aspectos relevantes da constituição do sujeito. Desse modo, a intervenção realizada no trabalho clínico mostra-se decisiva para relançar ou introduzir na estrutura algo que até então não havia feito marca.

O olhar em sua articulação com a voz nos conduz à problemática das crianças pequenas que chegaram ao CAPSi, nas quais o “*não falar*” se fazia presente. Reconhecemos que nesses casos não havia se instituído o olhar entre o bebê e seu Outro primordial. O olhar estava em alguns casos ainda por se estabelecer. Sabíamos que era esse o trabalho a ser feito no tratamento. Encontrávamos o efeito da ausência dessa marca. Supúnhamos que quanto mais tempo tal marca demorasse por se fazer, mais graves seriam os quadros apresentados pelos pacientes. Talvez passado determinado tempo, essas marcas nem fossem mais possíveis de serem inscritas, e por isso uma urgência se colocava na clínica com as crianças pequenas.

### CONSIDERAÇÕES SOBRE O SINTOMA DA CRIANÇA

Frente a um sujeito que se endereça em busca de tratamento, supomos fatores determinantes do adoecimento psíquico, e apreendê-los é uma baliza central do trabalho clínico. No endereçamento há a presença da transferência, a qual, por sua vez, evoca um trabalho a ser feito pelo clínico.

No CAPSi, na presença daquele que buscava tratamento para si ou para outrem, era preciso escutar para reconhecer e formular as hipóteses acerca do sintoma, das suas causas, do momento de surgimento, do porquê da procura por tratamento naquela ocasião. O trabalho daquele que se responsabiliza pela escuta era cernir os fatores atinentes ao adoecimento e, ao cerni-los, tecer a transferência e, assim, se situar por entre a influência

em relação ao sintoma e seus fatores determinantes.

Na conferência intitulada *Transferência*, Freud (1917) nos interroga sobre os fatores determinantes do adoecer psíquico e o poder de analiticamente influenciá-los:

“Aprendam tudo quanto é essencial a respeito dos fatores determinantes do adoecer, bem como todos os fatores que entram em jogo *após* o paciente haver adoecido. Onde darão estes lugar a alguma influência analítica?” (FREUD, 1917, p.433).

A doença psíquica é concebida por Freud (1917) como determinada tanto por fatores que produzem o adoecimento psíquico quanto por fatores que atuam na sua manutenção. Perguntamo-nos o que leva Freud, ao falar de transferência, chamar a atenção para os fatores determinantes do adoecer psíquico. E, mais ainda, se ele está nos dando notícias da função da transferência no tratamento, ao nos interrogar sobre o que poderia exercer influência sobre tais fatores.

Ao longo do trabalho no CAPSi, tínhamos a transferência como um ponto de ancoragem no qual gravitava a brecha para entrada, ou não, de um terceiro na relação e a conseqüente influência nos sintomas decorrentes da doença psíquica. Considerando que na criança e/ou no adolescente os sintomas eram referidos ao funcionamento familiar, destacava-se o lugar dos pais no tratamento e a construção de um laço entre o clínico e os pais. O sintoma da criança aludia à estrutura familiar e a cada um, inclusive à criança. Isso exigia cuidado e delicadeza para viabilizar o tratamento e a influência, ou não, no sintoma.

Ao nos encontrarmos com as crianças pequenas e com o seu “*não falar*”, era preciso escutar o que estava em jogo em cada caso. Por isso, buscávamos o que era esse “*não falar*” trazido na fala dos pais, mais comumente da mãe. O “*não falar*” carregava diferentes características em cada criança. O que havia em comum era que o sintoma da criança servia de via para o endereçamento dos pais ao tratamento. Tendo em vista que tomamos o “*não falar*” como da ordem de um sintoma, não podemos nos furtar à análise do sintoma da criança.

Cabe destacar aqui *As duas notas sobre a criança* escritas por Lacan (1969)

endereçadas à pediatra Jenny Aubry, nas considerações que aludem ao sintoma da criança e à constituição do sujeito. Na concepção elaborada por Lacan, o sintoma da criança acha-se em condição de responder ao que existe de sintomático na estrutura familiar. O sintoma, dado fundamental da experiência analítica, define-se, nesse contexto, como representante da verdade.

Lacan formula que é de um desejo que não seja anônimo, diferente da satisfação das necessidades, que se julgam as funções da mãe e do pai. Da mãe, na medida em que seus cuidados trazem a marca de um interesse particularizado, nem que seja por intermédio de suas próprias faltas. Do pai, na medida em que seu nome é o vetor da encarnação da Lei do desejo. (LACAN,1969)

Lacan (1969) define nessas breves notas três formas de sintoma na criança dentre as diferentes formas de alteridade, de relação com o Outro. Afigura-se que o sintoma se produz na relação com o Outro, e é por isso que no tratamento da criança é fundamental intervir aí, na relação do Outro com a criança.

Em uma primeira forma, o sintoma representa a verdade do casal familiar. Segundo Lacan (1969), é o caso mais complexo, mas também o mais acessível às intervenções. Em uma segunda forma, o sintoma decorre da subjetividade da mãe. A criança é implicada no sintoma como correlata de uma fantasia. Quando não há distância entre a identificação com o ideal do eu e o papel assumido pelo desejo da mãe, a criança fica exposta a todas as capturas fantasísticas. Sem uma mediação, normalmente assegurada pela função do pai, a criança se torna o “objeto” da mãe e não tem outra função senão a de revelar a verdade do objeto. A criança realiza a presença do objeto *a* na fantasia. Satura a modalidade de falta em que se especifica o desejo da mãe, substituindo-se a esse objeto. Isso pode acontecer seja qual for a estrutura da mãe: neurótica, perversa ou psicótica. A criança aliena em si qualquer acesso possível da mãe à sua própria verdade, dando-lhe corpo, existência e à exigência de ser protegida.

Como terceira forma, Lacan (1969) estabelece o sintoma somático. Este oferece o máximo de garantia ao desconhecimento, sendo o recurso inesgotável, conforme

o caso, a atestar a culpa, a servir de fetiche ou a encarar uma recusa primordial.

Com a densidade das notas formuladas por Lacan (1969), recorreremos às considerações de Melman (1986) na conferência *Sobre a infância do sintoma*. O autor trouxe à luz, em se tratando do atendimento de crianças, o enigma que apareceu sob o título “desejo da mãe” : não à demanda, não à pulsão, mas o desejo da mãe.

Relembra-nos, Melman (1986), de que Lacan recomenda a busca sistemática, por ocasião das entrevistas preliminares, da neurose infantil. Com efeito, investigar os vestígios do que pode ser a emergência de uma neurose contemporânea à instauração da fantasia originária, numa idade em torno dos três aos quatro anos, dado que a fantasia originária vem acompanhada geralmente de uma neurose, a neurose infantil.

Melman (1986) desdobra a obscuridade e ambiguidade presentes no tema a infância do sintoma. Os sintomas do adulto são os representantes da verdade subjetiva do sujeito do desejo, sendo este sustentado e definido como sexual. Em vista disso, o fato de o *infans* não estar exposto à experiência da falta de relação sexual, assumindo-a, assim, em seu nome próprio, faz com que o sintoma tenha uma condição outra. Afirma Melman (1969) que “não há sintoma senão na medida em que o sujeito se defende contra o seu desejo” (p. 19).

Podemos, então, falar de sintoma na criança? Melman (1986) afirma se tratar de um sintoma que surge naquele que não se acha ainda confrontado à falta de relação sexual, e sim, confrontado à castração. Só na adolescência que a experiência da falta de relação sexual será assumida em nome próprio.

