



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**  
**INSTITUTO DE PSICOLOGIA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**LIVIA D'OLIVEIRA TOHMÉ**

**O ACOLHIMENTO DA DEMANDA EM UM CAPSi:  
ESTUDO DE CASO SOBRE O TRABALHO DA EQUIPE**

2020

**LIVIA D'OLIVEIRA TOHMÉ**

**O ACOLHIMENTO DA DEMANDA EM UM CAPSi:  
ESTUDO DE CASO SOBRE O TRABALHO DA EQUIPE**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia e Processos Educacionais, Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia, como um dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia do desenvolvimento

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Andréa Hortélio Fernandes

Salvador  
2020

Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema Universitário de Bibliotecas (SIBI/UFBA), com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

---

Tohmé, Livia D'Oliveira.

T6450 acolhimento da demanda em um CAPSi: estudo de caso sobre o trabalho da equipe /

Lívia D'Oliveira Tohmé. – 2020.

112 f.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>Dr<sup>a</sup> Andréa Hortélio Fernandes.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal da Bahia. Instituto de Psicologia, Salvador, 2020.

1. Acolhimento nos serviços de saúde. 2. Discursos. 3. Crianças. 4. Psicanálise.  
5. Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSi). I. Fernandes, Andréa Hortélio.  
II. Universidade Federal da Bahia. Instituto de Psicologia. III. Título.

---

CDD: 155

**LIVIA D'OLIVEIRA TOHMÉ**

**O ACOLHIMENTO DA DEMANDA EM UM CAPS i:  
ESTUDO DE CASO SOBRE O TRABALHO DE EQUIPE**

A banca examinadora abaixo aprova a dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia e Processos Educacionais, Universidade Federal da Bahia (UFBA), como parte da exigência para a obtenção do título de Mestre em Psicologia, sob a orientação da Profa. Dra. Andréa Hortélio Fernandes.

Aprovada em: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

---

Dra. Andréa Hortélio Fernandes  
Universidade Federal da Bahia - UFBA

---

Dra. Daniela Scheinkman Chatelard  
Universidade de Brasília - UnB

---

Dra. Maria Virgínia Machado Dazzani  
Universidade Federal da Bahia - UFBA

*A minha mãe, pelo apoio, carinho e amor dedicados ao longo do percurso. A meu pai, sempre presente com paciência, atenção e cuidado. A minha irmã, maior fonte de inspiração, por trazer leveza aos dias árduos. A Michelle Garrido, Jucineide Azevedo e Camila Abreu, por sempre acreditarem em mim. A todas as crianças e familiares que, em suas lutas e desafios, fizeram-me desejar a construção deste trabalho.*

## AGRADECIMENTOS

Chegado o final de uma jornada trilhada com muita dedicação e desejo, quero agradecer a todos aqueles que mostraram-se indispensáveis na superação dos desafios no caminho.

À FAPESB, pelo suporte financeiro em forma de bolsa de mestrado, possibilitando minha dedicação exclusiva à pesquisa.

À minha orientadora, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Andréa Hortélio Fernandes, pela escuta atenta, pontuações provocativas e questionamentos indispensáveis que nortearam a construção deste trabalho.

À Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Virgínia Dazzani, pela orientação e atenção dedicadas ao longo do percurso e por aceitar compor a banca de minha defesa, enriquecendo esta discussão.

À Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Daniela Chatelard, por gentilmente aceitar o convite de compor a banca de minha defesa, propondo-se assim a uma leitura cuidadosa e atenta deste trabalho.

À Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Cristiane Oliveira, por sua participação em minhas qualificações I e II, ofertando, com seu olhar experiente, considerações essenciais para o desenvolvimento de minha pesquisa e escrita.

Aos Colegas e Professores do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFBA, pelas trocas e aprendizados no desenvolvimento desta pesquisa, em especial, às colegas Mônica Venâncio, Júlia Torres, Silvana Sarno e Laila Nogueira, que trouxeram leveza e afeto a esta desafiadora trajetória. Agradeço também à colega Cláudia Saldanha, pela interlocução e colaboração carinhosamente ofertadas. Aos meus colegas do grupo de pesquisa, pelo apoio e compartilhamento, principalmente, à Pollyana Almeida, companheira de todas as horas.

Ao CAPS i Lauro de Freitas, toda sua equipe e usuários, por apontarem novos rumos e possibilidades para minha pesquisa e, para além disso, pela imensa contribuição ao meu desenvolvimento profissional. Em especial, às coordenadoras Graziella Borges e Paula Cristina Holanda, que generosamente criaram espaço para que minha pesquisa de campo fosse possível.

Aos Colegas do Espaço Moebius Psicanálise, que fomentaram em mim o desejo pela pesquisa em psicanálise e provocaram constantes interrogações acerca da teoria e da clínica.

Ademais, àqueles que se fizeram modelos profissionais e inspiraram-me com sua dedicação à prática da psicanálise em extensão e intensão e àquelas que, de forma quase divina, ultrapassaram o lugar de colegas, fazendo-se presentes em todos os passos de minha trajetória.

Enfim, minha eterna gratidão a todos aqueles que, seja na presença (quase) constante, seja na escuta ofertada em um momento decisivo, acolheram minhas demandas e tornaram possível a realização deste trabalho.



*“a demanda sempre pede alguma coisa que é mais do que a satisfação a que ela apela, e que vai mais além disso. Daí o caráter problemático e ambíguo do lugar onde se situa o desejo.”*

Jacques Lacan (1957-1958/1999, p. 418)

## RESUMO

Tohmé, L. O. (2020). *O acolhimento da demanda em um CAPSi: estudo de caso sobre o trabalho da equipe* (Dissertação de Mestrado). Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia, Salvador.

A presente dissertação, fruto de um trabalho de pesquisa de mestrado, se propõe a estudar o tratamento dado ao sintoma da criança a partir do acolhimento da demanda em um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPS i) da Região Metropolitana de Salvador. O CAPS i faz parte do legado da reforma psiquiátrica no Brasil. Autores da área apontam que o acolhimento na saúde mental infanto-juvenil não evoluiu no mesmo compasso que a assistência a adultos, apontando ainda para práticas normativas, medicalizantes e patologizantes. Assim, a pesquisa apresenta como temática central a demanda do sujeito e a clínica do acolhimento na saúde mental infantil, buscando investigar os giros discursivos dos profissionais que no dispositivo atuam, de forma a examinar se as práticas têm se afastado do modelo antimanicomial e qual a participação da psicanálise neste processo. Propus-me, então, a pesquisar de que forma os dispositivos de saúde mental infanto-juvenil da rede de atenção psicossocial têm recepcionado os usuários em suas demandas e que discursos perpassam suas práticas profissionais no momento do acolhimento. A forma como a clínica do acolhimento é trabalhada pelos técnicos em determinada instituição pode, como constatei, ser um índice de como os discursos circulam ali dentro. Assim, o estudo do dispositivo da clínica do acolhimento é essencial para pensar o bom funcionamento da assistência em saúde mental infantil. A pesquisa teve como objetivo geral investigar os discursos presentes no tratamento dado ao sintoma da criança no acolhimento à demanda num CAPS i, a partir do estudo de casos discutidos nas reuniões da equipe técnica; e como objetivos específicos: identificar o funcionamento da clínica do acolhimento em um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil; examinar os efeitos do discurso do analista no acolhimento à demanda do sujeito em um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil; discutir a circulação dos discursos e a direção do tratamento em um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil a partir da teoria dos discursos de Lacan. Para alcançar tais objetivos, me inseri como observadora no CAPS i estudado durante um período de catorze meses, posteriormente desenvolvendo estudos de casos atendidos na instituição e examinando-os a partir da teoria dos discursos de Lacan.

Palavras-chave: Acolhimento. Demanda. Criança. Discursos. Psicanálise. Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPS i).

## ABSTRACT

Tohmé, L. O. (2020). The reception of the demand in a CAPS (Child and Youth Psychosocial Care Center): case study on the team work (Masters Disertation). Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia, Salvador.

This present dissertation, resulted of a master's research work, proposes to study the treatment given to the child's symptom based on the reception of the demand in a Child and Youth Psychosocial Care Center (CAPS i), in the Metropolitan region of Salvador. CAPS i is part of the legacy of psychiatric reform in Brazil. Authors in the field point out that the hosting of children and adolescents in mental health has not evolved at the same pace as assistance to adults. They also indicate to normative, medicalizing and pathologizing practices. Thus, this research presents as a central theme the subject's demand and the host clinic in children's mental health, seeking to investigate the discursive turns of the professionals who work in this device, in order to examine whether the practices have moved away from the anti-mental institution model and what is the psychoanalysis's participation in this process. Therefore, I proposed to research how the child's and adolescent's mental health device, in the psychosocial care network, have receptioned users in their demands and which discourses pervade their professional practices in the moment of reception. The way of the host clinic is run by technicians in this given institution may be, as I have seen, an index of how the speeches circulate inside them. Thus, the study of the host clinic device is essential in order to debate about the proper functioning of child's mental health care. The research had, as a general objective, to investigate the speeches present in the treatment given to the child's symptom in reception of the demand in a CAPS i, based on the case study discussed in meetings with the technical team; and as a specific objectives: to identify the functioning of the host clinic in a Child and Youth Psychosocial Care Center; to examine the effects of the analyst's speech at the reception of the subject's demand in Child and Youth Psychosocial Care Center; discuss the circulation of speeches and the direction of treatment in a Child and Youth Psychosocial Care Center based on Lacan's theory of speeches. To achieve these goals, I joined the CAPS i as an observer for a period of fourteen months, subsequently developing case studies attended at this institution and examining them based on Lacan's theory of speeches.

**Keywords:** Hosting.Demand. Child.Speeches.Psychoanalysis. Child and Youth Psychosocial Care Center (CAPS i).

## LISTA DE ABREVIACÕES E SIGLAS

CAPS ad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas
CAPS i	Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CID	Catálogo Internacional de Doenças
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
ECA	Estatuto da Criança e Adolescente
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
PTS	Plano Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SUS	Sistema Único de Saúde
TDA	Transtorno de Déficit de Atenção
TDAH	Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade
TPM	Tensão Pré-menstrual
UFBA	Universidade Federal da Bahia

## LISTA DE SÍMBOLOS

S1	Significante Mestre
S2	Saber
\$	Sujeito barrado
<i>a</i>	Objeto pequeno a

## SUMÁRIO

<b>1 A CLÍNICA DO ACOLHIMENTO COM CRIANÇAS: INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>1.1 Delineamento metodológico .....</b>	<b>16</b>
1.1.1 O estudo de caso em psicanálise .....	18
1.1.2 A teoria dos discursos de Lacan.....	19
<b>2 A CLÍNICA DO ACOLHIMENTO E A DEMANDA EM PSICANÁLISE.....</b>	<b>25</b>
<b>2.1 A experiência no CAPS i: do acolhimento ao direcionamento da demanda .....</b>	<b>36</b>
<b>2.2 O caso Vanelope .....</b>	<b>45</b>
<b>3 O SINTOMA DA CRIANÇA NA PSICANÁLISE.....</b>	<b>52</b>
<b>3.1 O caso Bruce .....</b>	<b>57</b>
<b>4 A CONSTRUÇÃO DA INFÂNCIA E ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL INFANTIL.</b>	<b>64</b>
<b>4.1 Reforma psiquiátrica e a rede de atenção psicossocial infanto-juvenil.....</b>	<b>66</b>
<b>5 A NORMATIZAÇÃO DA INFÂNCIA: CRIANÇA NORMAL É CRIANÇA FELIZ?</b>	<b>72</b>
<b>5.1 A medicalização e a patologização da infância.....</b>	<b>73</b>
<b>5.2 O percurso do sujeito no CAPS i: para que o diagnóstico? .....</b>	<b>78</b>
<b>5.2 O caso Willy .....</b>	<b>81</b>
<b>6 O MAL-ESTAR(MAL ESTÁ) EM MIM: OUTRA POSSIBILIDADE DE TRATAMENTO AO SINTOMA DA CRIANÇA .....</b>	<b>87</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>91</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>103</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>107</b>

## 1 A CLÍNICA DO ACOLHIMENTO COM CRIANÇAS: INTRODUÇÃO

O interesse pelo tema da clínica do acolhimento nasceu da minha experiência enquanto estagiária de uma clínica-escola, durante a graduação em Psicologia, na qual o sofrimento psíquico na infância era acolhido por meio de rotinas de triagem percebidas como reforçadoras da lógica medicalizante. Na clínica-escola, as crianças deveriam passar, inicialmente, por uma triagem, a partir da qual seria determinada a permanência na instituição para o devido atendimento ou a não permanência ocasionada pela “ausência de perfil”, resultado atribuído a crianças psicóticas, autistas, com deficiência intelectual ou mesmo diante de casos em que não era possível descartar essas hipóteses diagnósticas. Assim, diante de uma suspeita de deficiência intelectual, o acolhimento do sujeito na instituição já poderia ser condicionado, por exemplo, a um psicodiagnóstico, pois era suposto que esse profissional permitiria o diagnóstico diferencial e uma maior segurança para os futuros encaminhamentos do caso.

Na prática, foi possível perceber o processo de medicalização, que engloba a corrida por um diagnóstico e uma terapêutica medicamentosa. Tal processo permite que crianças recebam diagnósticos construídos, às vezes, de forma rápida, o que pode conduzir a estigmatizações e ao silenciamento do sujeito, que se manifestam por meio de comportamentos tomados como “desviantes” e necessitados de correção. Daí surgiu meu interesse em pesquisar acerca da clínica do acolhimento que se desenvolve nas diversas instituições, com diferentes nomes. A teoria psicanalítica, que orienta minha clínica, trabalha com o conceito de entrevista preliminar já nomeada por Freud em seus artigos da técnica. A forma como a clínica do acolhimento é trabalhada pelos técnicos em determinada instituição pode, como constatei em minha prática, ser um índice de como os discursos circulam ali dentro, objeto de minha pesquisa.

Conforme mencionei, retomo os estudos de Freud (1919 [1918]) porque ele apresenta uma visão social crítica e uma compreensão da importância da existência de uma assistência pública à saúde mental, traçando um panorama belo para as futuras gerações:

Por outro lado, é possível prever que, mais cedo ou mais tarde, a consciência da sociedade despertará, e lembrar-se-á de que o pobre tem exatamente tanto direito a uma assistência à sua mente, quanto o tem, agora, à ajuda oferecida pela cirurgia, e de que as neuroses ameaçam a saúde pública não menos do que a tuberculose, de que, como esta, também não podem ser deixadas aos cuidados impotentes de membros individuais da comunidade ... Defrontar-nos-emos, então, com a tarefa de adaptar nossa técnica às novas condições. (Freud, 1919 [1918], p.105).

Estamos vivendo esse momento, previsto por Freud, de mudança na saúde pública, pois o tratamento da saúde psíquica já se tornou direito garantido por lei. Por isso, devem, a sociedade, gestores e profissionais, empenhar-se para garantir essa assistência. Diante do que foi exposto, surgiram as questões: Qual a interlocução possível entre os diferentes discursos no acolhimento à demanda em um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil? Qual a influência desses discursos na direção do tratamento dada ao sintoma do sujeito? Norteadas por essas questões, a presente pesquisa se inscreve na temática do acolhimento nos Centros de Atenção Psicossocial, surgidos a partir de uma busca por um novo tratamento à saúde mental, uma vez garantidos aos sujeitos os seus direitos fundamentais, como o acesso à educação e à saúde.

Nesse contexto atual, a reforma psiquiátrica, responsável pela mudança no tratamento dos sujeitos com transtornos mentais, adveio como um movimento de desospitalização, integralização do acesso à saúde e desinstitucionalização da loucura. Mais especificamente, a reforma do modelo de atendimento em saúde mental infanto-juvenil passou por seus próprios desafios e ainda tem muito a avançar, uma vez que, historicamente, crianças que apresentassem qualquer “disfunção” eram colocadas junto com os adultos e recebiam os mesmos tratamentos iatrogênicos.

Assim, esta pesquisa tem como objetivo geral investigar os discursos presentes no tratamento dado ao sintoma da criança no acolhimento à demanda em um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil da Região Metropolitana de Salvador, a partir do estudo de casos discutidos nas reuniões da equipe técnica. Como objetivos específicos foram elencados: identificar o funcionamento da clínica do acolhimento em um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil; examinar os efeitos do discurso do analista no acolhimento à demanda do sujeito em um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil; discutir a circulação dos discursos e a direção do tratamento em um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil a partir da teoria dos discursos de Lacan.

Para falar sobre a construção da visão de infância presente na atualidade – a infância é compreendida como um período peculiar do desenvolvimento humano em que vigoram o cuidado e a felicidade – tomei como fundamento as ideias de Ariès (1981), Abramovich, (1983) e Garrido (2019), a fim de desconstruir o mito, existente na sociedade, de uma infância normal e feliz. Com o intuito de delimitar a problemática que foi cerne deste estudo, baseei-me nos escritos de Legnani e Almeida (2009), Guarido e Voltolini (2009), Kamers (2013),



Rodrigues (2012), Brzozowski e Caponi (2013), Leavy (2013), Becker, Souza, Oliveira e Paraguay (2014) a respeito dos processos de medicalização e patologização da infância, circunscrevendo a necessidade de repensar a forma como o sofrimento psíquico na infância tem sido abordado.

Para aprofundar a análise do objeto de estudo ao qual me dediquei, qual seja, a clínica do acolhimento em saúde mental infantil, visitei as teorias de Freud (1912; 1913) e Lacan (1958/1998) sobre as entrevistas preliminares em psicanálise, assim como as de autores contemporâneos, como Quinet (1991), Pacheco (2012), Vieira (2005), Silva e Ghazzi (2016). Por meio dessa literatura, pude delimitar a clínica do acolhimento como o momento inicial de escuta do sujeito, no qual busca-se identificar sua demanda e construir um diagnóstico preliminar que guie a condução clínica do caso.

Ademais, para pensar o sintoma da criança, utilizei os postulados de Lacan (1969/2003) e de outros autores da psicanálise, como Vieira (2005) e Pacheco (2012). A partir das teorias desses estudiosos, o sintoma é considerado uma manifestação particular do sujeito, que não pode ser extirpado e silenciado, uma vez que porta o estatuto de verdade do inconsciente. Por fim, para contextualizar o campo da saúde mental infanto-juvenil, as ideias de Cunha, Borges e Bezerra (2017), Gomes e Pedrero (2015) e Zaniani (2015) foram evidenciadas. Busquei compreender o percurso histórico do movimento da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial brasileira, além de tecer considerações específicas à política de assistência em saúde mental infanto-juvenil existente no Brasil.

Fundamentada nas ideias supracitadas, propus uma discussão sobre a clínica do acolhimento em saúde mental infantil e sobre as contribuições da psicanálise para esse tema. Para tanto, esta dissertação foi dividida em sete seções, as quais apresento: a primeira seção visa introduzir e delimitar o tema a ser discutido, além de apresentar a metodologia de pesquisa utilizada, o método de coleta de dados e as formas de tratamento e de análise dadas aos dados coletados. A segunda seção apresenta a temática da clínica do acolhimento e os conceitos transversais relacionados a esta, cuja relação mostrou-se importante, tais quais demanda desejo do analista, transferência, associação livre, atenção flutuante e histerização do discurso. Ainda na segunda seção, começo a apresentar os resultados desta pesquisa ao descrever e analisar o funcionamento do CAPS i estudado e, em especial, do dispositivo de acolhimento nesse serviço. O primeiro dos três estudos de caso selecionados, o caso Vannelope, encontra-se nessa seção. A terceira seção foi dedicada à teoria psicanalítica acerca

do sintoma da criança, além da apresentação do segundo estudo de caso, o caso Bruce. Na quarta seção apresento o panorama atual brasileiro referente à Rede de Atenção Psicossocial e saúde mental infanto-juvenil, para isso dedico-me a uma retrospectiva histórica sobre a reforma psiquiátrica e a luta antimanicomial que revolucionaram a assistência à saúde mental no Brasil. A quinta seção traz a construção histórica a respeito da infância e problematiza os processos de medicalização e patologização da infância, justificando a relevância do presente estudo. Também nessa seção apresento uma visão crítica referenciada na psicanálise sobre a construção do diagnóstico em saúde mental infantil e ilustro a temática com o terceiro, e último, estudo de caso desta dissertação, o caso Willy. A sexta seção evidencia as contribuições da teoria psicanalítica acerca do tratamento dado ao sintoma da criança e seu sofrimento psíquico. Na sétima seção, trago minhas considerações finais acerca do amplo tema estudado ao longo de meu mestrado e recapitulo os principais resultados encontrados nesta pesquisa.

Encerro esta parte inicial com um convite ao leitor. Permita-se um olhar crítico e uma reflexão cuidadosa a respeito das conceituações socialmente construídas a respeito da infância e do sofrimento psíquico da criança, compreendendo a necessidade de pensar o acolhimento da demanda do sujeito em um CAPS i e os efeitos do trabalho em equipe multidisciplinar sobre a clínica do acolhimento.

### **1.1 Delineamento metodológico**

O presente trabalho se desenvolveu através do estudo de caso, ao tomarmos casos clínicos discutidos pela equipe técnica, durante as reuniões clínicas do Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPS i) da região metropolitana de Salvador. Sendo assim, o estudo de caso refere-se ao trabalho de acolhimento realizado pela equipe de técnicos de saúde mental do CAPS i, no qual me inseri como pesquisadora-observadora ao longo de catorze meses. Durante esse período, realizei uma imersão no cotidiano do CAPS i. Participei das reuniões semanais da equipe para coletar dados a partir dos discursos dos profissionais nas construções dos casos clínicos, assisti aos acolhimentos, atendimentos individuais e grupais e outras atividades, como comemorações de datas festivas e atividades externas.