Para Melman (1986), o período de latência, entre seis e dez anos, representa a instauração, no pequeno falasser, de um sujeito exposto ao desejo que se acha tapado. Nesse período, o *infans* é levado, em regra geral, a renunciar ao seu desejo. Na condição de pequeno sexuado, o pequeno falasser renuncia porque não há aval social para seu desejo, seu desejo não é recebido nem admitido enquanto tal no social. Eventualmente, nos diz Melman (1986), o desejo da criança aparece no registro do diálogo com os coleguinhas,

permanecendo, assim, no campo do brincar. A neurose infantil que havia se instalado aproximadamente aos três anos tomba no esquecimento, desaparece, apaga-se.

Logo, poder-se-ia dizer que a criança pequena quando entra no período de latência não tem sintomas neuróticos que respondem ao seu desejo, já que os renuncia. Defrontados com os desdobramentos trazidos por Melman (2010), surgem algumas interrogações: quais os sintomas que a criança pequena pode apresentar? A quem pertencem? Se a criança entra no período de latência esses sintomas não são sintomas de sua neurose?

Nesse sentido, Melman (1986) traz à cena a categoria lacaniana que assinala que, na constituição de sua neurose, a criança se relaciona com o Outro, o grande Outro, ao passo que, na vida cotidiana, se relaciona com outros que são Outros reais, seus pais. A relação com o grande Outro é geradora da neurose, que se dá ao encontrar a castração no grande Outro. Melman (2010) interroga aí qual seria a relação de seus Outros reais (seus pais) com o grande Outro, destacando que o grande Outro deve ser chamado de Outro simbólico para distingui-lo dos Outros reais, que são seus pais. Há uma relação pura da criança com o Outro simbólico, ou então, a relação se dá unicamente por intermédio dos Outros reais que constituem seus pais?

Pergunta para a qual Melman (2010) apresenta algumas alternativas presentes na clínica com crianças. É possível, por exemplo, ter Outros reais (pais) que impõe uma espécie de ordem familiar, de tirania familiar, de autarquia familiar, que virá a ocupar o lugar de Outro simbólico. Isso significa que a criança, nesses meios familiares cerrados, fechados, voltados para dentro, vivendo em isolamento, parece não ter outras referências senão aquelas que seus pais instituem para ela enquanto Outro. Traz, também, a surpresa de constatar que quando os pais são, por exemplo, psicóticos, a criança pode ser capaz de ter uma relação direta com um Outro simbólico e, a partir daí, exercer para com estes Outros reais uma faculdade de julgamento e discriminação, que pode lhe dar um aspecto de adulto precoce. Nesse caso, a criança se torna o pai de seus pais, por essa referência ao grande Outro simbólico.

Nesse ponto, perguntamo-nos onde tem a criança relação com o grande Outro simbólico. Supomos, a partir das intervenções feitas nos atendimentos, uma abertura para a relação da criança com o grande Outro simbólico. Melman (1986) nos fornece subsídios ao declarar que a criança, ao ser tomada na língua e na medida em que fala a língua comum, tem relação com o Outro simbólico. Para tanto, é preciso que a família não lhe imponha uma língua privada, na qual o registro das funções paternas e maternas se isola de sua dimensão simbólica.

Ao chamar a atenção para os sintomas por causa dos quais as crianças precisam de atendimento analítico, Melman (1986) destaca que os sintomas são, geralmente, falhas de capacidade, ligadas à escola ou ao comportamento. A pergunta de Melman (1986) do sintoma na infância se mantinha: será que podíamos sustentar que são realmente sintoma neuróticos, ou será que se instituem na relação desses grandes Outros reais que constituem os pais, e se referem muito mais a eles:

“(…) não estariam esses sintomas deficitários essencialmente ligados a uma neurose atual, ligada a esses Outros reais que são os pais, ainda que, como suspeitamos, caberia pensar que a neurose atual se acha de certo modo tecida, com essa neurose original, essa neurose infantil constitutiva da subjetividade da criança? (MELMAN, 1986, p. 23).

Tal pergunta nos conduz para o que estamos perseguindo até aqui, a saber, a importância do momento de chegada dos pais à instituição buscando tratamento para seu filho. Melman (1986) ilustra aquilo que chamou de neurose atual argumentando que na ética da psicanálise a cultura espera das crianças a realização de um ideal evidentemente negador da castração, que não somente organiza o casal parental, mas também a própria subjetividade da criança. Assim, espera-se da criança a realização de um impossível, salientando que era próprio do amor parental esperar isso da parte de seus produtos, nesse momento da constituição da criança.

Reportamo-nos a duas pequenas vinhetas clínicas nas quais temos notícias das consequências da quebra do ideal dos pais em relação à criança: a mãe de uma paciente autista adolescente contou depois de anos da filha em tratamento no CAPSi, de um “*profundo estado de depressão*” em que havia entrado ao ouvir o médico proferir o

diagnóstico de autismo quando a filha estava com um ano e dois meses: *“Eu não consegui mais olhar para ela, aquela bebê linda que eu tanto quis adotar, eu não consegui mais sair da cama, não consegui mais investir nela”*. Em outro caso, tratou-se de um menino autista de nove anos, o qual era chamado pela mãe de *“meu bebê”*. Em um atendimento, revela algo que não havia se dado conta até então, estabelecendo um relação com o quadro do filho: lembrou-se de que, quando o menino estava com sete meses, houve uma suspeita de síndrome de down a qual nunca se confirmou, e diz: *“ele apenas cresceu, mas sua mente não desenvolveu, continua sendo um bebê, não fala e depende completamente de mim”*.

Segundo as concepções de Melman (1986), os pais situam o grande Outro imaginário na criança como ideal, isto é, a criança é capaz enquanto grande Outro imaginário perfeito, de funcionar para seus pais e resgatar sua própria mensagem. Ademais, faz-o na qualidade de assexuada, uma vez que a realização do ideal não acontece sem a renúncia ao sexo; conforme comenta: *“a criança, que não pode se enganar, é privilegiada nesse lugar singular onde, quer o queira, quer não, encontra-se como a inspiradora dessa família”* (p.26).

Tomando a exigência que vem da parte dos Outros reais que são os pais, Melman (1986) compreende que a falta do cumprimento da exigência mantém a criança em um pouco de liberdade subjetiva. Nessa pequena margem que a protege de uma alienação realizada, ele escreve:

*“alienação realizada já que este ideal esperado da criança é que a mensagem que ela receberia de seus próprios pais, ela pudesse articulá-la sob uma forma que não seria mais invertida, como a que ela recebe do Outro, mas sob uma forma direta, isto é, neste algo que é uma realização ao mesmo tempo da debilidade e da psicose”* (MELMAN, 1986, p. 26).

No momento de chegada, havia a escuta dos pais poderia indicar que o sintoma da criança surgiu como uma forma de protegê-la, como recurso ao lugar avassalador oferecido à criança. É interessante nesse ponto trazermos o caso do pequeno Leandro. Na primeira entrevista de acolhimento, a mãe Ana veio falar de seu filho de um ano e dois meses, orientada por uma profissional da Atenção Básica, que estranhava que o menino era muito quieto, não olhava nos olhos e ainda não falava nada.

A mãe, jovem, chegou ao acolhimento juntamente com sua própria mãe, avó do menino Leandro. O menino nasceu de uma relação eventual da jovem com o pai de Leandro, com quem ela não tinha mais contato. A avó contou que o nome Leandro foi escolhido porque ela havia tido um filho com o mesmo nome, o qual tinha morrido com poucos anos de idade, perda da qual não havia se recuperado, apesar do falecimento ter se dado há muitos anos. A mãe de Leandro, por sua vez, conta que cresceu marcada pela morte desse irmão, o único que teria se estivesse vivo. Ambas atribuíam ao menino muitas semelhanças com o tio que havia morrido, indicando-nos que provavelmente esse foi o lugar que Leandro veio a ocupar. A mãe e avó materna superprotegiam o menino, com o intuito de evitar que ele também viesse a morrer. A avó dormia com Leandro em sua cama todas as noites, e a mãe cuidava dele durante todo o dia.