Inicialmente, a proposta era manter-me na posição de observadora não participante, tal qual Cozby (2003) descreve. Esse posicionamento traz implicações para a pesquisa, uma vez que se trata de introduzir às dinâmicas diárias do grupo alguém exterior a este, em posição de

mero observador. Segundo Cozby (2003, p. 127), “Um observador não participante é um estranho que não se torna parte ativa do ambiente”. No entanto, o autor aponta que as pessoas se acostumam rapidamente com a presença do pesquisador e, assim, passam a comportar-se com naturalidade, principalmente quando se trata de uma pesquisa que se desenvolverá ao longo de um certo período de tempo, o que tornará o observador não participante, simplesmente, parte das atividades corriqueiras do grupo, embora não se torne *parte do grupo* (Cozby, 2003).

A imersão no CAPS i aqui retratada foi uma experiência considerada longa (cerca de catorze meses). As observações de Cozby e o lugar da pesquisadora de observadora não participante devem ser questionados, uma vez que se percebeu, ao longo do desenvolvimento da pesquisa, que a equipe passou a, cada vez mais, acolher a pesquisadora como pertencente ao grupo. Muito embora a pesquisadora não tenha se passado por um membro ativo com função determinada como os demais técnicos, pode-se observar que, ao longo do tempo, perdeu a posição de mera estranha observadora para delinear-se como pertencente à comunidade, principalmente durante as discussões dos casos acompanhados pela pesquisadora.

Posteriormente a esse período de coleta de material, iniciei a análise das discursividades dos técnicos de saúde, a partir de falas nas reuniões clínicas e dos direcionamentos dados aos atendimentos observados. A análise foi feita a partir da teoria dos discursos de Lacan, que se fundamenta no estruturalismo e na linguística para matematizar os diferentes laços sociais formados entre sujeitos. Desse modo, para alcançar o objetivo deste trabalho, analiso o posicionamento da equipe frente às diversas demandas de acolhimento que chegam ao CAPS i, tomando os discursos lacanianos como norte. É possível constatar a grande relevância desta pesquisa, uma vez que houve a pretensão de abordar uma prática essencial (o acolhimento das demandas que chegam ao CAPS i) ao trabalho dos profissionais mencionados. Investiguei como o acolhimento tem sido feito na referida unidade e quais discursos embasam essa prática. A pesquisa poderá contribuir para uma reflexão sobre o fazer clínico no acolhimento em CAPS i. Visto que os centros de atenção psicossocial surgem com o movimento da Reforma Psiquiátrica contra a hegemonia do modelo manicomial, o CAPS não se estabelece como uma instituição absoluta. Portanto, é importante uma reflexão crítica e teórica dos discursos presentes no CAPS i na porta de entrada dos sujeitos.

A divulgação dos resultados ocorrerá de forma sigilosa e confidencial, resguardadas as identidades dos técnicos e a identificação do lócus de pesquisa. Dessa forma, como pesquisadora, comprometi-me a apresentar os resultados desta investigação para o corpo técnico do CAPS i, assegurando-lhe que esta tem fins unicamente de estudo e pesquisa, pois trata-se de uma dissertação de mestrado passível de ser publicada em forma de artigo e apresentada em eventos acadêmicos, devido a seu caráter científico. Outrossim, seguirá o postulado pelas Resoluções nº466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde; a carta CONEP/CNS nº0244/2010 e o Decreto nº 7724/2012, que regulamenta a Lei nº 12.527 de 18 de novembro de 2011.

### 1.1.1. O estudo de caso em psicanálise

“A metodologia científica em psicanálise confunde-se com a própria pesquisa, ou seja, a psicanálise é uma pesquisa”, afirma Nogueira (1999, p. 83). Zanetti e Kupfer (2006), por sua vez, admitem que o caso é uma marca distintiva do método psicanalítico. Ao manter uma perspectiva universalizante e, simultaneamente, tratar das singularidades, é possível, através do relato de caso, transpor a experiência analítica para o papel (Vorcaro, 2008). A autora propõe ainda que o método psicanalítico não seja separado de seu objeto e considera o relato de caso “o mapa da presença do real, a emergência do acidente singular”(Vorcaro, 2008). Essa autora defende o caso como mais uma forma de acesso ao inconsciente, junto com os sonhos, lapsos, atos-falhos, chistes e sintomas. Para Zanetti e Kupfer (2006), é através do caso clínico que se pode relacionar a experiência psicanalítica com os fundamentos teóricos psicanalíticos. Dessa forma, é possível à teoria avançar conjuntamente com a pesquisa clínica em psicanálise.

Desde Freud, a psicanálise permite abordar a loucura sob uma perspectiva crítica. Freud revolucionou o campo da psicopatologia ao defender o delírio como uma tentativa de cura em que há, sim, alguma conexão com a realidade psíquica, mas não se trata, como é abordado pela lógica patologizante, de um sintoma a ser extirpado. “No quadro clínico da psicose, as manifestações do processo patogênico são amiúde recobertas por manifestações de uma tentativa de cura ou uma reconstrução.” (Freud, 1924 [1923], p. 171).

A equipe que trabalha com saúde mental, como a equipe do presente estudo, lida, portanto, com diretrizes, como cidadania, reabilitação, autonomia e contratualidade, mas também se articula com o sujeito do inconsciente, que se constitui e é constituído por seu sintoma. Aqui, diagnóstico e tratamento fazem-se intercambiáveis. “Todo o esforço

diagnóstico deve se deslocar dessa assepsia para trazer à cena o sujeito e suas produções. E este só aparece pela via do discurso, no qual podemos localizar seu sintoma ou seu delírio.” (Figueiredo, 2004, p. 78). Nesse contexto, inscreve-se a importância do uso da teoria dos discursos de Lacan como método para analisar os dados colhidos das falas dos profissionais sobre os casos discutidos nas reuniões clínicas, uma vez que é no discurso que o sujeito emerge.

Há, ainda, algumas particularidades no estudo de caso institucional, a exemplo da situação em que a pesquisadora não atuou no caso, como ocorreu na presente pesquisa. Conforme Zanetti e Kupfer (2006, p. 177) “a construção do relato de um caso atendido em *instituição* requer uma *implicação significativa* daquele que se propôs a produzi-lo.” (grifos das autoras). Para as autoras, será possível trabalhar o caso, produzindo um texto a partir dele e, assim, realizar a pesquisa psicanalítica, ao desenvolver um enigma, uma questão. Ou seja, se o caso for apresentado e circular de maneira estagnada, como letra morta, preso a leituras e descrições feitas pelo Outro institucional, haverá pouca possibilidade de intervenções ou questionamentos. Assim:

O escritor que se propõe a escrever um caso a partir de um material institucional precisará estar disposto a capturar o enigma do caso, muitas vezes perdido entre as teorias estabelecidas sobre ele, descobrir e construir os significantes que o compõem, devolver-lhes a polissemia, proporcionar a extensão da cadeia simbólica do caso e dar-lhe vida durante sua composição. (Zanetti & Kupfer, 2006, p. 177).

Isso não significa que um estudo de caso realizado dessa forma seja mais difícil do que o debruçar-se sobre o próprio caso clínico, dizem Zanetti e Kupfer (2006), apenas exige, como colocado, uma implicação diferente do pesquisador com a busca do enigma do caso. O profissional psicanalista deve encarar o caso de modo que possa circular pela cadeia significativa, não se fixando em uma teoria apresentada por um técnico. Na presente pesquisa, isso torna-se ainda mais desafiador em razão da escolha metodológica do estudo de caso a partir da observação da participante, que implicou a ausência de intervenção da pesquisadora na condução do caso, sua participação era restrita às discussões clínicas. No entanto, a circulação da pesquisadora por diferentes atividades conduzidas pelos técnicos, pois não ficou restrita à observação das reuniões de equipe, proporcionou uma visão ampliada do funcionamento do serviço e das atuações dos profissionais. Além disso, foi possível acompanhar o direcionamento dos casos a partir de diferentes abordagens, como será relatado em detalhes mais à frente, ao coletar dados das discussões clínicas do caso em equipe, do acolhimento propriamente dito e de atendimentos terapêuticos subsequentes.

### 1.1.2 A teoria dos discursos de Lacan

A teoria dos discursos de Lacan (1969/1970) surgiu a partir do questionamento desse autor sobre o sintoma. Se o sintoma é, de fato, o elo criado no sujeito entre simbólico, real e imaginário, o que permite a união entre essas três instâncias para que o campo social se constitua? A noção de discurso, embora não seja própria da psicanálise, ganhou novo sentido e formulação teórica a partir de Lacan.

Embasado no estruturalismo e dando máxima importância à linguagem, Lacan pensa os discursos como formas de fazer laço social. “Ocorreu-me com muita insistência no ano passado distinguir o que está em questão no discurso como uma estrutura necessária, que ultrapassa em muito a palavra (...)” (Lacan, 1969/1970, p. 11). Daí ser possível deduzir que, quando Lacan versa sobre o discurso, em nada trata-se de uma enxurrada de palavras, uma vez que subsiste sem a fala. Souza (2003, p. 107) coloca que a “noção de *discurso*, que é derivada da própria prática analítica, opõe-se à palavra.”; essa seria uma busca para organizar e instaurar limites nesse campo de gozo que afeta continuamente o sujeito.

A estrutura mínima da bateria significante inicia-seno  $S_1$ , liga-se ao  $S_2$  e, a partir deste último, valida o aforismo: o significante é o que representa o sujeito para outro significante. No entanto, no seu seminário 17 (1969/1970), Lacan vai além da bateria mínima, pois trabalha o que interessa nesta pesquisa: os discursos e suas composições. O  $S_1$  não perde seu lugar privilegiado, constitui-se ponto de partida para a formação dos quatro discursos ao dirigir-se ao  $S_2$ , saber que gera gozo. Assim, cada discurso será deduzido por um quarto de giro à direita, nomeado a partir do termo no canto superior à esquerda. Destarte, obtém-se quatro estruturas discursivas que fazem o laço social. Lacan, ao afirmar que as estruturas já estão inscritas no mundo e são aquilo que o sustenta, leva-me a pensar que trata-se do simbólico em si, que a todos marca e do qual ninguém escapa. Afinal, o sujeito, tal como a psicanálise o entende, é sujeito da linguagem, o *fallasser*.

Ao retomar Lacan (1969/1970), Alberti (2009) trabalha as teorias dos quatro discursos que fazem laço social. Estes seriam: o do mestre, o da histórica, o do universitário e o do analista. Nesses quatro discursos, há: o lugar de agente, o lugar do outro, o lugar da produção e o lugar da verdade.



O discurso do mestre, intitulado assim por ter o significante-mestre no lugar do agente, é o primeiro a ser apresentado e todos os outros são deduzidos a partir de quartos de giros à direita. Evidentemente isso seria possível começando-se com qualquer discurso, mas Lacan (1969/1970, p. 18) explica sua escolha:

Mas é fato, denominado por razões históricas, que essa primeira forma, a que se enuncia a partir desse significante que representa um sujeito ante outro significante, tem uma importância toda particular na medida em que, entre os quatro discursos, ela se fixará no que iremos enunciar este ano como a articulação do discurso do mestre.

Sobre o discurso do mestre, Alberti (2009) considera que

quando o mestre fala, por mais que se tome por agente de produção, como dizia Hegel, precisa do outro, do escravo, que detém o saber sobre sua posição, para produzir a mais-valia, o objeto *a*, o resto, a sobra, o gozo que ele retira do trabalho alheio. (p. 203).

Lacan (1969/1970, p. 19) relaciona  $S_1$  “à função de significante sobre a qual se apoia a essência do senhor”, enquanto o  $S_2$  é o saber, campo próprio do escravo, e conclui:

Eis o que constitui a verdadeira estrutura do discurso do senhor. O escravo sabe muitas coisas, mas o que sabe muito mais ainda é o que o senhor quer, mesmo que este não o saiba, o que é o caso mais comum, pois sem isso ele não seria um senhor. O escravo o sabe, e é isto sua função de escravo. É também por isto que a coisa funciona, porque, de qualquer maneira, funcionou durante muito tempo. (Lacan, 1969/1970, p. 19).

Daí pode ser deduzido, então, pelo funcionamento das relações senhor/escravo, que o desejo do senhor é o desejo do Outro. Já o  $S_2$  é um “saber que não se sabe”, “aquele que chamo de outro significante” (Lacan, 1969/1970, p.33). No entanto, ele ( $S_2$ ) não ocupa essa posição sozinho, o Outro, o inconsciente, está repleto deles, responsável pela inserção no simbólico da qual nenhum sujeito escapa. E, ao contrário do que outras abordagens da área de humanas possam predicar, na psicanálise “a linguagem é a condição do inconsciente” (Lacan, 1969/1970, p. 42). Desse modo, a linguagem não é uma função do sujeito, o sujeito é função da linguagem, uma vez que não “vai”, não subsiste sem seus significantes e sem o sintoma que se forma entre um intervalo e outro para lidar com o inexplicável, inapreensível e impossível da vida e da morte.



Assim, se o \$ está no lugar da verdade no discurso, isso implica que o sujeito, por definição, barrado, dividido, marcado pela falta, tenha, no laço social, um lugar de verdade. Não me refiro a uma verdade única e de caráter alienante, como uma crença, mas àquela que surge no intervalo entre dois significantes que surgem e somem ( $S_1 - S_2$ ). Esse sujeito sabe

que tudo não passa de uma determinação inconsciente, ou seja, que nada é tão desconhecido quando  $S_1$  e  $S_2$  se encontram (Alberti, 2009). O  $\$$  no lugar da verdade aponta para aquele resto que nunca pode ser dito, uma vez que sempre se trata da *meia-verdade*. “A verdade, nunca se pode dizê-la a não ser pela metade.” (Lacan, 1969/1970, p. 36).

Ainda sobre o discurso do mestre, Fernandes (2011) aponta a impossibilidade da relação entre  $S_1$  e  $S_2$ . Fica a questão sobre como um significante, identificado ao sintoma e marca de gozo, pode surgir nesse intervalo significante para fazer valer o engodo da relação sexual. Para Lacan (1969/1970), é por conta da marca significante em nós que temos a necessidade de nos entendermos. Em contrapartida, é justamente pela existência do significante que estamos condenados a não nos entendermos, uma vez que este não é feito para as relações sexuais. “Desde que o ser humano é falante, está ferrado, acabou-se essa coisa perfeita, harmoniosa, da copulação (...)” (Lacan, 1969/1970, p. 34). Nesse intervalo ( $S_1$  -  $S_2$ ) emerge, então, a formação de um sintoma, mascarando esse real do sexo da não-relação que causa angústia.

No entanto, a histérica, por sua vez, tem como particularidade o fato de algo sempre escapar a esse tesouro de significantes, o que faz com que o objeto  $a$  esteja no lugar da verdade e o agente seja o Sujeito, aquele que se impõe no intervalo de significantes. Desse lugar, a histérica indaga o mestre, fazendo-o trabalhar pela produção de saber, como as históricas fizeram com Freud. (Alberti, 2009).



Provavelmente seja em homenagem às históricas de Freud, que o fizeram trabalhar pelo saber, que Lacan batizou esse discurso de discurso da histérica, esclarece Alberti (2009). Mas a autora lembra que, para a psicanálise, todo sujeito que produz supondo um saber ao outro encaixa-se nesse discurso, uma vez que, tal qual a histérica, produz no lugar do agente, não se restringindo ao divã. Assim, a experiência analítica é justamente a histerização do discurso, ou seja, a transformação estrutural ao discurso da histérica, conforme Lacan (1969/1970). Nesse discurso, a histérica, que ocupa o lugar de agente como sujeito barrado, dirige-se ao outro requisitando dele que produza significantes, tal como na associação livre, recusando qualquer referência exterior. O que realmente importa à histérica é que o outro



reconheça sua importância na estrutura discursiva, uma vez que, em sua fórmula, há necessariamente alguém motivado pelo desejo de saber.

Interessante destacar que Lacan (1969/1970) inicia sua apresentação dos discursos pelo discurso do mestre, por razões já comentadas, e prossegue nomeando os demais. O segundo discurso trabalhado por Lacan é o da histórica. “E em seguida os outros dois. Um deles é o discurso do analista. O outro – não, decididamente, não vou lhes dizer o que é.”. Pelas reticências de Lacan, nota-se certa precaução, se assim posso dizer, para trabalhar o discurso do universitário. Esse foi o discurso menos trabalhado por Lacan, conforme Souza (2003). O próprio Lacan chegou a afirmar: “falei muito mal” (1972, p. 64, citado por Souza, 2003, p. 124).

O discurso do universitário corresponde à burocracia em que o sujeito, quanto mais tentar, mais dividido sairá, ou melhor, será barrado para sempre, vulnerável à mais-valia. O objeto *a* aparece aqui sem qualquer valor, uma vez que é o outro do Saber ( $S_2$ ) que está na posição de agente. Assim,  $S_2$  acumula-se em forma de um conhecimento organizado e, por isso, burocrático. Esse agente se dirige ao lugar ocupado por *a*, que será estudado, explorado pelo discurso universitário. O Significante-mestre,  $S_1$ , ocupa o lugar de verdade, está recalcado e, por isso, não é reconhecido pelo discurso do universitário.

$$\frac{S_2}{S_1} \begin{array}{c} \xrightarrow{\hspace{1cm}} \\ \xleftarrow{\hspace{1cm}} \end{array} \frac{a}{\$}$$

Sobre isso, Aurélio Souza afirma:

Desta maneira, deve-se considerar que o discurso do universitário traz a marca de seu equívoco. O Saber, à medida que ocupa esse lugar de dominância, converte-se num enunciador, num ‘porta voz’ (...) no ensinante de um saber produzido pelo mestre, que em nenhum momento pode ter acesso a essa posição onde se encontra sua verdade. (Souza, 2003, p. 126).

O quarto discurso foi denominado “do analista”, não como uma homenagem aos psicanalistas, diz Alberti (2009), mas porque o analista é paradigmático. O analista pode ocupar, para o analisante, o lugar de objeto *a*, o objeto mais sublime e mais terrível, mais estranho e mais íntimo, ou seja, extimo que, por efeito de transferência, o analista ocupa para o sujeito. Mas Lacan (1969) detém-se: a transferência não é instituída nesse discurso pela função do sujeito suposto saber. Diante disso, ele afirma:

Eu insisti frequentemente nisto, que nós somos supostos saber não grandes coisas. O que a análise instaura é justamente o contrário. O analista diz àquele que está para começar – *Vamos lá, diga qualquer coisa, vai ser maravilhoso*. É ele que o analista institui como sujeito suposto saber. (Lacan, 1969/1970, p. 55).

Tomando a ideia do discurso do mestre, também posso deduzir que o analista se faz de causa de desejo para o analisante. O analista, ocupando essa posição de resto, tal qual o discurso determina, nada deseja, a não ser engendramento da análise, como Lacan (1969/1970, p. 55) proferiu: “análise, eis o que se espera de um psicanalista”. Contudo, o analista só ocupa esse lugar porque já fez uma análise e pôde perceber em si os efeitos de *a*, a partir da travessia da fantasia, um dos avatares do fim da análise como Lacan (1973) denomina. Desse lugar, o analista questiona o sujeito, para que produza seus significantes mestres ( $S_1$ ), e tem o saber como verdade, situação que não desfaz da psicanálise enquanto teoria clínica.



Se o saber ocupa o lugar da verdade, Lacan o institui como uma estrutura de ficção, como toda e qualquer verdade. O saber que realmente está em jogo no discurso do analista é o do Sujeito que, questionado, fabrica seus próprios significantes, os quais *deixa cair* ao longo do seu percurso analítico. É por isso que, na psicanálise, trata-se, em essência, de uma experiência de fala. É também por esse motivo que a psicanálise não é intersubjetiva, ao passo que o analista é simples objeto, e o analisante, verdadeiro sujeito da operação. O único desejo do analista é que a análise se dê, ou seja, é um desejo de diferença pura, implica que sempre há algo a saber. (Alberti, 2009).

## 2 A CLÍNICA DO ACOLHIMENTO E A DEMANDA EM PSICANÁLISE

Norteadada pela teoria psicanalítica, esta pesquisa analisa como os discursos de Lacan circulam na clínica do acolhimento em um dispositivo de saúde mental infanto-juvenil. Para isso, inicialmente delineei um percurso dentro da teoria freudo-lacanianana, tomando como base seus artigos sobre a técnica, para investigar o que é a clínica do acolhimento para a psicanálise, que pode ser tomada como as entrevistas preliminares, não se distinguindo em manejo técnico, da análise *per se*, como veremos.

Em um dos canônicos artigos freudianos sobre a técnica, “Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise” (1912), Freud postula recomendações para o bom andamento do tratamento, ressaltando que estas foram desenvolvidas por ele ao longo de sua experiência clínica e se adequam a sua prática, podendo outro analista desenvolver método próprio que melhor se adequa a seu estilo. Uma de suas recomendações é que a posição do analista seja opaca a seus pacientes, que, como um espelho, não lhes mostre nada exceto o que é mostrado, ou seja, busca devolverno analisante a percepção de seu próprio eu, por meio do manejo da transferência.

O ato inaugural de Freud inventa a psicanálise ao abrir o inconsciente à sua formalização, segundo Quinet (1991). A partir daí, o autor vai postular as condições da análise estabelecidas por Freud: o tratamento de ensaio, o uso do divã, a questão do tempo e a questão do dinheiro. Importante destacar que essas são condições e não regras impostas por Freud. A única regra estabelecida foi a associação livre, que é a marca do início da psicanálise e também o início de cada análise individual. Do lado do analista, o preceito da atenção flutuante, não há regras, mas há a ética da psicanálise, regida pelo desejo do analista, também conhecida como ética do bem-dizer. Esse raciocínio da sociedade moderna voltada para o consumo, e pelo serviço dos bens, é absolutamente contrário à ética proposta por Jacques Lacan.

Por isso, há a exigência reiterada por Lacan de um trabalho prévio à decisão de aceitar um paciente em análise, por meio das entrevistas preliminares. Elas correspondem ao que Freud denominou tratamento de ensaio. Essa expressão marca a ideia de que existe um limiar, uma descontinuidade, um corte entre essas sessões preliminares e a entrada em análise propriamente dita. Quinet (1991, p. 11) relaciona as posições freudianas e lacanianas sobre o tema: Freud afirma que “este ensaio preliminar é ele próprio o início de uma análise e deve conformar-se às suas regras” e Lacan reitera que “não há entrada em análise sem as

entrevistas preliminares”. Essa diferenciação entre entrevistas preliminares e análise e, ao mesmo tempo, a indissociabilidade de ambas, marca a importância de um estudo especificamente voltado para o tema, porém sem apartá-lo do funcionamento da análise em si. Para Quinet(1991), apesar de distintas da psicanálise em si, as entrevistas preliminares guardam sua estrutura.

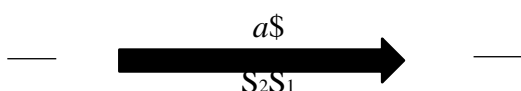
Em “Sobre o início do tratamento”, Freud (1913) traz articulações essenciais à nossa discussão sobre a clínica do acolhimento. Por meio de sua experiência clínica, julgou pertinente estabelecer um “período de experiência” antes de admitir um paciente do qual se conhece pouco em processo de análise, a fim de que se evitar possíveis frustrações caso o paciente não seja “apropriado para a psicanálise”. Essa “sondagem” compreendia, para Freud, um período de uma a duas semanas após o início da análise, conformando-se aos mesmos princípios desta. Sobre isso, ele diz: “pode-se talvez fazer a distinção de que, nele, se deixa o paciente falar quase todo o tempo e não se explica nada mais do que o absolutamente necessário para fazê-lo prosseguir no que está dizendo.” (1913, p. 76).

Dentre essas condições e regras trazidas por Quinet (1991)em seu livro “As 4 + 1 condições da análise”, para fins da presente pesquisa, tornou-se importante focar o exame em temas centrais como: o tratamento de ensaio, a associação livre e a atenção flutuante, visto que o objetivo geral que norteou a dissertação foi examinar os giros discursivos na clínica do acolhimento de um CAPSi da região metropolitana de Salvador.

Para o autor supracitado, é a associação livre que mantém a identificação entre entrevistas preliminares e análise. Ele marca três funções principais das entrevistas preliminares: função sintomal, função diagnóstica (principalmente do diagnóstico diferencial entre neurose e psicose) e função transferencial. A função sintomal (sinto-mal) refere-se à conceituação lacaniana de que há apenas uma demanda verdadeira para se iniciar uma análise – a de se desvencilhar de um sintoma. Não basta o sujeito chegar à análise queixando-se de seu sintoma e requerendo sua retirada. Esse sintoma precisa ser elaborado como um “sintoma analítico”, que implica transformação dessa queixa inicial em uma demanda endereçada ao analista e passagem do sintoma de seu estatuto de resposta para o estatuto de enigma. A passagem do sintoma ao estatuto de enigma depende da histerização do discurso, em que o sintoma representa a divisão do sujeito  $\$$ . Esse sintoma, endereçado ao analista pela cadeia significante, deve ser implicado na dimensão do desejo, formulando-se a questão denominada por Lacan “Che vuoi?” (Que queres?) e levando o Sujeito a questionar sobre seu lugar no

desejo do Outro e sua posição enquanto sujeito. Adiante, adentrarei na função diagnóstica e transferencial.

Voltando à conceituação freudiana, é pertinente relacionar o médico opaco, como um espelho, descrito por Freud, ao lugar do analista como objeto  $a$ , o lugar do morto no jogo de bridge, do resto, que suporta toda a miséria e nada deseja, a não ser que a análise se dê, tal qual Lacan explicita em “Televisão” (1973). Nessa ocasião, Lacan traz que a melhor maneira de situar objetivamente o psicanalista é pelo desígnio “santo”. Ou seja, aquele que, por vezes, durante toda sua vida, não impõe o respeito que lhe vale uma auréola e nem faz caridade, mas presta-se a bancar o dejetivo: faz “descaridade”, palavra que, no francês original, significa uma brincadeira relacionada à caridade comumente atribuída ao santo e ao lugar de dejetivo a que o analista se propõe em uma análise. E qual é a função dessa posição? “(...)realizar o que a estrutura impõe, ou seja, permitir ao sujeito, ao sujeito do inconsciente, tomá-lo como causa de seu desejo” (Lacan, 1973, p.518), tal qual se verifica no discurso do analista:



No discurso do analista, há, como agente, o objeto  $a$ , causa de desejo. Nesse discurso, o analista ocupa a posição de semblante de objeto  $a$ , pois serve ao analisante como sustentáculo para seu desejo e sua subjetividade não aparece como parte do engendramento do trabalho, uma vez que, na análise, não há intersubjetividade. O analista participa com a função desejo do analista, que não se trata de um desejo pessoal, mas de um componente pivô do tratamento, na medida em que o analista deseja apenas que a análise se dê. Na leitura de Fingermann (2005), esse discurso, essa posição, suporta o real impossível de suportar e ele só é capaz de suportá-lo por conta do desejo do analista (e não de um analista como pessoa) propiciado pela sua própria análise pessoal, que o torna capacitado a suportar a transferência de seu analisante, instalando-se em seu sintoma sem responder à demanda de amor.

O desejo do analista é o que Lacan denominou “pivô do tratamento”, que nada pode desejar para seu paciente, visto que toda demanda é intransitiva. O analista deve saber que, na análise, só existe um sujeito do inconsciente: o analisante. Ou seja, como assevera Lacan (1967), a transferência impõe uma objeção à intersubjetividade, afinal, existe um sujeito nesse dispositivo, a outra parte é sujeito suposto saber, suposto por um outro sujeito; o analista, não sendo sujeito, não supõe nada, só é suposto pelo verdadeiro sujeito em questão. Como retrata a frase: “é ele [analisante] que o analista institui como sujeito suposto saber.” (Lacan,

1969/1970, p.55). Se, no início da análise, o analisante faz ao analista uma demanda de amor, cabe ao analista, ao longo do processo, inverter essa demanda, deve ele fazer semblante de objeto, colocar-se como causa de desejo, pois, afinal, “é claro que, do saber suposto, ele nada sabe” (Lacan, 1967, p. 254) e, por isso, deverá abordar cada caso como se nada soubesse.

Para Freud, a análise se dá sob transferência. O trabalho clínico com crianças, embora permeado por muitas especificidades, não foge a essa regra, por isso é essencial que todo analista compreenda a dinâmica da transferência e o lugar que o analista ocupa nela. Para o fundador da psicanálise, a transferência ocorre porque, ao longo de nossa vida, desenvolvemos formas de nos relacionar com o mundo que, ao “funcionarem” tornam-se clichês estereotipados e, assim, o analisante tende a repetir o direcionamento de uma dessas catexias prontas para a figura do analista e essa transferência será formada também a partir das ideias inconscientes do sujeito.

Tomando a transferência como essencial ao andamento da análise, destaco a função transferencial das entrevistas preliminares. O sintoma analítico só é estabelecido a partir da transferência que faz emergir o sujeito suposto saber. Visto que “o surgimento do sujeito sob transferência é o que dá o sinal de entrada em análise” (Quinet, 1991, p. 25). Ao passo que o analista empresta sua pessoa para ocupar esse lugar de sujeito suposto saber, ele não deve identificar-se com essa posição de saber, pois ela não passa de um equívoco.

Sendo assim, o trabalho a que a função analista se propõe é o de engendrar a análise guiada pela “regra fundamental da psicanálise”: a associação livre. Essa regra tem um lado para o analisante e uma contrapartida para o analista. O analisante deve comprometer-se a falar, da maneira mais livre possível, sem selecionar o material ou envergonhar-se, a respeito de qualquer tema que lhe venha à cabeça. Essa técnica é conhecida como associação livre porque o analisante deve falar “sem crítica ou seleção” (Freud, 1912, p. 126). Do outro lado, há o analista, que deverá manter uma “atenção uniformemente suspensa”, que consiste, segundo Freud explica (1912), em manter o mesmo nível de atenção frente a tudo o que se escuta, o que previne que o analista selecione, de acordo com seu próprio julgamento, fixando-se em determinado ponto e negligenciando outros. Por isso, o analista deverá simplesmente escutar, sem se preocupar com o que está armazenando, até porque, o significado do que foi dito só será identificado posteriormente. Freud (1912/1996 p. 154) garante que, se o analista seguir essa regra, não haverá problemas no processo de recordação, considerando que a memória é afetiva e, portanto, dificilmente acontecerá a troca de

conteúdos de um paciente com os de outro. Portanto, o uso de anotações também é desencorajado pelo autor. Freud declara que:

ele [o analista] deve voltar seu próprio inconsciente, como um órgão receptor, na direção do inconsciente transmissor do paciente. [...] o inconsciente do médico é capaz, a partir dos derivados do inconsciente que lhe são comunicados, de reconstruir esse inconsciente, que determinou as associações livres do paciente. (Freud, 1912/1996 p. 154).

A “regra fundamental da psicanálise” retorna em outro artigo técnico de Freud (1913), o autor alerta-nos sobre a narrativa sistemática: ela não deve ser esperada ou incentivada. Ao contrário do que acontece em conversas triviais, em que se busca manter “um fio de ligação por nossas observações”, no tratamento analítico, o paciente deve poder desviar por temas laterais, sem críticas ou objeções. Em contrapartida, os pormenores se repetem, de tal forma que é com essas repetições que surge material suficiente para associações futuras. No entanto, o analista não deve focar sua atenção em determinado ponto da história que lhe é trazida, tendo em vista que a associação não é, na realidade, tão livre assim, há uma sobredeterminação da cadeia significante que rege o inconsciente ali em funcionamento, o do analisante. Quanto às entrevistas preliminares, principalmente, fica uma questão: Com que material deve o tratamento começar? Por onde deve o paciente começar a falar? Freud aponta que:

O material com que se inicia o tratamento é, em geral, indiferente – a história da vida do paciente, ou a história de sua doença, ou suas lembranças de infância. Mas, em todos os casos, deve-se deixar que o paciente fale e ele deve ser livre para escolher em que ponto começará. (Freud, 1913, p. 83).

Lacan (1958/1998, p. 622) acrescenta à formulação de que o analisante não é tão livre em sua fala: “o sujeito convidado a falar na análise não mostra naquilo que diz, para dizer a verdade, uma liberdade muito grande.”. Isso acontece porque a fala livre, a fala plena, que possa trazer algo de verdadeiro, é temida pelo sujeito. Dessa forma, Lacan indica que o analista escute para-além do discurso, afirmando que, em sua clínica, busca escutar por ouvir, não para compreender nem para replicar. Ao contrário, ele apresenta recomendações ao analista a partir de sua experiência:

Naquilo que ouço, sem dúvida, nada tenho a replicar, se nada compreendo disso ou se, ao compreender algo, tenho certeza de estar enganado. Isso não me impediria de responder. É o que se faz, fora da análise, em casos similares. Eu me calo. Todos concordam em que frustro o falante, e ele em primeiríssimo lugar, assim como eu. Por quê? (Lacan, 1958/1998, p. 623).

A frustração de que Lacan fala advém da demanda. Todo aquele que busca uma análise leva ao analista uma demanda. Para Lacan (1958/1998), o analisante demanda uma resposta, demanda intransitiva que não pode ser satisfeita com palavras, boas ou más, uma vez que está condicionada à condição de *falasser*. Há também, no nível implícito, a demanda de

ser curado, de ser revelado a si mesmo. No entanto, o que Lacan (1958/1998, p. 623) coloca é que esta demanda pode esperar, uma vez que “sua demanda atual, nada tem a ver com isso, nem sequer é dele, pois, afinal, fui eu que lhe fiz a oferta de falar.”. Assim, para Lacan (1958/1998), no dispositivo analítico, cria-se a demanda com a oferta.

Se o desejo do analista é definido como elemento de uma estrutura discursiva, como sintetiza Soler (1994), esse desejo não poderia operar sem seu parceiro, o sujeito analisante. Em suma, o lugar nítido do desejo deve estar posto, o que põe em questão a posição do analista frente à criança. A autora traz que, para a estrutura discursiva de análise, é necessário uma criança-sujeito, aquela marcada pela operação de significância, assim o analista poderá trabalhar a partir do lugar já cavado do sujeito. Nos casos em que, como será mais detalhado à frente, criança não é sujeito, o analista tem o desafio de operar a partir do lugar do Outro primordial sem, contudo, perder a postura da ética psicanalítica. Nesses casos, trata-se realmente de proporcionar o que não aconteceu previamente na efetuação da estrutura: corte, separação, negatização, buraco. Mesmo nos casos em que se trata de uma criança-sujeito, o manejo é diferente da análise com adultos. Soler (1994) destaca a dimensão fabulatória da fala das crianças, que interfere nos índices de sua posição de gozo. Além disso, pelas próprias particularidades do gozo ainda incompletamente decidido, trata-se de um trabalho que sempre findará inacabado.

Esse momento inicial também era considerado importante por Freud para delimitar de maneira preliminar a estrutura do paciente, visto que, em seu posicionamento ético, evitava, assim, admitir em tratamento pacientes a quem seu método não pudesse ajudar. Dessa forma, a psicanálise não sofreria descrédito e nem o paciente gastaria tempo e dinheiro ou se frustraria com mais uma “tentativa de cura”. Assim, ele reflete com rigor que:

No que concerne ao psicanalista, contudo, se o caso é desfavorável, ele cometeu um erro prático; foi responsável por despesas desnecessárias e desacreditou o seu método de tratamento. Ele não pode cumprir sua promessa de cura se o paciente está sofrendo, não de histeria ou neurose obsessiva, mas de parafrenia, e, portanto, tem motivos particularmente fortes para evitar cometer equívocos no diagnóstico. Num tratamento experimental de algumas semanas, ele amiúde observará sinais suspeitos que posam determina-lo a não levar além a tentativa. (Freud, 1913, p. 76).

Dessa forma, Freud estabelece a estruturação das "entrevistas preliminares" em psicanálise, as quais conduzia por cerca de duas semanas até decidir se o paciente em questão poderia se beneficiar do tratamento psicanalítico. No entanto, o autor frisa que essas sessões ocorrem no início da análise e que a técnica não varia, exceto por uma diminuição das explicações.



Na clínica do acolhimento, tal como tem sido conduzida hoje nos diferentes dispositivos, "as regras do jogo" são expostas claramente ou elucidadas à medida que se fazem estritamente necessárias, como recomendava Freud? Explicitar ao paciente o funcionamento do tratamento implica um giro discursivo? Passa-se a ocupar o discurso do mestre ou o do universitário ao perder o semblante do analista de "morto"? Freud utilizava as entrevistas preliminares para iniciar um diagnóstico diferencial preliminar quanto à estrutura, uma vez que o manejo das psicoses e das neuroses é diferente. Enquanto Freud acreditava que as psicoses não eram passíveis de serem submetidas a tratamento psicanalítico, a psicanálise, na sua interface com a saúde mental, avançou muito, havendo Lacan convocado os analistas a não recuarem frente à psicose.

No entanto, o que se verifica na prática são instituições que ainda utilizam a lógica da "triagem", segundo a qual os pacientes passam por consulta(s) prévia(s) para verificar a possibilidade de serem atendidos em determinada instituição. Essas práticas costumam "enquadrar o 'doente' em uma classificação nosográfica que determinará o valor de sua palavra, isto é, a desconfiança em relação a sua palavra." (Rinaldi, 2000, p. 7). Essa problemática instigou o tema desta pesquisa, a partir da minha experiência como estagiária, numa clínica-escola, onde me deparei com funcionamentos classificatórios e excludentes.

Mesmo com tantos anos e esforços por parte do movimento da luta antimanicomial, ainda existem práticas que se desenvolvem com atitudes e valores da velha moral normalizante. A cartilha "Atenção Psicossocial a Crianças e Adolescentes no SUS: Tecendo Redes para Garantir Direitos", publicada em 2014, apresenta-nos o atual paradigma de atenção à saúde mental infanto-juvenil no Brasil, colocando uma ênfase importante no acolhimento.

Os serviços de saúde mental infantojuvenis, dentro da perspectiva que hoje rege as políticas de saúde mental, devem assumir uma função social que extrapola o fazer meramente técnico do tratar, o que inclui ações como acolher, escutar, cuidar, possibilitar ações emancipatórias, enfrentar estigmas e determinismos e melhorar a qualidade de vida das pessoas, tendo-as como seres integrais com direito à plena participação e inclusão em sua comunidade, partindo de uma rede de cuidados que leve em conta as singularidades de cada um e as construções que cada sujeito faz a partir de suas condições. (Brasil, 2014, p. 27).

A cartilha considera a indissociabilidade entre mente e corpo: "Não há produção de saúde sem produção de saúde mental. Logo, é preciso levar em conta que, ao se receber cuidados em saúde, devem ser consideradas as dimensões biológica, psíquica e social dos indivíduos" (Brasil, 2014, p. 23). O documento também assegura um lugar de direito à fala,

pois aposta que o falar sobre si possibilita a crianças e adolescentes novos significados e novas formas de inserção na família e na sociedade.

Assim, a política de saúde mental infanto-juvenil considera seis diretrizes principais (Brasil, 2005, citado por Brasil, 2014). Há, como primeira diretriz, um paradigma de criança e adolescente como sujeitos e, assim, responsáveis pelo seu sintoma e sua demanda. Por isso, têm o direito à escuta e devem ser vistos em sua singularidade, nenhuma intervenção terapêutica pode, assim, ser aplicada de forma homogênea. Outra diretriz é o princípio do acolhimento universal, pelo qual todo serviço de saúde deve estar sempre aberto para acolher um sujeito em sofrimento psíquico.

Segundo esse documento, é especialmente comum, em serviços de atenção psicossocial infanto-juvenil, que os profissionais sintam-se inseguros para atender certas demandas (como crianças/adolescentes que fazem uso de álcool e outras drogas e/ou que tenham cometido algum ato infracional). Diante disso, surge a alegação de que o paciente “não tem perfil para estar ali”. As resistências dos profissionais devem ser trabalhadas, porém o paciente não pode deixar de ser acolhido em sua demanda. Isso não significa que determinado serviço de saúde atenderá e acompanhará qualquer caso que chegue ali, mas sua equipe deve, sim, estar preparada para identificar as necessidades do sujeito, propor alguma intervenção inicial e, se realmente for necessário, realizar o encaminhamento implicado para outra instituição.

O encaminhamento implicado e corresponsável é outra diretriz da atenção psicossocial a crianças e adolescentes no Brasil. Ele diz respeito a casos em que existe um outro serviço na rede que melhor atenda às necessidades daquele sujeito, por esse motivo o profissional que realizou o acolhimento deverá encaminhá-lo e acompanhá-lo até que seja incluído no outro serviço. Diferencia-se de um simples trâmite burocrático, pois é um processo em que a rede deve funcionar de forma coesa, ou seja, deve existir interlocução entre profissionais de diferentes setores. Aliás, a construção permanente da rede e da intersetorialidade é outra diretriz, desenvolvida a partir das noções de clínica ampliada e da complexidade das intervenções em saúde mental. Preconiza-se também o trabalho em território, extrapolando a regionalidade e a geografia, abarcando as redes afetivas em que aquele sujeito se insere: família, escola, lazer etc. As demandas que chegam à rede, das mais diversas formas, devem ser discutidas pela equipe, usuários e familiares, buscando-se elaborar estratégias que fujam

da lógica hospitalocêntrica e assistencialista, para seguir em direção a uma rede diversificada de serviços.

Outro ponto importante para esta discussão, de acordo com Moreira (2016): o papel do acolhedor. Apesar de não ser uma função constituída por pessoas meramente dotadas de habilidades técnicas, pois há uma dimensão relacional implicada, deve ser realizada por profissionais capacitados da área de saúde mental, não restrita a profissões específicas. Moreira (2016, p. 27) menciona, entre as habilitações importantes para a realização de um acolhimento, as “habilidades relacionais, alguns conhecimentos clínicos e uma apropriação sobre o funcionamento do serviço e da rede de atenção integral, capazes de gerar respostas efetivas às demandas apresentadas, que consideramos necessárias ao profissional atuante no acolhimento em um CAPS i”.

As capacidades dos acolhedores devem ser tomadas com cuidado, uma vez que o acolhimento é o momento essencial de avaliação inicial dos casos, de construção de vínculos entre os sujeitos/seus familiares e instituição e de construção de respostas iniciais às demandas do sujeito. Voltando-se para as habilidades relacionais, Moreira (2016, p. 27) aponta-as como “fundamentais no exercício de receber um sujeito em sofrimento que busca atenção e cuidado em um serviço de saúde mental”, elencando a empatia, a disponibilidade para escuta e uma postura ética que pressupõe a desconstrução da ordem moral.

Vive-se hoje o momento previsto por Freud de mudança na saúde pública, pois o tratamento da saúde psíquica já se tornou um direito garantido por lei, por isso a sociedade, gestores e profissionais devem empenhar-se para garantir essa assistência. Com esta pesquisa, propus-me a examinar como a psicanálise pode se inscrever nos novos dispositivos de saúde existentes, em especial, nas novas modalidades de clínica de acolhimento estabelecidas. Dessa forma, é preciso problematizar a clínica do acolhimento em vez de estigmatizar que determinado paciente “não cabe” no dispositivo de assistência à saúde. Cabe àquele que se dispõe a trabalhar com “a miséria do mundo” reinventar sua prática para que ela possa acompanhar a subjetividade de sua época.