A indicação do momento de chegada foi que no encontro seguinte a mãe e a avó pudessem trazer Leandro, e que cada uma precisaria ser escutada a cada vez. Leandro havia sido descrito como um menino apático, e talvez o fosse, porém já num primeiro momento em que o técnico se dirigiu a ele convidando-o para conhecer o CAPSi, ele lançou os braços, saiu do colo da mãe e foi descobrir o novo lugar. A mãe e a avó reagiram com surpresa e alegria, entregando-o à equipe. Com o passar de um tempo de tratamento, devido à maneira como Leandro foi ganhando vida com os atendimentos, logo começou a pronunciar o nome dos seus técnicos de referência no CAPSi. A pessoa responsável pelo seu atendimento formulado que o fato de Leandro não falar, trazido como queixa da mãe no acolhimento inicial, era um sintoma, e não um problema de entrada na linguagem. Tal recusa de Leandro em falar, que pôde ser lido como um sintoma, pôde dar lugar à fala da mãe e da avó sobre aquele Leandro que havia morrido ainda criança, com vistas a construir na fala de cada uma um outro lugar para o Leandro que estava vivo.

Na maneira como Melman (1986) opera o sintoma vislumbra-se que um déficit de capacidade pode ser o modo como a criança se protege, mantendo-se viva, tendo, tal déficit, relação direta com o meio que a cerca. Assim, o sintoma da criança nos guia a avaliar o pouco de liberdade subjetiva presente na relação da criança com seus pais.

Ainda na jornada sobre *A infância do sintoma*, Melman (1986) aponta o papel da função paterna como um elemento que os psicanalistas de criança devem esclarecer. Destacando que a função paterna continua a ser encontrada em qualquer criança, podendo ser, assim, um modo de deciframento, uma chave de interpretação das situações. Cabe, então, ao clínico interrogar qual lugar da função paterna e o seu valor de guardião no interior da família.

Interrogamo-nos se a função paterna pode vir a ser desempenhada por outrem, enquanto que o desejo da mãe teria como característica algo único e exclusivo. Com isso, lembramo-nos das pesquisas relativas aos primeiros meses e aos primeiros anos de vida da criança, desenvolvidas por diversos autores como Winnicott, Bolby, Spitz, por darem ênfase as graves consequências da ausência de uma maternagem. Podemos dizer que na ausência da marca do desejo não há presença de sujeito? Que sem a marca de desejo não nasce um sujeito?

Melman (1986) propôs por à prova as teses lacanianas no registro da psicanálise de crianças tentando esclarecer “o modo como uma criança se fabrica, se faz” (p.15). Destaca a importância de tentarmos dar ao campo da psicanálise da criança um método e uma ordem compatíveis com a psicanálise, haja vista estar provado que as crianças tem um inconsciente. Salienta que é oportuno precisar o que esperamos da criança, o que queremos dela, tendo em vista que nesse campo “a normalidade é antes de mais nada uma questão de ética” (p.16).

“Não penso que possamos dar a criança uma outra perspectiva a não ser normas éticas, e como sabemos, o interior da nossa cultura, essas normas podem variar, quer seja de um meio social a outro, de um meio cultural a outro... portanto, seria oportuno precisar: haveria uma ética psicanalítica referente às crianças?” (MELMAN, 1986, p.16).

Assim, atravessados pela afirmação acima, de que a normalidade no campo da infância é uma questão ética, tecemos em cada caso a direção do tratamento. E, levando em conta a indicação e a pergunta de Melman (1986), Costa-Moura (2003) formula:

“quando se concebe a normalidade como uma questão ética, deixa-se a esfera dos padrões de comportamentos e se enfrenta a questão da

possibilidade, ou não, da condição subjetiva – uma vez que é somente no campo do sujeito que se pode conceber um posicionamento ético” (COSTA-MOURA, 2003, p. 128).

Na clínica com crianças pequenas no CAPSi, encontrávamos a ausência de marcas que precisariam se inscrever muito precocemente na relação mãe-criança para a entrada na linguagem. Nos casos graves das crianças pequenas que chegavam à instituição por “*não falar*” havia a ausência das marcas constitutivas do sujeito. E, apostando que as marcas eram as balizas da normalidade, realizávamos um trabalho clínico voltado para inscrevê-las.

### CAPÍTULO III

#### FUNÇÃO PATERNA E DESEJO DA MÃE: OS TRÊS TEMPO DO ÉDIPPO

Na jornada sobre *A infância do sintoma*, Melman (1986) aponta dois elementos fundamentais os quais, segundo ele, os psicanalistas de criança devem esclarecer, quais sejam: o papel da função paterna e o enigma do desejo da mãe. Deter-nos-emos doravante neles, tendo como eixo nodal a constituição do sujeito. Para tanto, iremos percorrer o que Lacan (1957-58) formulou nos *Os três tempos do Édipo*, no intuito de estabelecer pontos que merecem atenção e intervenção do clínico.

O complexo de Édipo está presente em Freud (1900) desde *A interpretação dos sonhos*. O inconsciente vem justamente revelá-lo. Sobre isso Lacan (1957-58) assinala: “O que o inconsciente revela, no princípio, é, acima de tudo, o complexo de Édipo” (p.167). A dificuldade de recordar fatos dos primeiros anos da infância, denominada amnésia infantil, incide sobre a existência dos desejos infantis pela mãe e sobre o fato

desses desejos serem recalçados, sendo desse modo “esquecidos” esses desejos primordiais e sempre presentes.

O complexo de Édipo transformou-se na obra de Freud em algo universal, podendo ser encontrado em qualquer criança. Por esse motivo, Melman (1986) afirma ser o complexo de Édipo um momento fundamental da constituição do sujeito.

Lacan (1957-58) nos adverte, ao longo do desenvolvimento dos três tempos do Édipo, de algo anterior ao seu declínio, o qual precisa acontecer e desempenha um papel fundamental para a constituição do sujeito. Ao darmos ênfase a certas marcas que precisam se inscrever para a estruturação do aparelho psíquico, iremos destacar, ao percorrer os tempos do Édipo, isso que se dá antes do seu declínio.

O fim do Édipo passou a ser ponto nodal na neurose, tendo a função essencial de normalização. Lacan (1957-1958) formula que na estrutura neurótica estamos vinculados ao fim do Édipo, ao passo que na estrutura psicótica ou perversa, ao pré-edipiano.

Lacan (1957-1958) assinala que o campo pré-edipiano reúne a perversão e a psicose. Quer consideremos uma ou outra estrutura, a perversão ou a psicose, o que está em jogo é a função imaginária, a importância particular da imagem, que pode se manifestar sob diferentes ângulos. Ambas são “manifestações patológicas nas quais o campo da realidade é profundamente perturbado por imagens” (p.169).

Tal formulação lacaniana nos leva ao entendimento de que, quando intervirmos no tratamento de crianças pequenas, temos como referência a estrutura. Sendo assim, podemos dizer que na clínica com crianças pequenas, antes dos quatro anos, vivenciamos o encontro com o campo de experiência entrelaçado com as etapas pré-edipianas do desenvolvimento do sujeito.

Retomamos aqui o complexo de Édipo, com a ressalva de que o pai intervém em diversos planos. Interditar a mãe é o fundamento do princípio do complexo de Édipo, sendo neste ponto que o pai se liga à lei primordial da proibição do incesto. Há aí o vínculo

da castração com a lei. Para Lacan (1957-58), o pai representa a proibição, e realiza a interdição da mãe por sua presença, por seus efeitos no inconsciente:

“Apesar de profundamente ligada à articulação simbólica da proibição do incesto, a castração manifesta-se, portanto, em toda nossa experiência, e particularmente, nos que são seus objetos privilegiados, ou seja, os neuróticos no plano imaginário” (LACAN, 1957-1958, p.175).