O conceito de demanda surge como protagonista quando se discute a clínica do acolhimento, uma vez que se refere ao mal-estar que aponta para a falta do sujeito e o leva ao serviço. Importante destacar que a demanda nem sempre aparece em uma primeira entrevista, à frente pode vir a queixa. Ademais, a demanda pode partir dos familiares ou instituições (escola, conselho tutelar etc.), diante dos casos de crianças e adolescentes. Moreira (2016)

trabalha essa diferença da clínica infanto-juvenil, na qual, algumas vezes, o sujeito em sofrimento chega ao serviço trazendo uma demanda do Outro, por isso há a necessidade de primeiro identificar, no momento do acolhimento, se os sintomas apresentados são da criança ou adolescente trazidos ou se esses sujeitos estão “embaraçados nos ideais deste Outro demandante” (Moreira, 2016, p. 32). Essa ideia preliminar elucidada por Moreira remete à constituição da demanda e das entrevistas preliminares em uma prática psicanalítica com crianças e, também, à concepção lacaniana do sintoma infantil, que será detalhada no próximo capítulo. Pacheco diz que nas entrevistas preliminares

se pode antever as dificuldades que nos oferece, enquanto analistas, uma clínica que nos obriga forçosamente a discriminar a ordem imaginária do ambiente familiar – onde se pode falar de maternagem e de presença do pai – da ordem simbólica onde o desejo do Outro e o Nome-do-Pai encontram-se articulados na estrutura. Em que pese, ainda, o fato de que o ato analítico – via operação transferência – deve visar o ponto de correspondência que prende o sujeito a essa estrutura. Caso contrário caberia perguntar se não estaria visando a criança e, neste caso, que lugar estaria ocupando o analista? (Pacheco, 2012, p. 27).

Sobre isso, o que é imprescindível destacar é que o tratamento analítico com crianças pode sofrer influências desastrosas da sobreposição da criança pelo sujeito. Tomando a hipótese lacaniana do inconsciente estruturado como uma linguagem e a hipótese do inconsciente freudiano marcado pela alogicidade e atemporalidade; o analista, ao debruçar-se frente a um novo caso, não deve se deixar guiar por uma perspectiva desenvolvimentista e cronológica. Em suma, a psicanálise trabalha, via de regra, com o sujeito do inconsciente e da fantasia estrutural, e não se atenta a faixas etárias. Para Gerbase (1977), em entrevista à Revista Carrossel:

Em momento algum pensamos que o sujeito do significante, o sujeito do inconsciente, com o qual a experiência analítica tem a ver, possa ser considerado a partir destas etapas da vida que chamamos de idades: da criança, do adolescente e do adulto. A unidade da psicanálise diz que a criança é um analisando por inteiro e, que se há particularidades, se existem especificidades na prática com crianças, elas são decorrentes, não propriamente da idade, do fato de ser um “sujeito pequeno”, categoria que não podemos levar em consideração, mas da relação do sujeito com o gozo. (Gerbase, 1977, p. 1).

Em “A direção do tratamento e os princípios de seu poder”, Lacan (1958/1998) estabelece que o psicanalista dirige o tratamento, porém, de nenhuma maneira, dirige o paciente. A direção do tratamento, no entanto, não tem como fundamento os problemas de ordem moral. Dirigir o tratamento consiste, essencialmente, em levar o analisante a cumprir as regras postuladas por Freud. Inicialmente, poderá tomar caráter de instruções. Esses enunciados, por parte do analista, veiculam a doutrina analítica. Assim, segundo Lacan (1958/1998), a direção do tratamento apresenta um obstáculo: fazer o paciente esquecer que

se trata apenas de palavras, mas isso não justifica que o próprio analista o esqueça (Lacan, 1953, p. 238, citado por Lacan, 1958/1998, p. 592).

Essa diretriz apresentada por Lacan remete à regra fundamental da psicanálise de Freud (1912), citada anteriormente: a associação livre, que consiste em levar o analisando a comprometer-se em falar livremente. Porém, Lacan faz um alerta de que nisso repousa uma impossibilidade, uma vez que somos determinados por nosso inconsciente: “Tudo o que se pode dizer sobre a associação de ideias não passa de um figurino psicologista. Os jogos de palavras induzidos já vão longe; aliás, a julgar por seu protocolo, nada é menos livre” (Lacan, 1958/1998, p. 622).

Em seu artigo “A oferta, a demanda e... a resposta”, Soler (2013) esclarece que a análise, em todo seu processo, está a cargo do analista, uma vez que ele atua em posição de causa. Ainda assim, a psicanálise é uma situação a dois (Lacan, 1958/1998) e o analista paga por participar dessa relação transferencial. Freud, como sabemos, situou a transferência como não exclusiva da experiência da psicanálise, porém, mesmo que o analista não seja responsável por esses efeitos transferenciais, Lacan (1958/1998) adverte que este paga com palavras e com sua pessoa. Além disso, Lacan (1958/1998, p. 595) utilizará a metáfora de um jogo para referir-se ao fenômeno transferencial: como no bridge, “o analista convoca a ajuda do que nesse jogo é chamado de morto, mas para fazer surgir o quarto jogador que do analisado será parceiro, e cuja mão, através de seus lances, o analista se esforçará por fazê-lo adivinhar”. Logo, o vínculo formado pelo analista nessa partida nomeada como análise chama-se abnegação. Os sentimentos do analista só têm lugar nesse jogo como os do morto, e é por isso que este paga *com sua pessoa*, mas não *como pessoa*, uma vez que sua ação sobre o paciente lhe escapa e, sendo menos livre em sua estratégia do que em sua tática, é ainda menos livre naquilo que as domina: sua política.

É por esse lugar de “ser que está alhures” (Lacan, 1958/1998, p. 597) que a fala do analista funciona como Outro da transferência e que a interpretação pode pesar na análise. Fernandes (2011, p. 206) traz que “o inconsciente interpreta o analisante e faz dele seu intérprete”. Uma vez que o lugar do Outro é do tesouro dos significantes, do inconsciente que interpreta, o analista, pela instauração da transferência, confere ao sujeito do inconsciente a potência de ser seu próprio e único intérprete. Desse ponto, Lacan (1958/1998, p. 607) confirma: “uma interpretação só pode ser exata se for...uma interpretação. ”. Essa interpretação, no entanto, não se presta a explicações nem necessita ser aceita pelo paciente. É

no material que surge após a interpretação, ou seja, no só-depois, que se pode medir sua efetividade. “Se o falasser é como uma forma de exprimir o inconsciente, o saber em questão é um saber sem-sujeito” (Fernandes, 2011, p. 206).

A resposta do analista não é da ordem da interlocução, e é por isso que Lacan insistiu tanto sobre a função das entrevistas preliminares, que instauram um corte à demanda (Soler, 2013). Antes, portanto, da demanda e da resposta, há a oferta: trata-se do primeiro passo do trabalho analítico, o começo. O objetivo da oferta é “a instauração da transferência, ou seja, a colocação em jogo, da significação do Sujeito suposto Saber na interlocução entre o paciente e o analista” (Soler, 2013, p. 17), visando uma ruptura de semblante de diálogo. Assim, a função da oferta é causal para instauração da transferência, sem a qual não há possibilidade de entrada em análise.

A queixa e a demanda de cuidados e reconforto podem, assim, passar à demanda de interpretação, que institui a real entrada em análise. Lacan (1958/1998) estabelece que a direção do tratamento vai da retificação subjetiva ao desenvolvimento da transferência e depois à interpretação. Ambos consistem em um retorno a Freud, para quem a retificação é sempre dialética, indo e voltando dos dizeres do sujeito, e a interpretação tem seu valor calcado na suposição de saber atribuída ao analista, apenas dessa forma diferencia-se de uma sugestão.

Ao comparar o início do trabalho analítico ao aquecimento de uma partida, Pacheco (2012) toma de empréstimo a metáfora freudiana do jogo de xadrez. Para Freud (1913), o xadrez, tal qual a psicanálise, só pode ter seus movimentos iniciais e finais previstos, o desenvolvimento da partida está sujeito a limitações nas instruções. Assim, o que Freud se esforça para traçar são regras que guiem o início do jogo, que ele opta por chamar de ‘recomendações’, uma vez que não são princípios incondicionais, pelo contrário, são ajustáveis à prática do analista.

## **2.1 A experiência no CAPS i: do acolhimento ao direcionamento da demanda**

A coleta de dados que resultou na presente dissertação mostrou-se imensamente mais rica do que fora imaginado inicialmente para a pesquisa, porque também a experiência observacional no CAPS i fora mais abundante e intensa, superando minhas expectativas amplamente. A ideia inicial era realizar uma coleta de dados pontual por meio da observação não participante nas reuniões de equipe, sendo meu acesso ao serviço mediado pelo vínculo

com o Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFBA, na posição de pesquisadora. Uma vez no serviço, rapidamente, fui construindo laços de relacionamento com a equipe que se mostrou acolhedora a minha pessoa e ao meu trabalho, pois ela ampliou minhas possibilidades de colher dados. A equipe não apenas respondeu de bom grado as minhas solicitações, mas também propôs minha inserção em outras atividades que poderiam acrescentar informações a esta pesquisa.

A coordenação do CAPS em que fui inserida abriu uma gama de possibilidades para observação das atividades realizadas no dispositivo, comunicação com profissionais das mais diversas funções de toda a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município e contato direto com os sujeitos atendidos e seus familiares. A partir disso, foi possível ampliar os rumos da pesquisa, não apenas para investigar o dispositivo do acolhimento de maneira isolada, mas também para buscar a compreensão do percurso do sujeito no serviço de maneira mais ampla, passando pelo momento crucial de sua chegada e abarcando os giros sobre os quais a equipe iria trabalhar a partir da demanda que lhes endereçava o sujeito e sua família.

Os momentos eram de grande aprendizado e rapidamente passei a frequentar a unidade duas a três vezes por semana. Participava de atividades grandes, como festas, passeios, reuniões e, evidentemente, de atendimentos individuais, principalmente os de uma das psicólogas do serviço orientada pela psicanálise. Além dos acolhimentos que, ao longo desse tempo, foram realizados pelos mais diversos profissionais, tive a oportunidade de acompanhar outras atividades realizadas por psicólogas, assistentes sociais, fonoaudióloga e educadora física. Algumas vezes, participei dos grupos terapêuticos promovidos com os pacientes e de reuniões mais amplas da rede de saúde do município, que permitiram trocas com os profissionais de outras unidades e serviços.

Nessas vivências pude compreender aos poucos o funcionamento da rede de atenção psicossocial do município e da rede de saúde como um todo: suas conexões entre serviços, desafios, impasses, problemáticas de cunho burocrático, econômico e político. Além da oportunidade de construir minha pesquisa de campo, encontrei também ali uma grande oportunidade de aprendizado e crescimento profissional. A experiência no CAPS acrescentou benefícios à minha formação, à medida que eu descobria as particularidades da atuação do psicólogo na saúde pública.

O CAPS se configura-se como um serviço de saúde integrante da Atenção Especializada em Saúde. Os CAPS's foram instituídos após a reforma psiquiátrica e,

conforme consolidado pela Portaria 336/2002, constituem modelos substitutivos e privilegiados de cuidado a pessoas com transtornos psiquiátricos severos e persistentes, nas modalidades semi-intensiva e intensiva. Surgiram para substituir gradativamente as internações em hospitais psiquiátricos, pois um dos principais objetivos dessa mudança é a manutenção da convivência social do usuário que, com a reforma psiquiátrica e a luta antimanicomial, passa a ser visto como cidadão de direitos. O CAPS i é um CAPS II, como consta na referida portaria, o que significa que deve ter capacidade para atender uma população de até 200.000 habitantes. Além disso, o CAPS i é específico para atendimento de crianças e adolescentes que se enquadram nas necessidades de atendimento ditas anteriormente.

Nesses moldes, o acolhimento de um usuário no CAPS i obedece também ao critério de idade. São admitidas pessoas com até 18 anos incompletos, após essa idade o usuário deve ser referenciado a um CAPS para adultos e pode ser, a depender do município e do caso do usuário, o CAPS ad, o CAPS I, o CAPS II ou o CAPS III. Existe, no entanto, uma prerrogativa para casos de usuários do CAPS i que, durante o tratamento, completam seus 18 anos. Nessas situações, o técnico de referência e a coordenação do CAPS podem solicitar à prefeitura (que é responsável pela gestão dos CAPS) que o usuário continue a ser atendido na mesma unidade, o que normalmente pode se estender até os 21 anos de idade, quando identificada a necessidade. Após esse período, se o usuário ainda necessita de tratamento em um CAPS, que se configura como semi-intensivo ou intensivo, ele deverá ser encaminhado para um CAPS que atenda a população adulta.

No município de Lauro de Freitas, onde desenvolvi minha pesquisa, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é constituída por três CAPS: CAPS II, CAPS i e CAPS ad. Quando iniciei a coleta de dados, em agosto de 2018, o CAPS i funcionava em uma casa de dois andares, em bairro de classe média-alta do município, que apresentava uma série de problemas estruturais, oferecia até mesmo riscos a profissionais e usuários, de forma que, já nessa época, a coordenação de saúde mental do município requeria a mudança do CAPS i para outro local. Além disso, a localização não era favorável ao público do CAPS que, em sua maioria, trata-se de pessoas de classe baixa e, portanto, moradores dos bairros onde se concentram a maior parte das pessoas de classe baixa do município. Dessa forma, a maioria dos usuários do serviço morava muito longe do local onde ficava o CAPS e enfrentava grandes dificuldades de acesso via transporte público, o que incorria em atrasos e deslocamentos que, por vezes, duravam horas e envolviam até três conduções diferentes. Por



se tratar de um CAPS i, essa dificuldade era aumentada, uma vez que as diretrizes impõem uma obrigatoriedade do usuário ir acompanhado por um responsável maior de idade, o que repercutia em mães, pais, avós, tios e irmãos perderem jornadas de trabalho para garantir o atendimento de seu familiar. Vale frisar que, quando se trata de pessoas de baixo nível socioeconômico, um dia ou turno de trabalho perdido pode ter grande impacto no rendimento familiar.

A faixa etária dos usuários, no momento de minha pesquisa, variava dos dois aos dezoito anos incompletos, mas havia, na época, uma predominância de adolescentes. No momento do acolhimento do usuário, objeto de estudo de minha pesquisa, os profissionais buscavam basear-se nos critérios já mencionados, estabelecidos pela Portaria 336/2002: pessoas que apresentem transtornos psiquiátricos severos e persistentes, requerendo atendimento psicossocial semi-intensivo ou intensivo. Além disso, seguia-se a seguinte recomendação: casos em que o transtorno psiquiátrico se configure como comorbidade de uma desordem neurológica não devem ser atendidos no CAPS, pois tratam-se de situações que necessitam de reabilitação e de acompanhamento neurológico, por isso devem ser encaminhadas para a Policlínica do município.

No momento do acolhimento, quando os responsáveis traziam relatos e/ou laudos que atestavam a desordem neurológica, identificava-se, imediatamente, que não se tratava de um “paciente perfil CAPS” e o devido encaminhamento para o caso era dado. Nas situações em que a criança nunca havia passado por uma avaliação neurológica, mas havia uma suspeita do técnico em relação à existência de uma desordem neurológica, a partir do comportamento, sintomas e relatos do responsável, requisitava-se avaliação com médico neurologista na Policlínica do município.

Levando em consideração que a coleta de dados transcorreu durante considerável período de tempo (cerca de 14 meses), foi possível observar valiosas discussões da equipe a respeito da importância do acolhimento para o bom funcionamento do CAPS i e, associadamente, para o tratamento do sujeito. Muitas vezes, o tema “acolhimento” surgiu como pauta das reuniões de equipe. Tópicos como dias e profissionais designados para esse dispositivo eram discutidos em busca de aprimoramento do momento de porta de entrada no serviço. Aqui destaco a posição exposta por uma das psicólogas, em uma dessas reuniões, ao frisar que o acolhimento é uma das atividades mais importantes, senão for a mais, dentre as desenvolvidas no CAPS i, uma vez que todo o direcionamento do tratamento do sujeito no

serviço é pautado a partir dele. A psicóloga acrescentou ainda, corroborando a literatura sobre o tema, que um bom acolhimento otimiza todo o serviço, até mesmo a atenção aos sujeitos que ali chegam, mas não se tornam pacientes do CAPS (pelo perfil apresentado), garantindo-lhes uma escuta sensível e produtiva. A psicóloga menciona também que, por meio do acolhimento atento, os sujeitos compreendem melhor a indicação de encaminhamento, o que contribui para o fortalecimento de vínculos entre o usuário e a rede e evita que o sujeito retorne insistente e indevidamente ao mesmo serviço.

Assim, considerando a importância dada pela equipe ao acolhimento, ao longo do tempo de desenvolvimento desta pesquisa, por meio das discussões em equipe, algumas vezes, o dispositivo clínico em questão foi remodelado. No início da coleta de dados, o acolhimento funcionava apenas às segundas e terças-feiras pela manhã e, usualmente, três sujeitos eram acolhidos por turno. As profissionais responsáveis pelo acolhimento, naquele momento, eram apenas as assistentes sociais do serviço, o que causou indagações pertinentes à pesquisa: Afinal, qual era o lugar da escuta no acolhimento? Por que as psicólogas também não se apropriavam desse dispositivo? Os profissionais responsáveis pelo acolhimento estariam promovendo a circulação dos discursos nesse momento inicial? As psicólogas do serviço justificavam a logística atribuída ao acolhimento com o fato de sentirem-se sobrecarregadas por demandas especificamente direcionadas a elas. Desse modo, essas profissionais solicitavam a revisão da distribuição das atividades entre os profissionais da equipe, principalmente, a revisão do acolhimento.

Assim, com o passar do tempo, muda-se a configuração desse dispositivo. A equipe recebe mais uma psicóloga e inicia-se um novo modelo de acolhimento: às terças-feiras pela manhã, com a fonoaudióloga, e às quartas-feiras, dia antes dedicado integralmente à reunião de equipe passa a ser dividido entre reunião e acolhimento à tarde, em sistema de rodízio (a cada semana, duas profissionais saíam da reunião após o horário de almoço para realizar os acolhimentos). Essa nova ideia, pensada por meio de demandas externas que exigiam maior produtividade do CAPS I, sempre em comparação ao funcionamento dos demais CAPS (CAPS II e CAPS ad) do município, logo é colocada em xeque, uma vez que a equipe expressou a perda que constituía a impossibilidade de uma reunião com todos os técnicos.

Tomo como exemplo a fala de uma das fonoaudiólogas que expressou o quanto havia sentido falta de realmente poder discutir os casos com toda a equipe reunida. Naquele momento, a profissional deu foco ao acolhimento, ao afirmar: por mais experiência que se

tenha, não acredito ser possível decidir o Plano Terapêutico Singular (PTS) de um sujeito sozinho. Ela ainda exemplificou que, em certo atendimento feito por ela mesma, não “viu nada no menino”, mas, a partir da discussão em equipe, toda a sua perspectiva mudou. A profissionalalteceu com orgulho a conduta em equipe: “esse menino é nosso”.

A partir de então, começou-se a pensar configurações para o acolhimento que não priorizassem simplesmente o melhor dia e horário, mas o profissional que mais se encaixasse naquela função. A priorização da qualidade dos acolhimentos também entrou em pauta nas reuniões. Havia o sentimento de esgotamento de uma equipe que se sentia, por vezes, desamparada pela rede para lidar simultaneamente com muitas questões. Inúmeras foram as mudanças empreendidas nas atividades dos técnicos com o intuito de melhorar a qualidade do serviço prestado à comunidade. Assim, a partir do acolhimento, que poderia ser realizado por qualquer um dos técnicos de saúde de nível superior, o caso era discutido nas reuniões de equipe, que ocorriam uma vez na semana com a presença de todos, até mesmo com a dos profissionais de nível médio, com as seguintes exceções: de um agente de portaria de prontidão, de uma pessoa na recepção e de outra na farmácia, que se revezavam para participar da reunião.

Após a discussão do caso na reunião clínica, decidia-se em conjunto se o caso encaixava-se no chamado “perfil CAPS” e, a partir daí, resolvia-se também o encaminhamento. Muitas vezes, a equipe preferia marcar um segundo momento de acolhimento para melhor avaliar o perfil do paciente, situação em que normalmente a entrevista era feita por um segundo profissional, com o objetivo de obter-se uma visão complementar sobre o caso. Nos casos em que o sujeito apresentava um perfil condizente com o atendido no serviço, estabelecia-se o Plano Terapêutico Singular (PTS). Desse modo, o sujeito era inserido em alguma terapia individual, em um grupo terapêutico, e encaminhado, quando necessário, ao médico psiquiatra para avaliação e tratamento medicamentoso. Como a demanda no CAPS i estudado era muito grande, por vezes não era possível a integração imediata do usuário às atividades e este passava a aguardar na fila de espera. O tempo de duração dessa espera variava muito de acordo com a demanda sazonal do serviço e com o caso em questão, não sendo possível estimar aqui um tempo preciso.

Determinadas situações eram tratadas com prioridade. Buscava-se o início imediato do tratamento de: tentativas de suicídio, automutilação, surto psicótico e sinais de autismo em crianças até os três anos de idade. Casos com essas características levavam a equipe a um

grande esforço para não haver espera pelo tratamento, em quase todas essas situações a integração do usuário ao serviço ocorria de imediato. Por sua vez, as situações em que se decidia a ausência de característica para atendimento no CAPS eram encaminhadas ao serviço de competência. Esse encaminhamento era feito da seguinte forma: aos responsáveis eram dadas as explicações necessárias quanto à avaliação do caso da criança/adolescente e quanto ao serviço que poderiam procurar para receber auxílio, o funcionamento do serviço indicado e a razão pela qual esse serviço seria o mais apropriado. Além das orientações verbais, normalmente, entregava-se um documento ao responsável para ser apresentado no serviço referendado da rede, com a explicação do motivo do encaminhamento.

Após o acolhimento dos pacientes e a entrada destes no serviço, a permanência era marcada por terapias individuais, terapias de grupo, atividades externas/sazonais e consultas com o psiquiatra, que consistiam nas principais atividades regulares do usuário, constituintes de seu PTS. A maioria dos usuários comparecia ao serviço uma ou duas vezes durante a semana, além de comparecer às consultas psiquiátricas. A frequência das consultas psiquiátricas variava de acordo com a necessidade de cada sujeito, podendo o retorno ser marcado a cada duas semanas, a cada mês ou até a cada três meses, quando o usuário já se mostrava mais estável. Da mesma forma, se houvesse intercorrência, a consulta poderia ser adiantada. Sempre existia espaço na agenda para as marcações “extra”, sejam de usuários novos que tinham urgência na avaliação psiquiátrica e no uso de medicação ou de usuários antigos que apresentavam intercorrência clínica ou reação adversa à medicação.

As terapias em grupo – preconizadas pelo serviço por trabalharem a integração social, além das demandas individuais de cada sujeito – eram recomendadas na maior parte dos casos. Os grupos eram formados de acordo com os objetivos terapêuticos, observando idade/diagnóstico/amadurecimento psicológico do sujeito no momento de sua inclusão em um grupo. Assim, a subjetividade do usuário era levada em conta e respeitada no momento do planejamento do PTS, observada a evolução de cada sujeito nas terapias inicialmente planejadas. O PTS era constantemente revisto de acordo com as necessidades. Os grupos, em geral, utilizavam diferentes recursos para promover a livre expressão, o apoio mútuo, a socialização/integração e a autonomia dos usuários. As terapias individuais, no entanto, eram utilizadas quando o sujeito precisava trabalhar questões específicas de sua subjetividade em um espaço individual ou quando o sujeito não aderiu às terapias em grupo. Elas possuíam objetivos peculiares a cada caso.

Importante ressaltar que as terapias em grupo e individuais eram realizadas por todos os profissionais de saúde do CAPS, pois buscava-se não fazer distinção entre as formações de cada um. Apesar dessa postura da equipe, era frequente a solicitação dos familiares para acompanhamento do usuário por um profissional específico, principalmente da psicologia, psicopedagogia e fonoaudiologia. A equipe sempre buscava manejar tais situações, afirmando à família que, mesmo com formações diferentes, todos os profissionais do serviço atuavam como profissionais da equipe de saúde e o PTS era discutido e planejado nas reuniões de equipe.

Assim, o CAPS não era um espaço para terapias especializadas individuais, como uma psicoterapia ou uma terapia fonoaudiológica. Toda a equipe era responsável pelos usuários. Era frequente até que o sujeito participasse de terapias com diferentes profissionais no curso de seu tratamento. Apesar disso, respeitavam-se os limites particulares de cada profissional, levando-se em conta as capacitações oferecidas pela formação de cada um deles. Assim, havia profissionais que não atendiam casos de deficiência intelectual, psicose, autismo, entre outros. Esses limites eram traçados em acordo pela equipe durante as reuniões, respeitando-se os interesses/habilidades particulares de cada profissional.

Com o intuito de estimular a integração social e o exercício da cidadania do usuário, eram realizadas também atividades externas ao ambiente do CAPS. O serviço em questão promoveu em determinados momentos: idas ao cinema, festas de comemorações fora da unidade, idas à praia, idas ao parque infantil e excursões ao aeroporto, com o apoio de determinada empresa de aviação. As atividades foram ofertadas sem custo financeiro para os responsáveis, no entanto, o local diferente do usual mostrou-se como um impeditivo para a aderência de certas famílias, tanto por questões de ordem prática (transporte, duração da atividade etc.) quanto por preocupações/medos gerados pela nova atividade, tais como: a preocupação com a reação das outras pessoas presentes diante do comportamento dos usuários, pois não acreditavam que seu familiar tivesse condições de frequentar algumas atividades (permanecer em silêncio e sentado durante a exibição de um filme, por exemplo); e ademonstração de dificuldades em relação a algumas atividades (como o medo de levar a criança/adolescente à praia, declarando que ela/ele não gostava daquele tipo de passeio). Esses impasses eram trabalhados pela equipe, que buscava sempre afirmar para os responsáveis que aquelas atividades não eram meramente recreativas, mas que possuíam um objetivo terapêutico assim como as atividades promovidas dentro do serviço.

Ocorriam também atividades extraordinárias dentro da própria unidade, dentre as possibilidades ofertadas pela estrutura física. Datas comemorativas como Natal, Dia das Crianças, São João, Carnaval e Páscoa eram sempre marcadas com atividades que promoviam a socialização. Buscava-se garantir os direitos de todos os sujeitos, pensando-os capazes e detentores do direito de comemorar o Natal como qualquer outra pessoa. Essas ações eram muito valorizadas pela equipe. O objetivo era romper preconceitos e estereótipos que limitavam os sujeitos em sua vida cotidiana, como por exemplo, a situação da mãe que acreditava que, por conta da agitação extrema do filho, ele não estaria seguro em uma praia. Era necessário considerar a delicada situação socioeconômica vivenciada por grande parte das famílias assistidas na unidade, que vinham de realidades em que não havia dinheiro para comprar um presente de Natal ou para realizar uma comemoração familiar como é costume em nossa cultura. Essa situação acabava por reforçar a exclusão dos sujeitos das vivências corriqueiras de nossa sociedade.

Dessa forma, a equipe do CAPS i realizava grande esforço para oferecer diferentes oportunidades de socialização, aprendizado e pertencimento aos usuários, mesmo que determinadas atividades não fizessem parte das rotinas obrigatórias do serviço ou do PTS. Assim, especialmente em datas festivas, as festas e comemorações sempre entravam na pauta das reuniões de equipe. Toda a equipe se envolvia na programação do evento e em atividades como a arrecadação de presentes para as crianças e a busca por apoio externo da comunidade ou da iniciativa privada. Embora essas comemorações fossem sempre pensadas para os usuários, também eram consideradas como um momento de integração com a família e de troca entre a família e os profissionais, de forma que os familiares sempre eram incluídos nas atividades durante o seu planejamento.

Também promoviam-se atividades extraordinárias especificamente voltadas para os familiares, como grupos voltados para os cuidadores, assembleias e atividades socioeducativas, sempre com o objetivo de reforçar os vínculos do serviço com a família e de acolhê-la no cuidado com os usuários. Importante destacar que, por se tratar de um serviço para o público infanto-juvenil, o acolhimento era feito com o responsável pelo usuário, podendo a criança/adolescente estar presente ou não, de acordo com o/a caso/idade do sujeito.

À vista disso, no CAPS i, todo acolhimento é sempre pensado de forma a abarcar a família, que deve ter protagonismo no tratamento dos usuários, pois são os familiares que cuidam, convivem e educam a/o criança/adolescente. A partir do acolhimento inicial, as

atividades com a família eram planejadas de acordo com as demandas apresentadas, que iam desde a necessidade de suporte emocional até a de auxílio para lidar com as questões do sujeito, considerando-se a necessidade de intervenções baseadas na psicoeducação.<sup>1</sup>

Não foi objetivo de minha pesquisa coletar dados sociodemográficos dos usuários atendidos no CAPS i. A partir das minhas observações e interações ao longo de aproximadamente 14 meses, foi possível vislumbrar que cerca de 300 famílias eram assistidas nesse serviço (informação verbal)<sup>2</sup>. Quanto ao número apresentado, vale ressaltar quem todos os usuários estavam em tratamento semi-intensivo ou intensivo, havia uma quantidade que, por diversos motivos, os quais não são relevantes neste momento, realizava apenas acompanhamento psiquiátrico na unidade. Além disso, resalto que, conforme preconizado nas diretrizes do Ministério da Saúde, a farmácia do CAPS i funcionava com portas abertas para todos que tinham receita, emitida pelo SUS, de medicamentos psiquiátricos fornecidos pelo serviço. Isso significa que algumas pessoas buscavam sua medicação no CAPS i, mas não eram usuários do serviço.

Muitas foram as vivências, as descobertas e os aprendizados nessa minha passagem pelo CAPS. Pude, além de aprender, contribuir com a comunidade e com a equipe que tão bem recebeu-me. Para além da coleta de dados e interlocuções com a teoria estudada durante o mestrado, foi possível conhecer de perto a realidade da população e do sistema de saúde do município, enriquecendo não só a escrita da dissertação, mas também a minha formação profissional como um todo.

## **2.2 O caso Vanelope<sup>3</sup>**

Vanelope, nome fictício, estava em tratamento no CAPS i há mais de um ano, acompanhada pela técnica de enfermagem e estagiária de Fonoaudiologia. Quando essa profissional precisou sair do serviço por motivos de mudança de domicílio, o caso Vanelope foi levado às reuniões para que houvesse uma decisão sobre seu encaminhamento dentro do CAPS. Assim, passei a acompanhar as discussões clínicas sobre o caso nas reuniões da equipe e, posteriormente, a assistir às sessões de terapia individual com a psicóloga do CAPS i.

---

<sup>1</sup>O termo psicoeducação é definido por Lemes e Ondere Neto (2017, p. 17) como “uma técnica que relaciona os instrumentos psicológicos e pedagógicos com objetivo de ensinar o paciente e os cuidadores sobre a patologia física e/ou psíquica, bem como sobre seu tratamento. Assim, é possível desenvolver um trabalho de prevenção e de conscientização em saúde.”

<sup>2</sup> Informação fornecida pela Coordenação do CAPS, referente a estimativas para o ano de 2019.

<sup>3</sup> Nome fictício utilizado como recurso para resguardar a identidade da pessoa. Nesse sentido, todos os nomes próprios presentes nesta dissertação são fictícios.

Vannelope é uma menina que na época tinha apenas cinco anos de idade e apresentava o diagnóstico de autismo. Sua mãe havia procurado o CAPS já com a suspeita, levantada por ela mesma, diante dos atrasos desenvolvimentais da filha, em especial, o fato da menina ter “parado de falar”. Como acontece em alguns casos de autismo, Vannelope começou a enunciar suas primeiras palavras, mas, após certo tempo, deixou de falar quase totalmente, principalmente em interações sociais que eram extremamente empobrecidas. Por conta da extrema dificuldade de interagir com outras crianças, que se manifestava por meio de uma recusa e, por vezes, de explosões emocionais de irritação e ansiedade, Vannelope realizava apenas o acompanhamento individual com a estagiária de fonoaudiologia, além do acompanhamento psiquiátrico e medicamentoso, uma vez que sua inserção em grupos não se mostrou proveitosa.

Na reunião de equipe, a técnica que acompanhou Vannelope em seu primeiro momento no serviço mostrou preocupação com a condução do caso, porque, segundo ela, Vannelope teve dificuldade para se vincular à profissional, resistindo até mesmo durante muito tempo, a entrar para a sessão sem a mãe. No momento que antecedeu sua saída do CAPS, a profissional teve alguns avanços com Vannelope, principalmente, concernentes à estimulação da linguagem, embora relatasse que a menina apresentava uma exagerada labilidade afetiva, mesmo considerando sua pouca idade, caracterizada por choros, gritos e recusas de contato com a profissional e de execução de atividades.

Em discussão sobre o caso, os técnicos concordaram que Vannelope não deveria interromper seu tratamento e, apesar das agendas dos profissionais estarem cheias, uma das psicólogas decidiu assumir imediatamente o caso. A técnica que antes atendeu Vannelope explicou, em sessão com Vannelope e a mãe, sobre sua saída do serviço e a continuidade do tratamento com a psicóloga. A profissional que se tornou responsável pelo caso agendou um novo acolhimento com a mãe de Vannelope para conhecer sua história de vida, seu desenvolvimento e as demandas que a família direcionava ao CAPS.

Como é comum na realidade social das famílias assistidas pelo CAPS, a mãe de Vannelope chegou para a primeira sessão com a psicóloga acompanhada de Vannelope e de seu irmão mais velho, de sete anos. Já na recepção, as crianças mostraram-se bastante agitadas, causando certa desorganização no ambiente. Assim, foi necessário que ambos entrassem com a mãe no consultório. Logo ao entrar no ambiente, Vannelope mostrou-se frustrada e esquivada por não estar no consultório em que habitualmente era atendida. A mãe



pontuou que a permanência da sala era algo essencial para a organização psíquica de Vannelope e que, nas poucas vezes em que a terapeuta anterior tivera que atendê-la em outra sala, Vannelope não conseguiu concentrar-se na terapia, demonstrando grande angústia. A psicóloga se apresentou à família, estabelecendo um rápido vínculo com as crianças, em especial, com Vannelope, a quem explicou o motivo do atendimento em uma sala diferente naquele dia: a disponibilidade de salas. No entanto, prometeu a Vannelope que tentaria atendê-la em outro dia na sala que ela gostava. Em seguida, buscou apresentar-lhe a nova sala e seus recursos. A profissional direcionou as duas crianças, a fim de que brincassem com os brinquedos do consultório, enquanto ela conversava com a mãe. Além disso, como de costume, nas sessões em que a pesquisadora se fazia presente, a técnica apresentou também a mim e pediu autorização à mãe para que eu participasse da sessão. A mãe, como sempre ocorria, consentiu de maneira tranquila.

A sessão foi iniciada. As crianças sentaram-se sobre o tapete emborrachado, com os brinquedos, e eu, a psicóloga e a mãe, à mesa. A técnica iniciou o acolhimento da maneira habitual: “Sim, mãe, me conte desde o começo, porque buscou o acompanhamento para Vannelope no CAPS?”. A mãe iniciou seu relato contando que ela percebia algo diferente no comportamento e no desenvolvimento da filha desde que esta ainda era um bebê, principalmente, ao comparar a sua experiência de maternidade com seu primeiro filho. Percebia Vannelope como uma criança extremamente chorosa quando irritada, o que acontecia com frequência, pois apresentava um baixo limiar de tolerância à frustração, enquanto, em contraponto, não chorava ou demonstrava tristeza em situações em que isso era esperado, como por exemplo, ao machucar-se, relatando a mãe que a menina parecia nunca sentir dor. Além disso, Vannelope tinha uma socialização prejudicada, tanto entre seus pares, pois não se interessava por interações com outras crianças, nem mesmo com seu irmão, quanto na relação com os pais.

A mãe expressou que sentia como “indiferente” a atitude da filha com ela, pois Vannelope não costumava buscar seu olhar e raramente correspondia as suas tentativas de comunicação, pouco respondia ao chamado de seu nome. Mas, principalmente, o que muito angustiava essa mãe eram as dificuldades de comunicação com a filha por meio da linguagem. Ela relatou que, com o acompanhamento da técnica anterior, Vannelope obteve importantes ganhos na área da socialização, em especial, no ambiente escolar, uma vez que sua entrada na escola havia sido marcada por muitas dificuldades. Vannelope recusava-se a ficar em sala, não obedecia aos comandos da professora, não brincava/interagia com os colegas e mostrava-

se extremamente irritada e chorosa. Havia a constante necessidade de a mãe ir buscá-la mais cedo e participar de reuniões com a equipe pedagógica. Nesse sentido, a mãe relatou que naquele momento Vannelope sustentava a permanência na escola e tinha até certa amizade com dois colegas de classe.

No entanto, quando a psicóloga investigou o cotidiano escolar de Vannelope, a mãe trouxe que as queixas por parte da professora e da coordenação ainda eram constantes, relatando principalmente a agitação da menina, a dificuldade em atender a comandos e solicitações, como concentrar-se nas atividades propostas, mesmo as lúdicas, e os constantes conflitos com os colegas. Ao passo que a mãe trazia essas pontuações por parte da escola, não se mostrava impactada por elas, naturalizando o comportamento desorganizado/desorganizador da filha e frisando sempre a preocupação em relação à fala da menina, que ainda se mostrava rara e ininteligível.

Enquanto acontecia a entrevista de acolhimento com a mãe, ambas as crianças brincavam de maneira barulhenta e desorganizada, na iminência de causarem danos ao/aos consultório/objetos e a eles próprios, de forma que se tornou difícil escutar a fala da mãe, tanto pelo barulho quanto pela preocupação com as atitudes das crianças.

Importante frisar que a desorganização demonstrada por Vannelope provavelmente tinha relação com o ambiente diferente, mas, após a reação inicial, ela não mais demonstrou de maneira clara algum incômodo com o local ou realizou tentativas de sair dali. A psicóloga, ainda no acolhimento com a mãe, passou também a desdobrar-se para intervir na situação com as crianças, buscando delimitar regras a respeito do uso dos brinquedos e da manutenção da ordem. Apesar da gritante desarmonia no ambiente, a mãe permaneceu inabalada, em nenhum momento interveio na situação com os filhos ou esboçou reação diante da cena. As intervenções da psicóloga não surtiram efeito e a situação permaneceu a mesma, até que, com peças de inúmeros jogos e brinquedos derramadas no chão, misturadas e jogadas de um lado para o outro, a psicóloga acabou por retirar-se da mesa e sentar-se no chão, buscando organizar as crianças enquanto continuava a conversa com a mãe, que permaneceu sentada em sua cadeira.

Próximo ao final do atendimento tumultuado, em que a mãe narrava o desenvolvimento da filha, os avanços já conquistados e as interações familiares, a psicóloga perguntou à mãe: “Hoje, qual sua maior preocupação com Vannelope? O que você pensa que ela ainda precisa conquistar?”. A mãe prontamente limitou-se a responder: “Minha

preocupação é que ela não fala”. O atendimento encerrou-se com uma grande bagunça na sala, uma vez que as crianças não atenderam à solicitação de arrumação.

Como era rotina do CAPS, o caso foi discutido na reunião de equipe posterior ao atendimento, uma vez que, embora Vannelope já fosse usuária do serviço, houve um novo acolhimento realizado por uma profissional diferente. Na reunião, a técnica destacou o comportamento despreocupado da mãe, que parecia encarar com naturalidade o comportamento dos filhos, ao passo que a desorganização, imaturidade e agitação de ambas as crianças captavam sua atenção, a ponto de dificultarem sua escuta. A psicóloga também destacou o discurso da mãe ao comparar Vannelope com o irmão. A mãe afirmava: “este é normal”.

No acolhimento, para além da angústia em relação ao diagnóstico de Vannelope, que lhe parecia conferir o lugar de “criança-problema”, requisitando todas as atenções da família, emergiu a pouca atenção dada às atitudes do filho mais velho que, durante a sessão, apresentou comportamentos bastante parecidos com os de Vannelope. Assim, mostrou-se claro que a “bagunça” promovida durante o atendimento não fora criada apenas por Vannelope, mas pela interação entre os irmãos, o que, no entanto, passou despercebido pela mãe, tanto em relação ao comportamento apresentado na frente das profissionais, quanto em seu discurso acerca do contexto familiar, em que o menino aparecia como o filho idealizado, em oposição ao lugar relegado a Vannelope de filha problemática.

Não só a psicóloga, como os outros profissionais da equipe, que já tinham ciência do caso, a partir das discussões promovidas pela técnica de referência anterior, compartilhavam a opinião de que o irmão de Vannelope também demonstrava dificuldades no desenvolvimento e que poderia até ser acolhido no CAPS. No entanto, essa possibilidade permaneceu apenas nas discussões clínicas, uma vez que não existia demanda familiar em relação a esse filho. Além disso, a psicóloga salientou que a demanda materna estava atrelada ao fato de Vannelope não falar e esse precisaria ser o foco de sua terapia, muito embora a equipe percebesse outras questões a serem trabalhadas, tão importantes quanto a questão da linguagem. A partir da discussão em equipe, pensou-se um Plano Terapêutico para Vannelope, em que se pudesse valorizar (ou talvez propiciar) a emergência de sua posição de sujeito, trabalhando suas questões de maneira mais ampla, em vez de uma terapia puramente fonológica como a mãe sugeria.

A partir da reorganização do trabalho terapêutico de Vannelope (faz-se notar que o par desorganização/organização permeia todo o caso, tanto do lado da equipe quanto do lado de Vannelope), foi possível um giro discursivo no laço social que a equipe constituía com a garota e sua mãe. Por meio do novo acolhimento, a equipe saiu da posição inicial que remete ao discurso do universitário, alicerçado no discurso da ciência, em que o Saber está no lugar de agente do discurso que se dirige a Vannelope. O Saber em questão é advindo do diagnóstico atribuído a Vannelope pela psiquiatria e do conjunto de falas que a mãe, encarnando o Outro parental nessa estrutura, atribui como verdade sobre o sujeito em questão, que ficava, assim, no lugar de objeto desse Outro. Diante desse panorama, observei que o Saber (S<sub>2</sub>) emitido pela mãe tinha efeito alienante: “Ela não fala”.

Na sua segunda sessão com a nova profissional, encerrado o momento de entrevista com a mãe, Vannelope surpreendeu com um comportamento mais autônomo, aceitando prontamente o ato de entrar para a consulta sem a mãe. Além disso, ela não apresentou resistência ao consultório que, por motivo de disponibilidade de sala, era o mesmo da sessão anterior. A psicóloga deixou Vannelope livre para escolher um brinquedo que interessasse à menina. Vannelope escolheu um conjunto de blocos de montar, o qual apresentava um desafio para trabalhar sua capacidade de concentração e organização.