A neurose encarna a ameaça de castração como uma agressão imaginária. O vínculo da castração com a Lei se manifesta clinicamente de maneiras diferentes no menino e na menina. No menino, apresenta-se pelo medo da castração, na relação entre o menino e o pai. Nunca está ausente da função do Édipo o componente do amor pelo pai. É o amor do menino ao pai que proporciona o término do complexo de Édipo, seu declínio, numa dialética, que se mantém muito ambígua, do amor e da identificação, da identificação como enraizada no amor:

“(…) amor e identificação não são a mesma coisa – podemos identificar-nos com alguém sem amá-lo e vice-versa –, mas, ainda assim, os dois termos são estreitamente ligados e absolutamente indissociáveis” (LACAN, 1957-1958, p.176).

Lacan aponta que o medo da castração no menino não coincide com o declínio do Édipo, cujo resultado é a identificação do filho com o pai. Há um momento anterior no qual o pai entra em função como privador da mãe. A experiência analítica prova que a função do pai é encarnar aquele que priva a mãe do objeto de seu desejo, o objeto fálico, desempenhando um papel essencial em qualquer neurose e em todo o seu desenrolar, por mais fácil e normal que seja o Édipo.

O pai priva alguém de algo que só tem existência enquanto símbolo, a saber: o falo. O pai não castra a mãe de uma coisa que ela não tem, para haver privação é preciso que o falo esteja projetado no plano simbólico como símbolo. Sobre isso, Lacan (1957-58) reitera:

“(…) há de fato uma privação, uma vez que toda a privação real exige a simbolização. (...) essa privação, o sujeito a assume ou não, aceita ou recusa. Esse ponto é essencial” (LACAN, 1957-58, p. 191).

O sujeito assumir ou não, aceitar ou não a privação é algo constatável na experiência analítica. O sujeito se posiciona de um certa maneira, num determinado momento de sua infância, quanto ao papel desempenhado pelo pai no fato de a mãe não ter o falo.

Lacan (1957-58) aponta, ao longo do desenvolvimento dos tempos do Édipo, para uma certa posição, uma certa decisão do sujeito ainda por advir. A indicação de Lacan nos leva a compreender que existe algo anterior que está vinculado ao que virá depois. O que vem antes do declínio do Édipo faz marcas, inscrições, permitindo, então, que o sujeito aceda à linguagem, que o sujeito fale.

“(…) a experiência prova que, na medida em que a criança não ultrapassa esse ponto nodal, isto é, não aceita a privação do falo efetuada na mãe pelo pai, a criança mantém em pauta uma certa forma de identificação com o objeto da mãe, esse objeto como um objeto-rival, e isso ocorre, quer se trate de fobia, de neurose ou de perversão” (LACAN, 1957-58, p. 191-192).

Lacan nos diz que no ponto de referência “*repère*” – termo que carrega em francês o significante pai – deveríamos agrupar os elementos das observações clínicas fazendo a seguinte pergunta em cada caso: qual é a configuração da relação com a mãe, com o pai e com o falo que faz com que a criança não aceite que a mãe seja privada, pelo pai, do objeto de seu desejo? Em que medida é preciso apontar que a criança mantém sua identificação com o falo?

Segundo o que explicita Lacan (1957-58), existem graus de identificação com o falo, sendo que a relação não é a mesma na neurose, na psicose e na perversão. Num primeiro nível, a interrogação que se coloca é *ser* ou *não ser* o falo (*etrê* ou *ne pas etrê*), e atravessar tal fase coloca o sujeito na posição de escolher.

Escolher entre aspas, assinala Lacan (1957-58), já que o sujeito é tão passivo quanto ativo nisso, pela simples razão de que não é o sujeito que manipula as cordinhas do simbólico. Trazendo, nesse ponto, que a frase é começada antes do sujeito, por seus pais. Sendo assim, há a posição de cada um dos pais na frase começada e a maneira como a frase é sustentada por uma certa relação recíproca dos pais com ela; e ao mesmo tempo existe,

também, uma alternativa entre ser e não ser o falo.

Essa frase começada, nos remete ao que Lacan (1960) formula em *Observações sobre o relatório de Daniel Lagache: Psicanálise e estrutura da personalidade*:

“Um pólo de atributos, eis o que é o sujeito antes de seu nascimento (e talvez seja sob o acúmulo desses que irá claramente sufocar). De atributos, isto é, de significantes mais ou menos ligados num discurso” (LACAN, 1960, p. 659).

Ao que parece, há um intervalo e uma abertura para o aparecimento do sujeito, uma brecha entre a frase anunciada pelos pais e uma “escolha”, uma alternativa ao sujeito:

“(…) o sujeito tem que surgir do dado dos significantes que o abarcam num Outro que é lugar transcendental destes, através do que ele se constitui numa existência em que é possível o vetor manifestamente constitutivo do campo freudiano da experiência: ou seja, aquilo a que se chama desejo” (LACAN, 1960, p. 662).

Num segundo momento, trata-se da alternativa de *ter* ou *não ter* o falo, na qual ter ou não ter o pênis não são a mesma coisa, referindo-se à menina e ao menino. Em ambas alternativas há o complexo de castração. Lacan (1957-58) afirma que o complexo de castração nunca é totalmente articulado e se faz completamente misterioso. Esse complexo resulta em dois desdobramentos: de um lado, o menino se transforme em homem, e de outro, a menina, em mulher.

Novamente aqui nos encontramos com a subversão apontada pela psicanálise de Freud e Lacan. Ao nascer um menino, portador do sexo masculino, isso não garante o nascimento de um homem; assim como, ao nascer uma menina, portadora do sexo feminino, não garante o nascimento de uma mulher.

A alternativa de ter ou não ter o falo é regida pelo complexo de castração, mesmo no homem, que tem o direito de tê-lo. Para tê-lo, é preciso que tenha sido instaurado que não se pode tê-lo. A possibilidade de ser castrado é essencial na função de ter o falo. Lacan (1957-58) especifica que, para sofrer o atravessamento do complexo de

castração, é requerido que intervenha o pai.

Entre as alternativas, *ser* ou *não ser* o falo e *ter* ou *não ter* o falo, há um passo considerável a dar. Nesses passos dados em relação a essas alternativas, que colocam em jogo uma “escolha” ainda nesse momento bastante precoce do desenvolvimento, vamos encontrando as balizas estruturais em causa no aparecimento do sujeito.

Lacan (1957-58) discorre que o sujeito aceita ou não aceita *ser* o falo, e na medida em que não aceita, isso o leva a ser o falo da mãe. Ao passo que, na alternativa de *ter* ou *não ter* o falo, é essencial fazer intervir o pai.

Nesse ponto, Lacan (1957-58) nos situa em algo fundamental: o pai já intervinha efetivamente antes, mas na condição de ter ou não ter o falo, somos forçados a fazê-lo entrar em cena. O pai é, fora do sujeito, constituído como símbolo. E, se assim não for, ninguém vai poder intervir investido desse símbolo. É como personagem real, revestido desse símbolo, que ele passa a intervir efetivamente na etapa seguinte.

Reconhecemos na assertiva acima, no tocante a fazer intervir o pai, a possibilidade de intervenção na clínica com a criança como revestida do símbolo do pai. Mas, para isso, é preciso que algo já tenha se constituído anteriormente como símbolo.

Há na mãe o desejo de Outra coisa que não apenas o de satisfazer o desejo do bebê, o qual começa a palpitar para a vida. Há uma relação de miragem em que o sujeito lê ou antecipa a satisfação de seus desejos nos movimentos esboçados pelo Outro. Dessa forma, a mãe é chamada quando não está presente e, ao estar presente, é repelida para que seja possível chamá-la. O desejo de Outra coisa é a mãe tomada na ordem simbólica, da qual depende e por meio da qual acessa ao objeto de seu desejo. O objeto de desejo da mãe chama-se falo.