Sem falar, Vannelope comunicava-se da maneira que lhe era própria, enquanto a psicóloga narrava o jogo e dava sentido às ações e expressões de Vannelope, em intervenções que buscavam atribuir a marca da linguagem. O jogo das duas consistia na construção de uma torre, com avanços e recuos próprios do comportamento de Vannelope que, em muitos momentos, desfazia o construído, lançava os blocos ao ar e espalhava-os para, em seguida, retomar a construção em um movimento bastante simbólico do seu processo terapêutico marcado por ganhos e retrocessos contínuos. Quando chegou ao final da sessão, a psicóloga introduziu a ideia de arrumar os brinquedos para encerrar o atendimento. Então, Vannelope derrubou toda a torre com um movimento brusco e o ato veio acompanhado de uma clara (e cara) constatação: “Derrubou!”, ecoada pela psicóloga em tom prosódico.

O momento do novo acolhimento possibilitou à equipe reler e capturar as discrepâncias entre o discurso da mãe sobre Vannelope (que tinha o peso de um saber constituído através da autoridade médica e de sua posição de conhecimento sobre a filha, seu objeto) e os significantes que a própria Vannelope trouxera ao atendimento, com seus atos,

expressões e, na segunda sessão, com um dito certo que contrariaria o saber constituído sobre ela e o lugar que lhe era imposto de criança-problema/criança-que-não-fala.

Assim, foi possível para a equipe fazer um giro discursivo em direção ao discurso da histórica, trabalhado a partir da falta, dos questionamentos em relação ao que sabia e ao que não sabia sobre Vanelope e sobre os significantes próprios produzidos pela menina, podendo, assim, produzir novos saberes sobre o caso, que propiciariam uma aposta na condição de sujeito. Essa aposta, por sua vez, pôde conduzir a um terceiro momento em que a equipe (aqui representada pela figura da psicóloga, nova terapeuta de Vanelope) assumiu, por fim, um discurso do analista, fazendo semblante de objeto para permitir ao sujeito advir, produzir novos significantes nas sessões de terapia, em que as intervenções, pontuações e ditos da psicóloga realçavam a posição de Vanelope enquanto sujeito de linguagem, atravessado por significantes e capaz, sim, de comunicar-se verbalmente de maneira assertiva.

No entanto, como em todo processo terapêutico, inevitavelmente haverá, como nos demonstra o discurso do analista, um saber inalcançável, uma vez que, segundo Lacan (1972-1973/1985), a partir da linguagem, a verdade nunca pode ser dita toda e, por isso, no discurso do analista, o saber no lugar da verdade aponta para a disjunção entre este par (saber/verdade), a partir do qual o saber sobre o inconsciente nunca poderá ser absoluto. Assim, o analista, operando a partir da função causa de desejo, leva o sujeito a uma produção significativa que nunca cessa e sempre está a deslizar na cadeia.

O caso Vanelope foi escolhido para ilustrar o funcionamento da clínica do acolhimento no CAPS i estudado por tratar-se de um caso que exigiu da equipe repensar o planejamento terapêutico da garota a partir da reflexão sobre a queixa, da demanda que vem do Outro parental e do fazer do técnico frente a estas, pois traz a importância de direcionar o percurso do sujeito no serviço a partir do que este apresenta de singular e próprio e aponta para o descolamento entre esse sujeito em processo de constituição e o desejo do Outro.

No momento em que ocorreu uma ruptura no processo terapêutico de Vanelope por conta de questões logísticas da equipe (a saída de uma das técnicas do serviço), houve a necessidade de um retorno ao momento primordial do acolhimento com ela, ainda que a menina estivesse no serviço há um considerável período de tempo. A partir dessas rupturas e retornos, o caso Vanelope pôde ganhar novo direcionamento, uma vez que as novas discussões clínicas levaram a giros discursivos nos laços constituídos entre equipe, usuária e familiares. As transições na posição da equipe frente aos discursos mostraram-se valiosas

tanto para a evolução clínica de Vanelope quanto para o trabalho da equipe, convocando os técnicos a saírem de um lugar estagnado frente ao caso no momento em que um furo apresentava-se no saber da equipe.

### 3 O SINTOMA DA CRIANÇA NA PSICANÁLISE

Para falar sobre a particularidade do sintoma na criança, tomado por Lacan como representante da verdade do casal parental, traçarei, antes, um percurso pela conceituação de sintoma na psicanálise freudo-lacanianiana. O sintoma pode ser considerado um dos conceitos-chave da teoria psicanalítica, uma vez que se encontra na origem da pesquisa analítica, ancorando as primeiras teorizações de Freud, que se viu interrogado pelos sintomas das histéricas que não podiam ser compreendidos pelo discurso médico, convocando-o, assim, a pensar uma nova abordagem sobre o sintoma. Dessa forma, início este capítulo com referências a textos clássicos de Freud sobre a formação do sintoma e sua relação com a angústia. Sintoma e angústia são conceitos que guardam estreita relação tanto na teoria como na prática, como veremos no estudo do caso Bruce, o qual será apresentado neste capítulo da dissertação.

Em seu clássico texto “Inibições, sintomas e ansiedade”<sup>4</sup>, de 1926, Freud diferencia e relaciona esses três conceitos. Primeiramente, ele nos traz que, em alguns casos, há inibições, mas não há sintomas, considerando que as primeiras se relacionam com a restrição de uma função do ego, por exemplo, a função sexual, a de locomoção, a da alimentação etc., não obrigatoriamente patológica, enquanto o sintoma necessita ser patológico para ser considerado como tal. A inibição está intimamente relacionada com a angústia, como vou chamar aqui, pois, muitas vezes, elas surgem porque aquela determinada função, ao ser desempenhada, evoca a angústia por representar um conflito psíquico entre o ego e o id e, por isso, é abandonada. Enquanto a inibição é uma medida adotada para não entrar em contato com a angústia e, assim, não necessitar utilizar novas defesas repressivas, o sintoma se dá quando isso é inevitável, pois trata-se de “um sinal e um substituto de uma satisfação pulsional que permaneceu em estado jacente; é uma consequência do processo de repressão” (Freud, 1926, p. 122).

Em relação à angústia, Freud explica:

O problema de como surge a ansiedade em relação com a repressão pode não ser simples, mas podemos legitimamente apegar-nos com firmeza à ideia de que o ego é a sede real da ansiedade, e abandonar nosso ponto de vista anterior de que a energia catexial do impulso reprimido é automaticamente transformada em ansiedade. (Freud, 1926, pp. 96-97).

---

<sup>4</sup> Na obra utilizada, Edição Standard, a tradução do alemão foi feita para “ansiedade”. No entanto, aqui, fiz a opção de utilizar o termo “angústia”, como foi traduzido na versão da Cia das Letras, tradução de Paulo César de Souza, diretamente do alemão para o português.

Relacionando sintoma e angústia, Freud esclarece que a angústia é um sintoma da neurose e que o sintoma objetiva evitar a angústia. Ainda nesse texto, Freud adverte que, nas três neuroses (fobias, histeria de conversão e neurose obsessiva), o resultado é a destruição do Complexo de Édipo e a força motora do recalque parece ser a angústia da castração. Exemplificando com o sintoma fóbico, Freud (1926) traz que o ego, ao reconhecer a ameaça de castração, emite o sinal de desprazer (ansiedade).

“O sintoma da criança se acha em condição de responder ao que existe de sintomático na estrutura familiar.”, afirma Lacan (1969/2003, p. 369) em “Nota sobre a criança”, ao considerar a necessidade das funções materna e paterna, cada uma com seu próprio “interesse particularizado”, ainda que com faltas, e da “Lei no desejo”, respectivamente, para a constituição psíquica do sujeito. Pacheco (2012) destaca o fato de Lacan apontar para a marca das faltas maternas em interesses particularizados, o que faz laço obrigatoriamente com o desejo dessa mãe. O desejo do pai também está presente, porém, orientado pela Lei, símbolo dessa instância. Vieira (2005), em “Nota sobre a criança, de Jacques Lacan: uma leitura”, destaca a definição lacaniana de sintoma como representante da verdade para desenvolver que a verdade sempre será tomada como meio-dita para Lacan, pois entende que a criança porta a verdade de algo do casal que faz sintoma, porém não pode revelá-la completamente. Para Vieira (2005), o núcleo mais próximo da verdade, a respeito do qual se faz uma relação a dois, é a parte recalçada, o não-dito. É em torno dessa verdade inconsciente que a análise irá girar, daí o sintoma como “dado fundamental da experiência analítica” (Lacan, 1969/2003, p. 369).

Para Lacan (1969/2003), o sintoma que traz à tona a verdade do casal parental é mais acessível ao analista, embora complexo. Mas quando o sintoma da criança advém da fantasia materna, as intervenções tornam-se mais limitadas. Nesses casos, a função paterna não opera para barrar o desejo da mãe e cortar a alienação inicial da célula narcísica, por isso a criança fica exposta e capturada a toda fantasia materna, impossibilitada de tornar-se sujeito, de passar ao segundo tempo da constituição psíquica que é a separação, ficando na condição de objeto, objeto *a*. “Ela se torna o ‘objeto’ da mãe e não mais tem outra função senão a de revelar a verdade desse objeto.” (Lacan, 1969/2003, p. 369).

Vieira (2005) destaca as aspas colocadas por Lacan em “objeto”. Afinal, um ser que é só objeto não é nada, não se separou da mãe, é um pedaço dela. Mas sempre há alguma separação entre a criança e a mãe, ou não haveria vida. Mesmo que essa separação não seja



mediada pela função paterna como idealizada, haverá, no mínimo, algum trabalho da criança para separar-se ou a possibilidade da linguagem estaria descartada. Ou seja, quando a criança apresenta um sintoma, posso dizer que há um sintoma no laço familiar e que ela tenta dar, na relação dual com a mãe, no real, o objeto: o falo, em busca de completá-la, satisfazê-la por completo, supri-la da falta.

Vieira (2005) apresenta uma leitura atenta deste clássico lacaniano “duas notas sobre a criança”, enfatizando o brilhantismo de Lacan ao contextualizar o sintoma da criança em sua relação com a função da família. O autor faz uma separação entre duas posições ocupadas pelo sintoma da criança. Segundo ele, existe uma diferença clínica entre dizer que a criança ocupa o lugar de sintoma do casal com seu corpo e pensar que o sintoma da criança ocupa esse lugar. A partir desse ponto ele discorre que, quando a criança ocupa esse lugar com seu corpo, ela fica muito mais presa, não conseguindo se libertar facilmente. Nos casos em que não há a mediação da função paterna, a situação pode ser ainda pior, ficando a criança capturada na fantasia materna e destinada a encená-la como sintoma. Quanto à fantasia inconsciente, a mãe não percebe que há algo dela naquilo que a criança apresenta como sintoma, na verdade, posicionando-se com horror.

Vieira (2005) situa o que Lacan colocou como irredutibilidade da transmissão da família conjugal, tomando a família como transmissora de algo irredutível a todo ser humano: a constituição subjetiva. Assim, a família não necessita obrigatoriamente estar enquadrada no molde pai-mãe-filho, assim como não se trata da família provedora ou daquela que satisfaz as necessidades. Essa irredutibilidade da constituição subjetiva do humano se refere ao que Lacan (2003) denominou desejo não anônimo e interesse particularizado, marcas da função materna na família.

Pacheco (2012, p. 117), em seu próprio comentário sobre a nota, aponta que “Pode-se eliminar a família burguesa tradicional, mas há algo irredutível na estrutura familiar humana”. Para o autor citado, há três elementos na estrutura da transmissão familiar: quem transmite, quem recebe e o que é transmitido (o desejo não anônimo). Vieira (2005, p. 4) define o interesse particularizado quando a mãe “se interessa por alguma coisa que aquela criança tem. Se interessa em favorecer, em fazer acontecer, se interessa em criar alguma coisa que aquela criança tem.”. Ou seja, a função materna pode ser entendida por cuidados que mostram um interesse que aponta para uma particularidade da criança.

O papel paterno, por seu turno, falho nos casos em que o sintoma da criança encontra-se na relação fantasística com a mãe, é definido a partir da encarnação da lei no desejo. Em Vieira (2005), entendo que a função paterna é a responsável por colocar o limite no desejo materno, mas ela vai além disso, trata-se também de nomear. É por isso que Lacan marcou tão bem essa função, como do campo simbólico: o Nome-do-Pai tem representação para além da interdição por uma presença física. Assim, a função paterna também trata-sede ocupação de lugar. O nome é o lugar e garante que alguém o ocupa e que o desejo da mãe pela criança será barrado. Sobre isso, Vieira (2005, p. 6) diz: “se não houver um sobrenome para fazer essa função, a tendência é uma misturinha entre mãe e criança”. Essa “misturinha” refere-se aos casos nos quais a criança fica alienada ao desejo materno e sobre os quais Lacan (2003) alerta que a intervenção analítica se torna mais difícil.

Nos termos de Soler (1994), há a necessidade de o analista posicionar-se como Outro parental para que a operação de separação seja possível, para que a criança saia da condição em que chegou à análise: de criança-objeto. Segundo Vieira (2005), a família é necessária como elemento de constituição subjetiva, os papéis do pai e da mãe são julgados a partir de sua efetividade em produzir sujeitos. Pacheco (2012) frisa ainda que a criança poderá passar à condição de sujeito ao receber o desejo não anônimo. Essas considerações remetem aos casos descritos por Soler (1994) como “criança-objeto”, situação em que o sujeito não apareceu no real, lembrando que, na psicanálise, “o sujeito não está dado de saída” (Soler, 1994, p. 2). Considerando que todo bebê nasce objeto de sua mãe, cabe à psicanálise de crianças sempre questionar o estado de efetuação da estrutura apresentado pela criança que vem à análise.

No caso do Pequeno Hans, uma modificação na estrutura da cena familiar, da representação do mundo, desorganizou esse sujeito em constituição, pois trouxe um ponto de real: o gozo do Outro precisa ser renunciado em prol do gozo fálico. Nesse panorama, o sintoma surge, muitas vezes, como “o que há de mais real no sujeito”, aforismo lacaniano que aponta para a condição estruturante do sintoma e, ao mesmo tempo, para a angústia proveniente da invasão do Real no Simbólico, da qual advém o sintoma. Assim, pode-se pensar o sintoma como uma solução, um arranjo, na medida em que substitui, por um significante, o objeto da angústia não localizável, puro e avassalador.

Ao trabalhar o caso Hans, Lacan (1957) alerta para a fobia, pois não se trata de seu objeto, nesse caso, o cavalo vai muito além do que é o próprio cavalo. A partir da fobia, emergem as implicações significantes e o significante “irá servir de suporte para toda a série

de transferências, isto é, para o remanejamento do significado segundo todas as permutações possíveis do significante”(p. 312). Lacan ainda destaca que o sintoma fóbico, com sua natureza fóbica, não é menos constituinte, na medida em que, através dele

o pequeno Hans faz o que vou chamar de sucessivos ensaios de aplicar a seu mundo o sistema significativo coerente com o cavalo a fim de reestruturá-lo, e o cavalo se vê, durante essas tentativas, recobrando, em tal momento, tal elemento componente principal de seu mundo, nomeadamente, seu pai, sua mãe, ele mesmo, a pequena Anna, sua irmãzinha, suas coleguinhas, as filhas fantasísticas e muitas outras coisas.(Lacan, 1957, p. 313).

A constituição psíquica do sujeito e, conseqüentemente, a formação de sintomas, está entrelaçada com a demanda, o desejo e o lugar que o sujeito ocupa para o Outro. A partir do aforismo lacaniano “O desejo do sujeito é o desejo do Outro”, é franqueado depreender que a criança necessita do engodo da completude, em que ela é o objeto de desejo do Outro e, em contrapartida, aquele que ocupa a função de Outro primordial precisa também erogeneizar esse bebê, tomá-lo como seu objeto de amor e satisfação narcísica.

Pacheco (2012) aponta que, se realizamos uma psicanálise verdadeira com crianças, tomando-as como sujeitos, torna-se necessário uma reflexão sobre as estruturas clínicas, entendidas como posição do sujeito na linguagem. Para a autora, o sintoma que representa a verdade do casal parental é próprio da estrutura neurótica, sendo a relação dos pais decisiva: “a criança neurótica, portanto, é aquela para quem foi possível entrar em contato com a divisão da mãe, graças à mediação do desejo do pai/homem que a toma como mulher” (Pacheco, 2012, p. 121). Por sua vez, o Pai também só é valorizado enquanto Lei porque tomou essa mãe/mulher como causa de seu desejo. No entanto, o sintoma que revela a verdade do objeto da fantasia materna é associado à estrutura psicótica. Pacheco (2012) traz, mais uma vez, que o diagnóstico diferencial estrutural é pertinente à clínica com crianças, ainda que não haja possibilidade de se trabalhar com a profilaxia, uma vez que constituem formas diferentes do sujeito responder à alienação à linguagem.

Além disso, por meio dessa modalidade diagnóstica, a psicanálise posiciona-se contrariamente às abordagens psiquiátricas que falam de transtornos do desenvolvimento. “O diagnóstico estrutural, ao contrário do psiquiátrico, não é um rótulo, e deve servir tão somente para orientar a direção do tratamento psicanalítico” (Pacheco, 2012, p. 213). A autora destaca também que não é a delimitação da estrutura que define a singularidade do sujeito, ao que Vieira (2005, p. 8) corrobora ao afirmar que: “é muito importante a distinção entre neurose e psicose – e ela se mantém, mas não cabe usar essa distinção para dizer que alguém é psicótico, e com isso colocar um ponto final no caso”. Pacheco (2012) acrescenta ainda que,

no tocante ao sujeito neurótico, sua subjetividade será marcada pela construção de sua fantasia, ou seja, seu modo particular de relacionar-se com o que lhe causa desejo.

Nas diversas referências perpassadas, fica claro que o sintoma da criança sempre traz algo de sua relação com o Outro do inconsciente. Dessa relação podem advir diferentes situações clínicas, porém é necessário ter cuidado para não sobrepor a posição da criança e o discurso dos pais. Assim, quando está em jogo o sintoma da criança, está em causa a relação dela com o meio que a rodeia, tanto na realidade como nos registros lacanianos do *Real*, *Simbólico* e *Imaginário*. A criança é tomada pela psicanálise não como um ser em condição peculiar de desenvolvimento, mas como um ser em vias de constituição subjetiva, construindo sua própria posição frente ao gozo, à linguagem, ao desejo e, claro, construindo sua fantasia para lidar com a falta. Dessa forma, o tratamento psicanalítico não se pauta em categorias nosológicas, privilegiando a escuta do sujeito para trabalhar sobre a rede significantes, ao contrário do viés medicalizante e patologizante que ceifa a subjetividade do sujeito ao reduzi-lo ao domínio médico-organicista para analisar complexos panoramas biopsicossociais.

### **3.1 O caso Bruce**

Bruce, nome fictício, chegou ao CAPS i no dia em que uma das fonoaudiólogas da equipe estava no acolhimento, trazido pela mãe por demanda espontânea. O menino de sete anos permaneceu durante o acolhimento sentado, quieto, semblante entristecido e apenas respondeu monossilabicamente quando diretamente questionado, pouco interagindo com a técnica ou com a mãe. A partir do direcionamento da profissional, a mãe narrou as preocupações com o comportamento do filho que a levaram a buscar o CAPS i. A mãe não relatou impasses no desenvolvimento de Bruce, apenas algumas dificuldades na escolarização, pois ele ainda não estava completamente alfabetizado.

No entanto, ela afirmou que, há alguns meses, o filho começou a retrair-se, a chorar e a apresentar falas de menos-valia, tais como: “ninguém gosta de mim nesta casa”, “as pessoas seriam mais felizes se eu não existisse”, “ninguém vai sentir minha falta se eu morrer”. Além desses ditos, Bruce apresentou por várias vezes, em momentos de extrema angústia, comportamento autoagressivo, buscando facas e tesouras ameaçou cortar-se, momentos em que declarava querer morrer e mostrava-se extremamente agitado, mobilizando os adultos em volta para tentar contê-lo e tirar de sua posse os instrumentos cortantes com os quais ameaçava a própria vida.

A abordagem lacaniana sobre o sintoma da criança, toma que a criança, em vias de constituição subjetiva e emaranhada na fantasia parental, não fala sobre e nem se responsabiliza por seu sintoma sozinha. Por isso, a análise do sintoma da criança será atravessada pelas representações que ela ocupa para os pais. Uma vez que o sujeito não se constitui sozinho, mas em sua relação com o Outro, o sintoma infantil liga-se à relação com este Outro primordial, mostrando que algo não vai bem nessa relação.

A mãe de Bruce também trouxe para o atendimento uma filmagem no celular de um dos episódios de crise do filho, no qual ele estava em casa com seus tios e estes filmaram a cena. No vídeo, o menino segurava a faca, gritava, chorava e dizia que queria morrer. Enquanto os tios tentavam se aproximar dele, ele aproximava a faca de seu corpo e respondia aos questionamentos dos tios afirmando que “ninguém gostava dele”. Naquele momento da exibição, a fonoaudióloga dirigiu-se a Bruce perguntando o motivo de sua atitude no vídeo, mas ele apenas “deu de ombros” dizendo: “sei lá”.

Além de preocupada com o bem-estar do filho, a mãe encontrava dificuldades em gerir a dinâmica familiar frente às ações de Bruce. Ela trabalhava o dia todo como diarista e o filho frequentava o reforço após a escola e lá permanecia até o momento em que a mãe o buscasse no final do dia. Quando Bruce apresentou uma cena similar à do vídeo no reforço, ameaçando a si mesmo com uma tesoura, a professora avisou à mãe que não se sentia mais segura para mantê-lo na turma. Bruce começou, então, a passar as tardes com a tia materna, mas ela também demandava à mãe de Bruce que encontrasse uma solução para a situação do sobrinho que reproduziu uma cena semelhante à da filmagem levada para o acolhimento.