O desejo do Outro, o qual é o desejo da mãe, comporta um para-além. Para atingi-lo, é imprescindível uma mediação, e esta mediação é feita pela posição do pai na ordem simbólica. Com efeito, Lacan (1957-1958) afirma: “a relação do filho com o falo se estabelece na medida em que o falo é o objeto do desejo da mãe” (p. 190).

Nas primeiras manifestações do instinto sexual que chegam à maturidade no sujeito, quando o bebê começa a destacar seu instrumento, ou até a exibi-lo, a oferecer a mãe os préstimos dele, não temos nenhuma necessidade do pai. Nesse sentido, Lacan (1957-58) discorre:

“(…) quando o sujeito se mostra para a mãe e lhe faz ofertas, no momento ainda muito próximo do da identificação imaginária com o falo, o que acontece desenrola-se em termos de comparação, plano da depreciação imaginária. A mãe é capaz de mostrar ao filho o quanto é insuficiente o que lhe oferece, e também é suficiente para proferir a proibição do uso do novo instrumento” (LACAN, 1957-58, 193).

O pai entra em jogo como portador da lei, com proibidor – interditor – do objeto que é a mãe. A função do pai, do Nome-do-Pai, está ligada à proibição do incesto, mas isso nunca é proferido pelo pai. Como um legislador *ex cathedra*: o pai faz obstáculo entre o filho e a mãe. É o portador da lei, de direito, ao passo que nos fatos intervém de outra maneira, e é também de outro modo que se manifesta a falta de sua intervenção. O pai como portador, culturalmente estabelecido, da lei, investido do significante pai, intervém no complexo de Édipo de maneira concreta.

Lacan (1957-58) assim afirma: “o desejo é uma coisa que se articula” (p.194). Não há um mundo em que o sujeito pode encontrar a saciedade das necessidades, mas um mundo onde impera a fala (parole), mundo que submete a lei do desejo de cada um à lei do desejo do Outro. Aí cruza, mais ou menos felizmente, a linha da cadeia significante, que está ali latente e já estruturante.

A demanda do jovem sujeito é a primeira experiência que o sujeito faz de sua relação ao primeiro Outro, a mãe. É por havê-la simbolizado que o jovem sujeito se dirige à mãe de uma maneira mais ou menos vagido. Curiosamente, a etiologia latina do termo vagido, *vagītus u,s* refere-se a “grito de criança” e/ou “grito de dor”, vagido é definido como “choro de criança recém-nascida” ou som que se assemelha a este choro. Apreendemos aqui que o vagido do sujeito, com sua intenção e sua demanda, atravessa a cadeia significante, e é por isso que pode se fazer valer junto à mãe. O choro do recém nascido porta um apelo que atravessa a cadeia significante impondo-se aí a mãe. Isso se dá acrescido à primeira simbolização.

Nessa medida, o bebê, que porta a simbolização primordial da mãe, encontra-se, por antecipação, sujeito à lei. Nos primeiros momentos da obra freudiana, os *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* (1905), é clara a importância daquilo que se passa antes do Édipo. Lacan (1957-58) chama a atenção para a noção da retroação, de uma *Nachträglichkeit* do Édipo, na qual se confere um estatuto simbólico *a posteriori* de eventos traumáticos anteriores, *après-coup*.

A função paterna é entendida por Lacan (1957-58) como uma função simbólica, e precisamente por isso é possível utilizá-la como uma metáfora. Que incômodo provoca aos analistas a metáfora paterna? O que faz com que na experiência clínica nos atralhe com isso que requer um lugar na estrutura?

Lacan (1957-58) nos adverte do risco da psicanálise tornar-se cada vez mais ambientalista ao falar do pai, da sua ausência ou presença, do seu caráter benéfico ou maléfico, do surgimento da expressão “carência paterna”. Tal risco é iminente na clínica infanto-juvenil. Frequentemente vemos formuladas as seguintes perguntas: mas, e o pai? Que estava fazendo o pai enquanto isso? Em que está implicado nessa história? Será que um Édipo pode constituir-se normalmente quando não existe pai?

Perguntas às quais Lacan (1957-1958) responde: “Não existe a questão do Édipo quando não existe o pai, e, inversamente, falar do Édipo é introduzir como essencial a função do pai” (p. 171). O complexo de Édipo pode constituir-se muito bem, mesmo quando o pai não está presente. Nos casos em que a criança vive sozinha com a mãe, por exemplo, se estabelecem complexos de Édipo inteiramente normais de maneira homóloga à dos outros casos. Em referência a isso, Lacan (1957-1958) acrescenta: “normais nos dois sentidos: normais como normalizadores, por um lado, e também normais no que se desnormalizam, isto é, por seu efeito neurotizante, por exemplo” (p.173).

Sobre a função do pai, Lacan (1957-1958) propõe que a posição do pai na família não deve se confundir com uma definição exata de seu papel normatizador. Por isso, “falar da carência na família não é falar de sua carência no complexo” (p.175). A criança pode carecer da presença do pai na família, contudo não necessariamente a carência

de pai no complexo.

Na clínica com crianças e adolescentes, devemos tomar como referencial da função do pai a indicação de não confundir o pai como normativo e o pai como normal. O pai pode ser desnormalizador na medida em que ele mesmo não seja normal. A normalidade do pai é uma questão e a sua posição normal na família é outra. Assim, ao abordar criticamente a “carência paterna”, Lacan (1957-58) nos diz que o pai deve ser tomado como aquele que tem de manter seu lugar como membro do trio fundamental da família. O lugar do pai no complexo pode indicar a direção por onde avançar na investigação clínica. É preciso, então, introduzir uma outra dimensão: a metáfora paterna.

#### **FAZER INTERVIR O PAI É FAZER INTERVIR O OUTRO**

O pai é o pai simbólico, é uma metáfora, e esta, por sua vez, é um significante que surge no lugar de outro significante. Logo, o pai é um significante que substitui outro significante. Nisso está o pilar central da intervenção do pai no complexo de Édipo. Nesse sentido, Lacan (1957-58) ressalta: “A função do pai no complexo de Édipo é ser um significante que substitui o primeiro significante introduzido na simbolização” (p.180).

Na fórmula da metáfora, o pai vem no lugar da mãe, em substituição à mãe. Esta como já ligada ao desejo de Outra coisa. Isso demonstra que a mãe querer o bebê é fundamental, mas é igualmente indispensável sentenciar que não é só isso que ela quer. Há outra coisa que a mãe deseja: o falo. Sendo assim, a criança é um objeto parcial.

Logo, uma via seria a criança vislumbrar desde muito cedo o que é o *falo* imaginário, e fazer-se de falo. Porém, a via imaginária não é a via normal, adverte-nos Lacan (1957-58). Tal via acarreta as chamadas fixações, como também não é completamente acessível, o que determina sempre alguma coisa de aproximativo e

insondável, ou até dual, gerando, assim, o polimorfismo da perversão. Já a via simbólica é a via da metáfora.

Lacan (1957-58) faz uma afirmação bruta e a passa às nossas mãos para ser lapidada: “toda a questão dos impasses do Édipo pode ser resolvida em se postulando a intervenção do pai como a substituição de um significante por outro” (p.182). Tal afirmação remete-nos hoje aos quatro discursos propostos por Lacan (1969-70) em seu Seminário 17 *O avesso da psicanálise*, onde a entrada de um sujeito no discurso oferece as possibilidades de laço social. Os discursos do mestre, universitário, da histórica e do analista são os modos da linguagem se presentificar no laço social. É na estrutura significante que o discurso se funda, na articulação da cadeia significante se produz o discurso.

O sujeito que interessa à psicanálise é o sujeito do inconsciente, é o sujeito clivado, caracterizado pela possibilidade constante de *admir*. O sujeito emerge da relação significante, na qual um significante representa o sujeito para outro significante. Podemos reconhecer que a função do pai no complexo de Édipo instala a possibilidade metafórica de substituição de um significante, e isso acontece precocemente, no momento de constituição psíquica. Por isso se instalar haverá condições de emergir o sujeito. Se há a possibilidade de discurso é porque houve *a priori* a constituição de um sujeito, que pode emergir a cada vez.

Isso faz menção a uma experiência contínua que tivemos no CAPSi, ao receber semanalmente pacientes adolescentes com quadros graves, há muitos anos institucionalizados. Eles viviam em um abrigo da Fundação para a Infância e Adolescência – FIA, instituição da Secretaria de Assistência Social. Um dos temas bastante discutidos do funcionamento do CAPSi é a modalidade de atendimento aos pacientes – individual ou em grupo. No caso dos *Meninos da FIA*, todos vinham em um mesmo horário, e levamos um tempo para nos dar conta de que não havia ali entre eles a possibilidade de fazer grupo. Um discurso comum, que produziria um certo laço social, era inexistente. Eles eram recebidos coletivamente, em um horário comum.

Para haver a chance de um trabalho clínico, era preciso um técnico para cada

paciente, dizíamos, então, que se travava de um trabalho "um para um". O mesmo profissional, todas as semanas, recebia o paciente de quem era referência, só assim foi viável criarmos condições de tratamento em cada caso, um certo laço, mesmo que frágil.

Com o decorrer de meses de tratamento, passamos a ser reconhecidos por cada paciente, o reconhecimento do paciente se dava na mesma medida em que nós os reconhecíamos. Assim, descobrimos os gostos, os jeitos, as dificuldades de cada um. E, com o passar dos meses, dos encontros semanais, algumas combinações feitas a cada encontro, o estabelecimento de uma certa rotina de atendimento com esses meninos, puderam ser vividas por eles com menos resistência e sofrimento.

Era como se pequenas marcas feitas a cada encontro fossem se tornando permanentes nos pacientes e na equipe. Instituiu-se um encontro mantendo certas rotinas aparentemente simples que, ao serem repetidas a cada vez, foram produzindo marcas na maneira como os meninos se apresentavam. Era como se algo desses encontros fosse internalizado, ganhasse um registro.

Ao final de cada encontro, oferecíamos para cada paciente um lanche, que era feito em um espaço comum. Esse momento exigia muita atenção e investimento por parte dos técnicos. Isso porque lavar a mão com um paciente autista siderado com a água e que se mistura com ela sem medida, não era tarefa simples; bem como, sentar à mesa para comer um lanche, não era algo habitual. Precisávamos ajudá-los para que apenas o pão fosse comido, e não o guardanapo; ajudá-los a comer paulatinamente, introduzindo um certo ritmo, por vezes partindo o pão em pedaços e entregando um pedaço de cada vez, e assim o pão não fosse devorado inteiro; cuidar para que um dos meninos que comia rapidamente, apesar dos nossos esforços de fazer uma certa pausa, não fosse tomar o lanche de outro menino por sua força desmedida em direção a um pedaço de pão.

Não é à toa que trazemos aqui a experiência de atendimento aos pacientes autistas adolescentes institucionalizados. Ela apareceu nesse momento por duas razões. A primeira é porque foi num desses atendimentos que ao proferir a simples frase para os meninos: "*Vamos todos sentar na mesa para comer!*", deparei-me, no retornar com o

lanche, com um dos meninos comendo a mesa. Renato já havia tirado com os dentes um pedaço de uma das bordas da mesa e estava a mastigando. Tal situação me fez escutar o que havia dito. Escutei também ali, como pôde um dizer não ser recebido na dimensão discursiva que carregava. Não houve ali a possibilidade de um significante deslizar em uma cadeia, o significante apareceu fixo. A frase foi vivida em sua literalidade. E lá estava, para minha surpresa e susto, o menino comendo a mesa.

Chama a atenção o fato desses pacientes graves serem atendidos pela dimensão significativa, mesmo nesses quadros mais graves o sujeito não está situado fora da dimensão significativa. Mas é visível na clínica com crianças e adolescentes com graves falhas em sua estruturação psíquica que a relação com o significante é outra, não parece ser uma substituição de um significante por outro. Reconhecer que a possibilidade fundadora de todo e qualquer sujeito se localiza na metáfora paterna, em um momento precoce do desenvolvimento, é fundamental para a condução do tratamento na clínica com crianças e/ou adolescentes.

Outro motivo para descrever o atendimento com os Meninos da FIA é que o trabalho com eles destacava a cada encontro a importância de intervir precocemente, antes da patologia se instalar. Com eles, apesar dos visíveis efeitos de um trabalho clínico semanal contínuo, por cada um da equipe que se dispunha a estar com eles, deparávamos com a irreversibilidade dos quadros psiquiátricos deles. Algo já havia se instalado, por assim dizer, a estrutura já estava decidida.

Não há dúvidas de que o tratamento produzia efeitos e de que as intervenções faziam diferença para cada um deles, assim como para cada um de nós. Porém, o “efeito mágico”, quase que imediato, o qual ocorria nas crianças pequenas em sua chegada ao serviço, apresentava-se tenuamente nesses meninos. Havia ali também a beleza de algo a fazer, apesar do horror da loucura.

Nesse sentido, pudemos reconhecer os efeitos do trabalho em cada caso, com mudanças significativas. Contudo, as mudanças não se davam na dimensão da estrutura. Era visível nos meninos da FIA que havia uma estrutura em operação na constituição do

sujeito, e que ali faltavam peças importantes de estrutura. Marcas que precisam ter se inscrito precocemente para a estruturação do aparelho psíquico e o advento do sujeito na linguagem ainda estavam por se fazer. Concomitantemente, era um se fazer num tempo no qual não havia mais a chance de retroação sobre o que já estava estruturado.

A aposta ética tanto com os adolescentes da FIA como as crianças pequenas era no advento do sujeito. É importante salientar que tivemos indícios de algo de sujeito em cada um dos meninos da FIA, mas a possibilidade encontrada ali do sujeito circular no discurso, de se representar de um significante para outro significante, era visivelmente limitada e irreversível.

Retomando a ponderação teórica que fazíamos, a possibilidade discursiva de entrada na linguagem, é determinada pela intervenção do pai. Tal intervenção é essencial para refletir sobre a constituição do sujeito e a intervenção com crianças pequenas. Chegamos à formulação lacaniana da metáfora que nos levou ao reconhecimento de que fazer intervir o pai é fazer intervir o Outro. Cabe destacar que a intervenção que deve guiar a clínica infanto-juvenil não está ligada à dimensão realista do pai. Dessa forma, o pai incide por sua função simbólica, é um significante introduzido na simbolização:

“Trata-se de instalar-se no interior, mas não é simplesmente uma ideia de interior e exterior, é a ideia do Outro, daquilo que é Outro como tal, do que não é o lugar onde se está bem enfiado. É no nível desse Outro como tal que se situa a dialética do significante, e por aí abordar a função, a incidência, a pressão extra, o efeito indutor do Nome-do-Pai, igualmente como tal” (LACAN, 1957-58, p.187).

Podemos aqui pensar as intervenções clínicas realizadas no atendimento a crianças como referidas à dimensão significante. Isso justifica e esclarece os “efeitos mágicos” mencionados anteriormente. A intervenção engendra efeitos por introduzir algo na dimensão simbólica. Lacan (1957-58) pergunta o que é o sujeito, e responde:

“(…) será que a fala é como uma emanção que paira acima dele, ou será que ela desenvolve, que impõe por si só, sim ou não, uma estrutura [...] quando há um sujeito falante, não há como reduzir a um outro, simplesmente, a questão de suas relações com alguém que fala, mas há sempre um terceiro, o grande Outro, que é constitutivo da posição do sujeito enquanto alguém que fala, isto é, também como sujeito que vocês analisam” (LACAN, 1957-58, p.185-186).