Fora essas manifestações de autoagressividade e autodepreciação, a mãe trouxe para a consulta algumas mudanças recentes no enredo familiar, as quais ela conectava com as novas atitudes de Bruce. Assim, a mãe adentrou na narrativa da história de vida de seu filho, desde o início de seu relacionamento com o pai. Contou à fonoaudióloga que o pai de seus filhos (Bruce tem um irmão dois anos mais velho) era “envolvido”, gíria usada para pessoa que tem participação no tráfico de drogas. Por esse motivo, o pai fora preso algumas vezes, sendo que ela e os filhos chegaram a vivenciar, em casa, diversas revistas policiais. Uma das detenções do ex-marido ocorreu pouco antes desta mãe descobrir que estava grávida de Bruce. Ao saber da gestação, ela comunicou ao marido, que cumpriu pena em regime fechado. No momento do nascimento de Bruce, o pai encontrava-se ainda detido e, por esse motivo, o registro do nome do pai não fora feito, embora o pai estivesse comprometido a registrá-lo ao sair da

cadeia. Quando a sua pena terminou, esse pai retornou ao convívio familiar, no entanto, sem nunca formalizar o registro de paternidade de Bruce, o que a mãe tratava como simples procrastinação, sem suscitar grandes discussões sobre o assunto.

A relação de Bruce com o pai foi descrita pela mãe como harmoniosa, havia afeto e admiração. A mãe também não relatou problemas em sua relação com o marido. No entanto, cerca de um ano antes da data do acolhimento no CAPS i, ocorreu outra revista policial na casa da família e, dessa vez, não só o pai, mas também a mãe foi detida. A mãe conseguiu ser liberada após dois dias, recaindo a acusação de tráfico apenas sobre o pai de Bruce, que cumpriu mais alguns meses de detenção. Dessa vez, no entanto, a mãe, abalada com sua detenção e preocupada com a segurança e o bem-estar de seus filhos, decidiu romper o relacionamento conjugal, voltando a residir, junto com os filhos, na casa de sua família de origem. A separação deu-se aparentemente sem grandes contratempos, manteve-se o bom relacionamento entre o casal e as crianças continuaram a conviver com o pai, em geral, aos finais de semana.

No entanto, passados alguns meses, como relatou a mãe, surgiram conflitos em sua relação com o ex-marido, que não aceitou o início de um novo relacionamento amoroso de sua ex-mulher, em uma atitude que apontava para a conjugalidade malresolvida ainda existente entre eles. Surgiram discussões em que a mãe percebeu que seu ex-marido ainda não fora capaz de aceitar totalmente o fim do relacionamento, demonstrando insatisfação perante seu envolvimento amoroso com uma nova pessoa. A partir daquele momento, em uma atitude de retaliação a esta mãe, tal qual ela interpretou, o ex-marido passou a renegar Bruce, afirmando que ele não era seu filho.

A partir da leitura psicanalítica do sintoma da criança, é quase esperado que, no caso Bruce, o sujeito encene um sintoma no momento em que surge um abalo na relação com o Outro paterno. Se o sintoma da criança é atravessado pelo lugar simbólico que ela ocupa no desejo do Outro, posso pensar o sintoma de Bruce a partir do rompimento brusco em sua relação com o pai: a criança passa subitamente de uma situação em que havia uma acomodação ao lugar de filho para o lugar de renegação total. Além disso, Lacan (1957) propõe que modificações na estrutura da cena familiar, como ocorreu no caso, podem desorganizar o sujeito em constituição, uma vez que trazem angústia ao tocar em um ponto de Real.

No caso Bruce, o pai, assim nomeado pela mãe, por um longo tempo, tomou esse dito como verdadeiro e encarnou a função paterna. Sobre o sintoma da criança e a estrutura familiar, Vieira (2005) sustenta que a parte recalcada, o não-dito de uma relação a dois, preserva o núcleo mais próximo da verdade. No entanto, como a verdade é sempre não-toda, guardando em si uma estrutura de ficção produzida pelo inconsciente, a entrada de um outro homem na cena faz emergir o questionamento a respeito da veracidade do dito materno e do registro do nome do pai, deixado de lado como desimportante, passou a ter relevância como signo que faria valer essa paternidade, tornando necessário que a mãe fizesse um apelo à Lei para escrever (e inscrever) o nome do pai no registro de Bruce. Assim, a conceituação lacaniana de sintoma como “o que há de mais real no sujeito” parece apontar, no caso, justamente para o não-dito da relação parental.

Durante o acolhimento, a técnica, preocupada com a repercussão dessa narrativa em Bruce, perguntou sutilmente se a mãe preferiria que Bruce aguardasse fora da sala o término da sessão, mas a mãe afirmou que Bruce já tinha ciência de todos os fatos. Revelou que as discussões com o ex-marido aconteciam frequentemente na frente das crianças, este dizia abertamente que não era pai de Bruce, uma vez que estava preso quando a gestação foi descoberta e que esta seria fruto de relações de sua ex-mulher com outro homem. Com isso, o pai passou a buscar aos finais de semana apenas o filho mais velho e, quando questionado por Bruce, dizia-lhe, puramente, que não era seu pai e que, por essa razão, não se veriam mais.

Sem registro de paternidade em sua certidão de nascimento ou de acordo legalizado a respeito de pensão/visitação, Bruce passou, de um dia para o outro, a não ter pai, tanto do ponto de vista simbólico, do reconhecimento paterno, como do convívio familiar. Mesmo sem ser questionada, a mãe preocupou-se em deixar claro, para a fonoaudióloga que realizava o acolhimento, que a atitude de seu ex-marido foi puramente motivada pelo ciúme e pela não aceitação do término da relação, pois não havia histórico entre eles de traições conjugais, portanto, não existia possibilidade real de Bruce ser filho de outro homem.

Como vimos anteriormente, para Lacan (1969), o sintoma da criança traz à tona a verdade do casal parental, respondendo ao que existe de sintomático na estrutura familiar. No fragmento do caso relatado, há, em jogo, o desvelamento de uma verdade que faz questão ao casal parental, que seja, o enigma da paternidade de Bruce. Apesar da certeza trazida por parte da mãe, que nomeava aquele homem como pai; ele, ausente da cena familiar no período que

circunscrevia a gestação e o nascimento da criança, levantava dúvidas quanto à paternidade no momento do surgimento de um mal-estar na relação homem-mulher.

Para Flesler (2012, p. 61), não é ao acaso que a relação dos pais se relaciona com o sujeito, pois “o desejo dos pais entre eles e o desejo dos pais por um filho guardam entre si uma lógica”. O desejo do Outro é a via para a condição desejante do Sujeito, que o impulsiona e leva à encenação desse desejo na fantasia, o desejo dos pais entre eles relaciona-se ao desejo pelo filho e do filho. Julien (1997, citado por Flesler, 2012) aponta que, para que ocorra a transmissão da dimensão desejante de pais para filhos, os pais precisam abrir mão de seus gozos de homem e de mulher e oferecer o vazio propulsor da via desejante sobre o qual a criança poderá construir sua própria fantasia. Para isso, é necessário que o pai tome a mãe como seu objeto de desejo, interditando-a ao filho, barrando o Outro. A mãe, por sua vez, ao desejar o pai, pode metaforizar o falo como objeto de desejo. Aí há a relação de desejo entre homem e mulher como participante desta transmissão e, conseqüentemente, para a constituição da criança como sujeito.

Durante o acolhimento, a fonoaudióloga questionou a mãe se havia sido tomada ou deliberada alguma medida jurídica para reconhecimento da paternidade. A mãe revelou sentir medo de levar o caso à Justiça, por conta do envolvimento de seu ex-marido com o tráfico, sentindo-se, dessa forma, impotente diante da situação que surgiu e do sofrimento de seu filho. Trouxe ainda que a relação de Bruce com o irmão também fora prejudicada, uma vez que Bruce sentiu-se preterido em relação a seu irmão, não compreendendo o motivo do pai negar apenas a ele sua companhia e reconhecimento. Para essa mãe, os momentos em que o ex-marido vai à casa da família para visitar ou levar consigo o filho mais velho para passar o final de semana com ele provocam maior angústia em Bruce, que questiona não poder estar com o pai e cobra da mãe uma resposta para a situação.

A alternativa encontrada pela mãe para reduzir os impactos do abandono paterno sobre Bruce foi tentar impedir que seu filho mais velho passasse os fins de semana com o pai. No entanto, essa medida gerou novas conseqüências, uma vez que os irmãos passaram a se desentender, o mais velho demonstrando revolta e sentindo-se injustiçado, culpando Bruce por não poder estar com o pai e aumentando a angústia de Bruce, de qualquer forma.

À medida que os meses se passaram e a recusa paterna mostrou-se irredutível, Bruce passou a generalizar o sentimento de rejeição a toda a família, mostrando em suas falas e no retraimento e isolamento do convívio familiar que temia não ser querido por todas as pessoas



à sua volta. Surgiram também as atuações autodestrutivas, sempre encenadas na frente de adultos, familiares ou professora, e acompanhadas por expressões verbais claras do sentimento de inadequação, preterição e inconveniência e pelo desejo de morte.

Em reunião clínica, o caso foi discutido pela equipe e, frente às ameaças à própria integridade física e ao quadro de grande angústia e isolamento social apresentado por Bruce, foi decidida a inclusão de Bruce em grupo terapêutico e em terapia individual, porém destacou-se a necessidade de um segundo momento de acolhimento com a mãe. A equipe foi levada a esse direcionamento por perceber a angústia e a sensação de impotência da mãe frente às ações de Bruce, além de parecer necessário, para a equipe, colher mais informações a respeito do desenvolvimento e da história de vida de Bruce, uma vez que a primeira entrevista tivera, como tema principal, os acontecimentos mais recentes de sua vida, que claramente figuravam com maior importância para a mãe naquele momento. No entanto, entende-se que, para além de acolher as dores atuais da família, era necessário conhecer mais dados sobre a primeira infância de Bruce, seu processo de escolarização e pormenores de suas relações sociais que, para a equipe, poderiam ter relevância na condução do caso.

É perceptível que a angústia, afeto que não engana, circulava pela cena familiar, reverberando não só em Bruce, como em sua mãe, seu irmão e tios. Em Freud e Lacan, a angústia é considerada como um sinal que aponta para a castração. O sintoma a partir de sua condição estruturante, que visa um arranjo que substitui o objeto da angústia, não localizável, puro e avassalador por um significante, é atuação autodestrutiva encenada para o Outro. No caso Bruce, no momento em que a mãe passou a interessar-se por outro objeto e deixou de ser disponível para o pai, com quem mantinha uma relação mal finalizada, apresentou-se o mal-estar na relação que apontava para o enigma da parentalidade e conectava-se com o início das manifestações sintomáticas de Bruce. A partir desse fato, a criança passou a apresentar sintomas que metaforizavam o ponto de Real que trazia a angústia para a trama familiar e denunciava a não complementariedade e a impossibilidade da proporção matemática no exercício da função parental (Flesler, 2012).

A técnica responsável pelo acolhimento do caso transmitiu a proposta de Plano Terapêutico Singular para a mãe de Bruce e agendou uma nova sessão com a presença apenas dessa mãe para dar continuidade ao acolhimento. No entanto, a mãe não compareceu ao serviço na data agendada. Por meio de busca ativa via telefone, a equipe tomou conhecimento da dificuldade dela em organizar-se para frequentar o serviço semanalmente, por conta de seu

contexto social e familiar, em que necessitava trabalhar durante o dia, sem poder contar com uma rede de apoio para auxiliá-la nos cuidados com o filho.

Tomada pelas dificuldades comuns ao público do CAPS i, próprias do contexto econômico e social das famílias, a mãe de Bruce retornou ao serviço apenas dois meses após o acolhimento, dessa vez, sozinha. Como havia transcorrido considerável período de tempo desde o momento inicial do acolhimento, a mãe trouxe no segundo atendimento alguns fatos que ocorreram nesse ínterim. Contou que decidiu entrar com uma ação judicial para reconhecimento de paternidade, pois, uma vez que a postura do ex-marido não se alterava, ela viu que não haveria outra forma de acontecer o reconhecimento que, para além do aspecto simbólico, também possibilitaria garantir alguns direitos fundamentais de seu filho, como ter o registro do nome do pai em seus documentos, o direito a uma pensão alimentícia e à convivência com o pai.

Visto que o ex-marido continuou a negar a paternidade de Bruce, a Justiça determinou a obrigatoriedade de um exame de DNA, que havia sido realizado na última semana e sobre o qual ainda eram aguardados os resultados. O pai não resistiu a fazer o exame e, no decorrer do encontro, no dia marcado, mostrou-se tranquilo, mas continuou a afirmar que Bruce não era seu filho. Apesar da situação da paternidade ainda não estar solucionada, a mãe relatou a ausência de novas atuações agressivas por parte do filho.

Segundo a mãe, Bruce mostrava-se mais retraído e triste do que outrora, além de continuar a questioná-la a respeito do pai, colocando em dúvida, em dados momentos, as afirmações da mãe, que buscava garantir que ele era realmente filho do homem a quem considerava como pai. Apesar disso, a escola deu um retorno positivo, pois Bruce mostrou-se mais aberto a se relacionar e a interagir com os colegas. A própria mãe podia canalizar uma parte da angústia, uma vez que demonstrava ter encontrado um direcionamento jurídico para conduzir a situação. A decisão de exigir perante a Lei o reconhecimento e o registro da paternidade para seu filho, parecia ter-lhe devolvido a capacidade de agir diante da angústia do indizível e do incompreensível que tomavam a ela e a Bruce.

O caso Bruce foi escolhido para articular a teoria sobre o sintoma da criança e a situação de acolhimento em um CAPS i por retratar com clareza a relação estreita entre a formação do sintoma na criança e os arranjos/desarranjos do romance familiar. A partir do relato de caso apresentado, é possível vislumbrar como o lugar atribuído ao filho na fantasia parental pode repercutir na constituição subjetiva do sujeito. Além da relação sujeito/Outro, o

presente estudo de caso também aponta para a importância simbólica que a relação dos pais de homem e mulher terá na circulação do desejo pelas diferentes estruturas em jogo na cena familiar.

#### 4 CONSTRUÇÃO DE INFÂNCIA E ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL INFANTIL

A construção do novo modelo de atenção à saúde mental infantil no Brasil foi atravessada pelo movimento de luta antimanicomial e reforma psiquiátrica, assim como pelas construções sociais e modificações ao longo da história a respeito do conceito de infância. Dessa forma, torna-se necessário contextualizar as transformações na maneira de se conceber a criança e a infância em nossa cultura, por meio de uma breve digressão ao campo de estudos conhecido como sociologia da infância.

O estudo da sociologia da infância revela o quanto esse conceito foi modificado e transformado com o passar dos séculos. Ressalto que, até o final da idade média, a infância não existia, nem ao menos podia-se concebê-la. De acordo com Ariès (1981), as crianças até os cinco anos de idade eram amamentadas e viviam sob os cuidados de suas amas, até o momento em que se tornavam hábeis para realizar atividades cotidianas, além de terem desenvolvido completamente as suas habilidades de fala. A partir de sete anos, sem que houvesse distinção entre as crianças dessa faixa etária e as demais, de todas as idades, aquelas, que eram chamadas de adultos imperfeitos, passavam a frequentar a sociedade e a participar de festividades, estudos e outras reuniões. Desse modo, a infância não se caracterizava como uma fase específica do desenvolvimento, mas representava um estado de transição até a chegada da vida adulta.

Os estudos apontam uma completa mudança no modo como vivem as crianças e como são tratadas, de maneira tal que hoje a infância é regulamentada e observada no Estatuto da Criança e do Adolescente (2002). O sentimento de infância, como denomina Ariès (1981), só começou a ser observado a partir do século XV, porém, para que alguma mudança significativa ocorresse na prática, levaria ainda mais três séculos. O autor traz dois tipos de sentimentos que surgem em relação à infância: o sentimento de paparicação e a percepção da inocência e da ingenuidade da criança. O primeiro diz respeito à externalização dos sentimentos de encanto e comoção pelas brincadeiras, pelos gracejos do novo bebê da família, o que faz com que os adultos comecem a gastar tempo, dedicando-se a esse ser ainda em formação. Apesar das mudanças, ainda nos sécs. XVI e XVII, muitas críticas foram feitas a quem utilizasse o seu tempo para analisar essas coisas que ainda eram consideradas fúteis por muitos.

O segundo sentimento estava associado à crença de que aqueles pequenos eram frágeis e necessitavam de cuidados especiais, não apenas por questões físicas, mas demandavam

atenção e cuidados especiais. Somente no séc. XVIII é gerado o sentimento de família e a concepção de infância. Assim, começou a haver separação e distinções nítidas entre crianças e adultos, conferindo, às primeiras, uma atenção diferenciada, com cuidados específicos e mais delicados.

Algumas mudanças podem ser observadas ainda no século XVIII. Segundo Heywood (2004), a saúde da criança era debilitada, o que pode sugerir a falta de cuidados devidos. O mais horrendamente observado e revelado pelo mesmo autor, por meio de registros militares, é a verificação de soldados daquela época significativamente menores que os soldados de 1950, o que apontava para o fato das crianças serem levadas à guerra para lutar como adultos. No final do séc. XVIII, novos pensadores começaram a se debruçar sobre o tema e a infância passou a ser observada com maior atenção. Ao dizer que a criança nasce boa, mas é corrompida pelos adultos, o filósofo Rousseau apresentou uma distinção clara, entre a criança e o adulto, e afirmou que, por essa razão, demandavam tratamento diferente, assim como eram os próprios funcionamentos da criança e do adulto. Rousseau (1995) asseverou que:

A sociedade enfraqueceu o homem não apenas lhe tolhendo o direito que tinha sobre suas próprias forças, mas, sobretudo, tornando-as insuficientes. Eis porque seus desejos se multiplicam junto com sua fraqueza, e eis o que faz a fraqueza da infância relativamente à idade madura. Se o homem é um ser forte e a criança é um ser fraco, não é porque o primeiro tem mais força absoluta do que o segundo, mas porque o primeiro pode naturalmente bastar a si mesmo e o outro não. Portanto, o homem deve ter mais vontades e a criança mais fantasias. (p. 76).

Esse fragmento evidencia a necessidade apresentada por Rousseau de uma diferenciação entre crianças e adultos, de um olhar mais atento e de cuidados específicos, proporcionando aos primeiros mais vontades e aos segundos mais fantasias.

O séc. XIX apresentou estudos mais apurados e minuciosos focados nas necessidades da criança, na tentativa de compreendê-la como um ser completo e integrado, ao invés de um adulto incompleto. Educadores e escritores, tais quais: Piaget, Vygotsky, Maria Montessori, Paulo Freire, Wallon, entre outros, contribuíram fortemente para esse novo conceito de infância presente até os dias atuais.

No século XX, as crianças assumiram um novo lugar na sociedade e tornaram-se sujeitos, contribuindo ativamente com suas ideias, seus sentimentos e suas falas, que agora seriam escutadas. Nessa fase, existiram mudanças no comportamento dos pais em relação aos filhos, pois os pais passaram a se preocupar mais com o desenvolvimento das crianças nos diversos âmbitos. Além dos aspectos biológicos e físicos, os desenvolvimentos intelectual e emocional da criança passaram a ser valorizados e amplamente discutidos.

#### **4.1 Reforma psiquiátrica e a rede de atenção psicossocial infanto-juvenil**

A revisão de literatura (Cunha et al, 2017; Gomes & Pedrero, 2015; Zaniani, 2015) aponta para particularidades na reforma psiquiátrica e nos movimentos antimanicomiais nacional e internacional relacionados à saúde mental infanto-juvenil. Cunha et al. (2017) apontam que os Centros de Atenção Psicossocial, campo de inserção dessa pesquisa, surgiram após a reforma psiquiátrica brasileira. Essa reforma foi responsável por repensar o modelo de saúde, que continua em construção ao direcionar as práticas de saúde na comunidade, a desinstitucionalização dos sujeitos, a recolocação destes em seus territórios, bem como ao pensar em práticas integradas em saúde (Ministério da Saúde, 2005, 2014, citado por Cunha et al., 2017). Com a Portaria 336/2002 (Ministério da Saúde, 2002, citado por Cunha et al., 2017), institucionalizaram-se os CAPS, dentre eles: CAPS I, CAPS i II e CAPS III. Por meio desses dispositivos em saúde, priorizam-se os atendimentos aos pacientes com transtornos mentais. Os CAPS i, por sua vez, correspondem a um serviço especializado na rede, sendo sua clientela composta apenas de crianças e adolescentes com transtornos mentais de graves a severos (Ministério da Saúde, 2005, citado por Cunha et al., 2017).

No entanto, o processo de implementação de políticas de defesa para crianças e adolescentes foi marcado por controle, institucionalização e assistencialismo, paradigmas centrais que a reforma psiquiátrica como um todo ainda luta para reformular. Sob esses valores, começou-se a pensar as primeiras políticas específicas para crianças, colocando-as como “crianças abandonadas” e “jovens delinquentes” quando em situação de pobreza. Mais tarde, em 1990, surge o Estatuto da Criança e do Adolescente, guiado pelos valores da dignidade e da proteção integral, considerando crianças e adolescentes como sujeitos de direitos e pessoas em condição peculiar de desenvolvimento.

Nesse novo panorama de atenção psicossocial infanto-juvenil, apresenta-se uma visão de criança/adolescente responsáveis por suas demandas e seus sintomas, por isso tornou-se necessário ofertar-lhes espaços de escuta para elaboração de suas questões. Assim, passou a ser essencial

a garantia do direito à palavra. Não há responsabilização possível sem que seja garantida a escuta daquele a quem se quer responsabilizar. Ao falarem sobre si e ao se identificarem com suas próprias histórias, a criança e o adolescente veem possibilidades de encontrar novos significados e novas formas de inserção na sociedade e na família. (Brasil, 2014, p.23).