Assim como não é o encontro de um óvulo e um espermatozóide o que produz uma criança, também não é um coito ou um parto que faz um pai. Lacan (1957-58) nos diz da posição do pai no simbólico: “a posição do Nome-do-Pai como tal, a qualidade do pai como procriador, é uma questão que se situa no nível simbólico, é uma necessidade da cadeia significante” (p.187).

Retomemos o caso da bebê Alice e de seu irmão Alan. Em um momento da entrevista de acolhimento, perguntamos à mãe pelo pai, ao que ela responde de forma taxativa: “*Sumiu!*”. Fazer aparecer o pai como significante, como aquele que “*sumiu*”, foi presentificá-lo na cadeia discursiva. Isso se deu por uma certa exigência à mãe de trazer o pai em seu dizer. Nesse ponto, era muitas vezes a mãe que aparecia como sujeito, podendo enunciar o que ainda não estava dito, o que não estava muitas vezes nem sequer formulado. A mãe, enquanto sujeito em seu discurso, enunciava algo novo.

Perguntar sobre o pai a uma mãe era uma questão que levávamos a sério. A clínica requeria que fizessemos a seriedade valer, uma vez que consistia em colocar ali o significante pai em jogo. Em uma entrevista de acolhimento, ao darmos lugar à mãe como sujeito, isso certamente deslocava, mudava alguma coisa na relação dela com seu filho. Sabíamos disso pelos efeitos diante dos nossos olhos a cada encontro com a mãe e sua criança.

“Pelo simples fato de vocês instituírem uma ordem simbólica, alguma coisa corresponde ou não à função definida pelo Nome-do-Pai, e no interior dessa função vocês colocam significações que podem ser diferentes conforme os casos, mas que de modo algum dependem de outra necessidade que não a necessidade da função paterna, à qual corresponde o Nome-do-Pai na cadeia significante” (LACAN, 1957- 58, p.187).

A relação da criança com a mãe revela que o desejo daquela depende do desejo desta, da primeira simbolização da mãe como tal. Através da simbolização, a criança desvincula sua dependência efetiva do desejo materno da pura e simples vivência da dependência. Alguma coisa se institui sendo subjetivada num nível primário ou primitivo. A subjetivação consiste, simplesmente, em instaurar a mãe como aquele ser primordial que pode estar, ou não, presente. No desejo da criança esse ser primordial é essencial. O sujeito deseja não a simples atenção, o contato ou a presença da mãe, mas da apetência de seu

desejo.

Nessa primeira simbolização primordial, está em jogo a entrada da criança no mundo simbólico, num mundo em que o símbolo está presente, no mundo falante. A primeira simbolização abre uma dimensão outra, dimensão pela qual se inscreve virtualmente o que a própria mãe deseja em termos objetivos como ser que vive no mundo do símbolo. Lacan (1957-58) formula como princípio que “não há sujeito se não houver um significante que o funde” (p. 195).

É essa abertura, essa brecha, essa fenda que uma intervenção clínica produz na relação da mãe com a criança. A intervenção clínica pode engendrar a fundação do significante. Lacan (1957-58) nos anima dizendo que, mesmo que a mãe só viva no mundo simbólico parcialmente, mesmo que seja um ser mal adaptado ao mundo simbólico, ou que tenha recusado alguns de seus elementos, ainda assim a primeira simbolização primordial abre para a criança a dimensão do que a mãe pode desejar de diferente no plano imaginário.

Não é raro nos casos clínicos graves, quando inclusive reconhecemos na estrutura da mãe uma psicose, por exemplo, recuamos na intervenção, ou consideramos que não há nada a fazer, ou mesmo, por mais que façamos algo, a gravidade será determinante. É nesse sentido que um esclarecimento como o que Lacan (1957-1958) nos dá é animador, indicando que não nos poupemos em intervir.

No fato clínico da bebê Alice, aventamos que, embora a bebê voltasse a grudar no seio de sua mãe, ao sair do CAPSi e/ou passados cinco minutos, aquele momento de separação, de corte, de ruptura havia sido real. Esse corte existiu para a criança, para a mãe, para o clínico. E isso incide, produz efeitos, numa dimensão outra, da qual não temos como falar. O que restou foi fazer o registro desse acontecimento, fazendo-o valer outra vez, mais uma vez, a cada vez.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao fim desta dissertação, tropeço na dificuldade do presente momento de concluir. Isso se deve, talvez, ao fato de que sua escrita reavivou o trabalho realizado no CAPSi, de tal forma que, ao me sentar para escrever, era como se estivesse lá atendendo aos pacientes junto aos meus colegas. Nesse sentido, aqui se conclui não somente o presente texto, encerra-se também a experiência clínica vivida.

Certamente não foi por acaso que percorri as marcas necessárias à constituição do sujeito. Se algo da constituição do sujeito precisa ser inscrito em um determinado tempo, isso não exclui a experiência no sujeito de algo que não cessa de se inscrever. A experiência clínica no CAPSi traz a dimensão de uma marca que, ao se instituir, engendra um novo funcionamento. Escrevo isso para dizer que o trabalho no CAPSi foi transformador na minha posição na clínica e na vida.

Cabe registrar que esta escrita possibilitou a elaboração de alguns aspectos da prática clínica no CAPSi e, principalmente, o encontro com conceitos da teoria psicanalítica que sustentaram o fazer institucional lá. Os conceitos psicanalíticos freudianos

e lacanianos destacados na dissertação tiveram lugar a partir do ponto em que me encontro com a psicanálise. Puderam ser destacados à medida que foram instrumentos de trabalho no tratamento dos casos.

Estive, junto a outros colegas, em um serviço público de saúde mental, recebendo crianças e adolescentes com problemas graves e complexos, e as balizas e os instrumentos do trabalho foram encontrados nos pressupostos psicanalíticos.

A escuta e a leitura de cada caso clínico que ali foi atendido, bem como a escrita dessa experiência, carregam a incidência dos pressupostos de uma psicanálise viva, ainda que, pontual e evanescente. Tratou-se de um certo *fazer clínico*, do engendramento de uma operação que exigia certas condições, onde intervenções pontuais produziram efeitos analíticos a partir de um laço transferencial estabelecido. Não há como destacar dos efeitos produzidos por essa operação uma prescrição de como intervir na clínica com crianças e com adolescentes.

O que permanece dessa experiência de trabalho é que a intervenção é sempre a cada vez, a cada caso, na presença de um outro que vai fazer valer o que emerge ali da escuta clínica. Hesitando, sem hesitar. Não era da certeza que intervínhamos, a certeza vinha dos efeitos que cada intervenção produzia.

A escrita da dissertação, tão difícil e tão árdua, trouxe o indissociável que há entre teoria e prática na psicanálise. Encontrei-me na leitura dos textos com algo novo, mas era algo novo que, ao mesmo tempo, estava em operação no trabalho clínico realizado com crianças e com adolescentes no CAPSi.

O trabalho com os instrumentos conceituais psicanalíticos atualizou e fez reviver a experiência clínica que se havia dado no dia-a-dia da instituição. Foi curioso experimentar fragmentos dos casos clínicos esquecidos retornarem à memória. As vinhetas clínicas foram sendo descritas ao longo da dissertação foram oriundas dos atendimentos de cada caso.

Aquilo que foi da ordem da experiência com os casos na instituição ganhou

uma leitura conceitual à luz da psicanálise. O reencontro com o trabalho, relê-lo e, assim, fazer valer mais uma vez, com sua escrita, a incidência das intervenções (ou ausência delas) em cada um dos pacientes e, conseqüentemente, no clínico.

É sabido que a teoria psicanalítica opera na prática clínica. Não necessariamente a operação se dá no nível consciente, pelo contrário, talvez ela opere porque fica esquecida. Esse “saber” me aproxima da leitura de Freud e Lacan, que conduzem com seus escritos ao encontro no “mesmo” texto com algo novo e único que salta a cada vez. É assim também na clínica com crianças, algo novo e único salta aos olhos em cada caso, se assim, com sorte, nossa posição permitir. A clínica com crianças e adolescentes tem a vivacidade de que os saltos e os pulos acontecem na literalidade.

A dissertação teve como causa questões oriundas da experiência de atendimento às crianças e aos adolescentes. Certamente, a gravidade presente nos casos de crianças e de adolescentes atendidos no CAPSi favoreceu o reconhecimento de uma operação necessária ao advento do sujeito. Além de que, o tratamento de crianças pequenas abriu a possibilidade de recolher os efeitos de uma intervenção precoce em comparação a intervenções em outros tempos da constituição do sujeito.

A clínica com crianças, principalmente as pequenas, é um campo de descobertas ainda por vir. Não há nada de óbvio e banal na clínica com crianças pequenas, desde a concepção de uma criança à necessidade de atribuir-lhe um nome, de falar dela antes de sua chegada, o momento do nascimento biológico e o momento do nascimento do sujeito, as relações que se estabelecem, etc. Tudo isso é da ordem de uma construção, e nada está garantido *a priori*.

Há marcas precoces a serem inscritas, e caso isso não aconteça existe o risco de perturbações graves na constituição do aparelho psíquico. No trabalho com crianças pequenas o clínico, aquele que escuta, não pode se poupar na sua intervenção, intervenção esta que pode mudar o rumo da constituição de um sujeito.

Ao mesmo tempo existe a dureza que é intervir. Cada intervenção corta na carne, corta dos dois lados, sujeito e clínico são atingidos num mesmo golpe. O corte faz marca, produz uma cicatriz; conseqüentemente, reverbera na constituição do sujeito. A intervenção carrega o Outro. Por isso mesmo, institui lugares e requer que se ocupe uma posição, se autorize e se responsabilize pelos efeitos.

Nesse sentido, faz-se fundamental tornar público a importância no tratamento nesse momento inicial do desenvolvimento com vistas à inscrição das marcas constitutivas. Esperamos que cada vez mais os tratamentos venham a acontecer no momento inicial do desenvolvimento, refiro-me aqui a tratamentos orientados por uma aposta no sujeito. Quem sabe, assim, haverá um número menor de crianças que apresentem a ausência de fala como sintoma.

Inicialmente, atribuía os “efeitos mágicos” do tratamento à Instituição, como se existisse uma instituição em si mesma. Porém, não necessariamente um endereçamento produz efeitos. No decorrer dessa escrita, percebi que não era a Instituição que produzia esse efeito. Reconheci que os “efeitos mágicos” advinham de cada um que estava ali dando corpo à Instituição fazer valer uma posição frente àquele que se endereçava. O CAPSi era feito de *nós*, que incluía a responsabilidade de todos e de cada um.

Na clínica com crianças e adolescentes graves, precisamos contar sempre com os colegas. É um trabalho que não é possível sozinho. A possibilidade de suportar acontecimentos que eram da ordem do insuportável se deveu ao laço de trabalho que existia na equipe.

Ressaltando a indissociação entre a clínica e a pesquisa psicanalítica, escrevi esta dissertação como um testemunho da experiência clínica com crianças e adolescentes. Entendo que não há como registrar uma experiência, não se trata aqui de uma observação nem mesmo de uma coleta de dados. O real da experiência está, paradoxalmente, perdido e achado. Digo achado, pois o que aqui se encontra registrado de cada caso clínico é aquilo que retorna no momento mesmo em que os conceitos instrumentais psicanalíticos são trabalhados.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. (2001). *Lei 10216 de 3 de abril de 2001*. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília.

BRASIL. Ministério da Saúde. (2002). *Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002*. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Diário Oficial da União.

BRASIL. Ministério da Saúde. (2011). *Portaria GM nº 3088 de 23 de dezembro de 2011*. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília.

BERNARDINO, L. M. F. (2004). *As psicoses não decididas da infância: um estudo psicanalítico*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

CZERMAK, M. (2013). *O que é um fato clínico?* In: CZERMAK, M. A porta de entrada e a clínica psicanalítica. Revista do Tempo Freudiano. Rio de Janeiro: Tempo Freudiano Associação Psicanalítica, 2013, n<sup>o</sup> 10, p. 11-132.

COSTA-MOURA, F. (2003). *O tratamento psicanalítico com crianças*. In: GRYNER, S.; RIBEIRO, P.; OLIVEIRA, R. (Org.) Lugar de palavra. Rio de Janeiro: NAV - Núcleo de atenção à violência, 2003, v. , p. 126-133.

FREUD, S. (1905). *Três Ensaios sobre a sexualidade*. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: Edição standard brasileira, v. X. Rio de Janeiro: Imago.

FREUD, S. (1909). *Análise de uma fobia em um menino de cinco anos*. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: Edição standard brasileira, v. X. Rio de Janeiro: Imago.

FREUD, S. (1912). *Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise*. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: Edição standard brasileira, v. XII. Rio de Janeiro: Imago.

FREUD, S. (1913). *Sobre o início do tratamento*. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: Edição standard brasileira, v. XII. Rio de Janeiro: Imago.

FREUD, S. (1917). *Transferência*. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: Edição standard brasileira, v. XVII. Rio de Janeiro: Imago.

JERUSALINSKY, A. (2005). *Quem analisa crianças?* Caderno da APPOA, Porto Alegre, n.134.

LACAN, J. (1949). *O estádio do espelho como formador da função do eu*. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, p. 93-103, 1998.

\_\_\_\_\_ (1953). *Função e campo da fala e da linguagem*. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, p.238- 324, 1998.

Lacan, J. (1956-57). *O seminário, livro 4: A relação de objeto*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1995.

\_\_\_\_\_ (1957-58). *O Seminário, livro 5: As formações do inconsciente*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.

\_\_\_\_\_ (1960). *Observação sobre o relatório de Daniel Lagache: Psicanálise e estrutura da personalidade*. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, p. 653- 691, 1998.

\_\_\_\_\_ (1964). *O Seminário, livro 11: Os Quatro Conceitos Fundamentais da Psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.

\_\_\_\_\_ (1966). *O estádio do espelho como formador da função do eu*. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998, p. 96-103.

\_\_\_\_\_ (1969). *Nota sobre a criança*. In: *Outros escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003, p. 369-70.

\_\_\_\_\_ (1969-70). *Seminário 17 - o avesso da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar,

1992.

LAZNIK, M. C. (2004). *A voz da sereia: o autismo e os impasses na constituição do sujeito*. Salvador: Ágalma, 2013.

LO BIANCO, A. C. (2003). *Sobre as bases dos procedimentos investigativos em psicanálise*. *Psico-USF*, 8(2), 115-123, dez.

MANNONI, M. (1965). *A primeira entrevista em psicanálise*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

MELMAN, C. (1986). *Sobre a infância do sintoma*. In: BERNARDINO, L. M. F. (org) *Neurose infantil versus neurose da criança*. Salvador: Agalma, 1997.

\_\_\_\_\_ (2010). *Quels sont mes parents?* *La revue lacanienne*, 2010/3, n° 8, p. 121-135.

SPITZ, R. A. (1887). *O Primeiro ano de Vida: um estudo psicanalítico do desenvolvimento normal e anômalo das relações objetais*. São Paulo: Martins Fontes, 1979.