As ações pedagogizantes, os PTS's (Plano Terapêutico Singular) construídos sem espaço para a opinião do sujeito em seu próprio tratamento, acabam por segregar ainda mais as crianças e os adolescentes, aliadas a diagnósticos e fármacos emitidos em massa, que nem sempre ajudam a alcançar um bom prognóstico. Assim, profissionais da saúde, gestores, usuários e familiares, enfim, toda a sociedade, precisa remodelar seu pensamento, uma vez que a saúde é promovida em comunidade. Cabe, então, lembrar que “não há produção de saúde sem produção de saúde mental. Logo, é preciso levar em conta que, ao se receber cuidados em saúde, devem ser consideradas as dimensões biológica, psíquica e social dos indivíduos.” (Brasil, 2014, p 24).

Cunha et al. (2017), em sua pesquisa documental que objetivou caracterizar o perfil dos usuários que buscaram o Centro de Atenção Psicossocial Infantil de uma cidade catarinense no período de 2010 a 2012, constataram que a queixa “dificuldades no processo de ensino/aprendizagem” teve a maior prevalência na categoria motivo de encaminhamento e que os sujeitos permanecem, em sua maioria, no CAPS i, por um período de 30 a 89 dias, sendo que, em 343 casos (77,25% do total), os principais desfechos/encaminhamentos não foram registrados; 39 (8,78%) pacientes foram encaminhados à atenção primária e 35 (7,88%) crianças ou adolescentes não apresentavam necessidade de encaminhamento para outro ponto de atenção.

Gomes e Pedrero(2015) apontam que as dificuldades de aprendizagem e os problemas de comportamento relacionados à escola são denominados queixas escolares e estão entre os principais motivos de encaminhamento de crianças para atendimento na RAPS (Rede de Atenção Psicossocial). Assim, há uma necessidade de problematizar a maneira como os conhecimentos psicológicos da área da educação perpassam o atendimento da queixa escolar, assim como identificar os instrumentos e procedimentos teórico-práticos da Psicologia que eles dispõem para acolher e trabalhar com essa demanda. Dessa forma, a pesquisa de Gomes e Pedrero (2015, p. 1242), conduzida em duas etapas (análise documental e entrevistas aos profissionais), utilizou como questão “Como os profissionais da Psicologia têm recebido e atendido as demandas que advém da escola, denominadas queixas escolares?”. O roteiro de entrevista buscou caracterizar e compreender os motivos do encaminhamento das crianças, as causas atribuídas pelos profissionais às dificuldades escolares, que se subdividem em problemas de aprendizagem e de comportamento, e os modos como entendem a participação da escola e da família na constituição da queixa escolar. Também foi objetivo da entrevista

saber como os profissionais realizam sua atividade e como avaliam os resultados de seu trabalho.

Na amostra de trabalho de Gomes e Pedrero(2015), encontrou-se como resultado que 80% dos casos eram compostos de meninos e a faixa etária predominante variava dos sete aos dez anos (57%), com queixas relacionadas tanto a dificuldades de aprendizagem como a problemas de comportamento (predominantemente escolares). A escola aparece como principal origem dos encaminhamentos (50%) e o professor como principal informante (50%). Esse número, corroborado pelos autores da escola como principal instância encaminhadora de crianças para o sistema de saúde, pode ser explicado pelos processos de medicalização e patologização antes comentados. Gomes e Pedrero apontam que

ainda é bastante forte o predomínio de uma visão unilateral que individualiza os processos dificultadores do sucesso escolar, principalmente das crianças provenientes das camadas mais empobrecidas da população, via de regra, usuárias dos serviços de saúde pública para onde costumam ser encaminhadas. (Gomes& Pedrero, 2015, p.1246).

Os autores ressaltam que vivemos em uma sociedade com mecanismos empregados para dissimular os processos de produção do fracasso e de exclusão educacional, justificando que tanto as dificuldades de aprendizagens como os transtornos de comportamentos (principais queixas escolares) podem ser explicados por meio da neuroquímica e balanceados com medicações que agem diretamente no cérebro. Nesse ponto, aparece o viés organicista e biologizante.

Em relação às demandas escolares presentes neste estudo, encontramos 26,23% de queixas relativas à aprendizagem, as quais são: aprendizagem, memória, leitura e escrita, matemática, falta de atenção, falta de concentração, repetência e não acompanhamento do ritmo da sala. Outro conjunto de queixas diz respeito ao “comportamento afetivo social” (59,02%), tais como: dificuldades de comunicação/participação, nervosismo, ansiedade, insegurança, imaturidade, falta de limites, insubordinação, agressividade, timidez/apatia, agitação, medo, autoestima e recusa em fazer atividades. Surgiu também uma categoria denominada “outros” (14,76%), que incluiu dificuldades na fala, dificuldades motoras, distúrbios alimentares, consumo de drogas e maus-tratos.

O fato dos problemas de comportamento superar as dificuldades de aprendizagem é elaborado pelas autoras como possivelmente decorrente de uma escola com um conjunto de regras e normas esperadas, isto é, preestabelecidas e unicamente possíveis. Entretanto, no momento da avaliação de seu trabalho, há uma prevalência, nas respostas, do atendimento



clínico individual (30%), seguido pela orientação familiar (20%) e escolar (10%). Muito embora surja na fala dos profissionais da psicologia um descontentamento com seu trabalho na área de queixa escolar, é possível constatar a perduração, em suas práticas, por meio de suas respostas, de concepções estigmatizadas e estigmatizantes de que os problemas escolares se originam e se centram na criança e em sua família.

Zaniani (2015) evidencia que, conjuntamente com os questionamentos sobre a institucionalização da loucura do adulto, no final do século XX, surgiu a necessidade de uma reforma na atenção à saúde mental infanto-juvenil que estivesse ligada às premissas básicas do SUS. A reforma psiquiátrica trouxe uma concepção de que as práticas de confinamento e exclusão social da pessoa em sofrimento psíquico são inapropriadas, defendendo a desinstitucionalização como um processo necessário e sustentando a necessidade de uma reflexão crítica sobre como toda a sociedade se relaciona com a loucura. No Brasil, a reforma psiquiátrica ganhou força na década de 1990 e experiências marcantes como o NAPS (Núcleo de Atenção Psicossocial) de Santos/SP e o CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) de São Paulo/SP permitiram o alastramento dos CAPS como espaços intermediários entre a hospitalização.

O autor denuncia que os avanços da Reforma Psiquiátrica, embora ainda sejam um processo lento e descontínuo, têm sido priorizados para o público adulto. Por exemplo, enquanto a implementação dos CAPS para adultos aumentou 246% entre 2006 e 2010, o número de CAPS i aumentou apenas 8%. Os números referentes à implementação de CAPS's são importante estatística no que se refere à cobertura da RAPS em território nacional e, conseqüentemente, à consolidação da reforma psiquiátrica, uma vez que esses serviços são considerados substitutivos do modelo manicomial rechaçado. Ainda assim, é necessário frisar que não é a quantidade de CAPS's existentes que denota o sucesso ou fracasso da reforma psiquiátrica.

Sobre esse assunto, Zaniani (2015) alerta de que a desinstitucionalização e a desospitalização não se tratam de cessar atendimentos nas unidades fechadas, ao estilo hospitais psiquiátricos. Para além de números, são muito mais importantes a qualidade do serviço prestado aos usuários da Rede, a abordagem terapêutica trabalhada pelos técnicos e os laços sociais constituídos nas discursividades dos profissionais, objetos de estudo específicos desta dissertação, que trazem o retrato da constituição do novo modelo de atenção psicossocial brasileiro. Dito em outras palavras, “se existe reconhecidamente a necessidade da

ampliação dos serviços, a existência do serviço por si não garante uma assistência que destoe da manicomial.” (Zaniani, 2015, p. 32).

Percebendo que o cuidado em saúde mental infanto-juvenil ainda é marginal, pois não assume a prioridade que deveria nas agendas políticas, Zaniani (2015) considera importante refletir sobre a efetivação das ações de cuidados em saúde mental no CAPSi e sua intersecção com a lógica da Atenção Psicossocial. A pesquisa consultada foi feita através de registros e fontes documentais, previamente levantados, para identificar o perfil das crianças e adolescentes encaminhados para o CAPS i. Além disso, durante os anos de 2013 e 2014, por quatro meses, acompanhou-se a rotina de trabalho da instituição e, por seis meses, as reuniões, encontros e eventos realizados pela RAPS (Rede de Atenção Psicossocial).

O Ministério da Saúde (Brasil, 2005) citado por Zaniani (2015, p. 49) “indica que entre as demandas mais comuns que exigem um cuidado intensivo estariam a deficiência mental, o autismo, a psicose infantil, os transtornos de ansiedade, bem como aqueles decorrentes do uso de substâncias psicoativas e o suicídio.”. Já a Associação Brasileira de Psiquiatria (2008), como citada em Zaniani (2015), apresenta um estudo feito pelo IBOPE, segundo o qual, 12,6% dos brasileiros com idade entre 6 e 17 anos apresentariam sintomas de transtornos mentais. O autor marca que há hoje uma tentativa de consertar o curso tomado na saúde mental infanto-juvenil, uma vez que se tende a enxergar o desenvolvimento de uma criança tal como uma planta, cuja normalidade depende do cultivo, ou seja, da criação e dos cuidados que dispensamos a ela. Para Zaniani (2015, p. 50), a concepção ainda difundida de que crianças e adolescentes seriam “seres em desenvolvimento” teria contribuído para que a loucura da infância fosse convertida a um estado passível de (re)orientação.”. A possibilidade de “reorientar”, no sentido de trazer de volta à ordem, aquilo que vai mal no desenvolvimento do sujeito abre também prerrogativa para as práticas medicalizantes e corretivas.

O autor propõe, em contraponto, o desafio de assumir a dificuldade relacionada à construção de saberes e de práticas que abarquem a complexidade do tema “desenvolvimento humano”, compreendendo rupturas e continuidades como características do desenvolvimento, não como psicopatologia. Dessa forma, a concepção que predomina na atualidade sobre o desenvolvimento infantil também tem contribuição na medicalização e patologização da infância, uma vez que se respalda na ideia de que existiria um “curso de desenvolvimento normal” bem delineado que, uma vez inexistindo os impedimentos externos, as crianças seguiriam. Recentemente, o termo “normal” tem esvanecido, a partir de um intenso

movimento de crítica ao ideal de normalidade, mas nota-se que outros termos (típico, comum, usual, habitual etc.) passam a ser utilizados, com sentido muito similar, revelando que a crença em um desenvolvimento padronizado continua a vigorar.

## 5 A NORMATIZAÇÃO DA INFÂNCIA: CRIANÇA NORMAL É CRIANÇA FELIZ?

As construções sociais a respeito do conceito de infância são acompanhadas por diversos símbolos e elementos que retratam alegria, magia, pureza, brincadeiras, afeto, diversão e, por fim, uma saudade anunciada dos tempos de outrora, que não voltam mais. Acreditar que a infância é uma fase da vida em que não se experimenta problemas ou que é um momento de extrema felicidade apenas pela falta deles é uma construção social que mais maltrata do que traz esperança, pois inúmeras são as histórias de sofrimento infantil que se estendem por toda a vida de um sujeito. Abramovich (1983), em sua obra *Mito da infância feliz*, apresenta de forma sentida e dolorosa as marcas de uma infância dura na vida de muitas crianças, a partir de depoimentos de adultos feridos na pouca idade. Os textos trazem comoção porque apresentam narrativas chocantes e surpreendentemente tristes. Eles são apenas uma pequena mostra do muito que se pode verificar na vida real, ainda que tal situação permaneça escondida nos sótãos da sociedade burguesa.

Neste capítulo, aponto a necessidade de olhar com cuidado e atenção para os motivos pelos quais esse “mito da infância feliz” foi construído e mantido com tanta segurança e cuidado ainda nos dias de hoje. Manter o mito significa perpetuar o silenciamento das dores infantis. Significa aprisionar as crianças em seus sofrimentos, condenando-as, segundo Garrido (2019, p. 40), à “uma felicidade fingida, a um sentimento de obrigatoriedade em ser feliz, a um dever de se manter grato e otimista mesmo quando o seu mundo parece ruir.”.

Parece que é muito duro para os pais, crianças grandes e feridas, atestarem suas faltas, suas falhas, seus fracassos. Desse modo, conservar as sujeiras debaixo do tapete, escondidas e adormecidas, alimenta e fortalece os pais nas suas lutas por serem melhores do que os seus antecessores. Em um pensamento macro, assim funciona a máquina social, em que pais “dão sempre o seu melhor, e as crianças são sempre felizes”. (Garrido, 2019, p. 49). Confirmando isso, Abramovich (1983, p. 83) atenta para o direito de sentir dor, mágoa, tristeza, o direito ao sentimento de perda e o direito de chorar: direito de “chorar por aquela dor, que dói e dói fundo... de ficar magoado, triste, com coisas que deixam a gente muito, mas muito sentido mesmo, e que são lá de dentro da gente...”.

Em abordagem diversa à socialmente dominante, Garrido (2019) propõe que evitar falar do lado mau não o destrói, não o afasta, ao contrário disso, falar ou até mesmo ouvir sobre os temores e dores que se lhe acometem, pode conduzir a compreender e ressignificar as suas histórias em contato com outras formas de lidar com problemas ou sentimentos

parecidos. Bartolomeu Campos Queiroz, citado por Abramovich, discorre sobre as saudades que não tinha: “E ser menino era honrar pai com seus amores ocultos. Gostar da mãe e seus suspiros de desventuras. Amar a Deus sobre todas as coisas, mesmo tendo a mão do vigário passeando pelas minhas pernas.” (Abramovich, 1983, p. 27).

Esse e outros depoimentos encontrados no livro de Abramovich acabam por evidenciar um rompimento da “inalterável verdade” sobre a felicidade na infância, apontando para uma brecha nas relações entre familiares, onde o discurso da felicidade pede e demanda uma crença nessa verdade imposta.

A sociedade precisa manter a sua ordem, as suas regras, manter um padrão de comportamento e garantir um equilíbrio entre os seus cidadãos, ainda que para isso seja preciso inventar e manipular ideias, pensamentos e sentimentos, que se moldam e se disfarçam para satisfazer o exterior, mas que funcionam como uma bomba relógio, que implode o sujeito e o sentencia à morte. Assim, aquilo que gera desconforto e incompreensão é mantido embaixo do tapete, longe dos olhos, em um lugar onde nada se pode ver, mas muito se sente, ampliando as dores e a solidão (Garrido, 2019, p. 46).

A necessidade trazida por Garrido (2019) da manutenção da ordem, das regras e dos padrões numa dita sociedade remete à normatização imposta também ao desenvolvimento infantil. Ao lado do processo de normatização, há a patologização e a medicalização da infância. Dessa forma, a cultura, apoiada no discurso médico-científico, como mostrarei em detalhes adiante, constrói significações dicotômicas entre o par infância normal e infância patológica. Em acréscimo, o modelo corretivo e medicalizante que impera hoje determina maneiras de se corrigir os eventuais desvios no suposto “curso normal de desenvolvimento da criança”, correções ancoradas em tratamentos médicos e farmacológicos, em sua maioria.

### **5.1 A medicalização e a patologização da infância**

A medicalização e a patologização da infância são hoje fenômenos amplamente discutidos por vários setores que se propõem aos estudos da infância, da criança e do desenvolvimento humano, tais como a pediatria, a psicologia, a psicanálise, a antropologia e a educação. Nesse panorama, é premente interrogar quais discursos de poder estão por detrás de práticas tão amplamente criticadas, ou seja, a quem interessa a medicalização dos processos educacionais/desenvolvimentais da criança?

A revisão de literatura (Legnani & Almeida, 2009; Guarido & Voltolini, 2009; Kamers, 2013; Rodrigues, 2012; Brzozowski & Caponi, 2013; Leavy, 2013; Becker et al., 2014) aponta para a prevalência desses discursos no espaço escolar, possibilitando pensar a presença do pensamento médico no ambiente educacional. Uma das principais críticas ao processo da medicalização é esta: o processo de reduzir elementos complexos que exigem compreensão interdisciplinar no âmbito médico e organicista. Daí decorre o pensamento de que a medicação poderia atuar diretamente no comportamento das crianças e dos adolescentes através da equilíbrio dos neurotransmissores e, assim, obter o mal-estar que o comportamento desviante da/do criança/adolescente na escola traz aos diversos agentes envolvidos: professores, gestores, pais e demais profissionais convocados a cuidar do “problema” emergente.

Em oposição a esse discurso hegemônico que se mostra segregador, reducionista e insuficiente, há a visão psicanalítica sobre os “comportamentos fora da norma” da criança e sua forma de abordagem. A psicanálise compreende tais manifestações como um sintoma da criança, que tem um significado e, por isso, precisa ser escutado para que seja possível a intervenção. Esse conceito vai de encontro à lógica de extirpação do mal-estar que o desvio causa, presente na medicalização e objetivo do uso de medicamentos.

Para Brzozowski e Caponi (2013, p. 209), “medicalização é o processo no qual problemas que não eram considerados de ordem médica passaram a ser vistos e tratados como problemas médicos”. Esse processo pode ocorrer tanto em processos naturais da vida como em desvios do comportamento. Em Conrad, (1992), citado por Brzozowski e Caponi (2013), há exemplos de processos naturais da vida medicalizados: sexualidade, nascimento, desenvolvimento infantil, tensão pré-menstrual (TPM), menopausa, envelhecimento e o processo de morrer. Entre os desvios do comportamento, deixo como exemplo: loucura, alcoolismo, homossexualidade, hiperatividade, dificuldades de aprendizagem, problemas alimentares (obesidade e anorexia), abuso infantil, jogo compulsivo, infertilidade e transexualidade. Esses são os tipos de desvios de comportamento de nossa área de interesse, pois neles inscrevem-se os comportamentos infantis considerados desviantes.

Guarido e Voltolini (2009, p. 240) apontam para a grande proporção que a medicalização tomou em nossa sociedade, uma vez que: “A ideia de que um fenômeno – a dificuldade de aprender – tenha como causa o que vem sendo considerado doença – hiperatividade, déficit de atenção, dislexia, depressões na infância etc. – não mais parece

surpreender”. Já a patologização é definida por Collares e Moisés (1994, citados por Becker et al., 2014, p. 248) como “a busca de causas e soluções médicas, em nível organicista e individual, para problemas de origem eminentemente social”.

Guarido e Voltolini (2009) marcam a relação entre a medicalização e a patologização. Medicalização refere-se, de maneira geral, ao processo de reduzir problemáticas sociopolíticas a questões de foro individual e privado, como o que acontece nos problemas de aprendizado das crianças. Em acréscimo, cabe ressaltar que, se o objeto da medicina é foco de investigação sobre as doenças, suas causas e terapêuticas, também há uma patologização do fenômeno.

Critica-se a medicalização, sobretudo, por reduzir questões complexas que deveriam ser analisadas por várias disciplinas (sociologia, antropologia, medicina, economia, psicologia, política e história) a um único domínio: o médico. Assim, a medicalização pode também ser tomada como a difusão, no meio social, do saber médico, tornando operativas práticas médicas num contexto não terapêutico, mas político-social, de forma que está associada a práticas discursivas que revelam a forte presença do saber médico no conjunto dos discursos sobre o homem, sua natureza e suas vicissitudes, a partir do século XIX.

Dessa forma, Guarido e Voltolini (2009, p. 242) postulam uma concepção mais ampla de medicalização, a qual está inserida no “conjunto da ideologia moderna e na formação do homem moderno, no que diz respeito à forma com que significa seu corpo, seu lugar político, suas vivências subjetivas e tudo o que decorre da difusão da medicina no ideário moderno.”. Assim, o homem moderno e sua concepção de si, dos acontecimentos e do mundo que o cerca não podem ser dissociados do discurso que impera na cultura.

A escola é o contexto princeps para o desenvolvimento humano nos níveis cognitivo, social e emocional, pois, após o contato primeiro com os integrantes do círculo familiar, será nesse espaço que a criança conviverá com outros, aprenderá as regras da socialização e desenvolver-se-á culturalmente pela aquisição de conhecimentos. O processo da medicalização também tem como contexto importante a escola, uma vez que se trata do local onde há, inevitavelmente, a presença de um discurso político e de poder que, como adentrarei adiante, constitui o processo de medicalização, apresentando um “ideal” de infância e de desenvolvimento humano.

Brzozowski e Caponi (2013) apontam que grande parte dos desvios da infância são notados e descobertos na escola no momento em que a criança apresenta um impasse com a aprendizagem. Como exemplo, há o período de alfabetização, em que as cobranças relacionadas a uma aprendizagem do conteúdo escolar se tornam maiores. Assim, se a criança apresenta, nessa fase, uma dificuldade para prestar atenção aos conteúdos ou se não aprende a ler na dita “idade certa”, uma suspeita diagnóstica poderá ser levantada e a criança será encaminhada para profissionais de saúde para uma avaliação. Esse encaminhamento indica a presença de um discurso hegemônico de poder, uma vez que a agitação e a falta de atenção em sala de aula podem ser consideradas desvios na medida em que quebram regras e normas impostas socialmente, trazendo, assim, um incômodo para os que cercam aquela criança. Assim, os autores consideram que o processo de medicalização está diretamente ligado ao que é considerado desvio social e ao controle social, porquanto a área de saúde e o discurso normalizador de desvios da medicina entram na esfera familiar, tomando, assim, responsabilidade por questões que antes eram de outras esferas, como a aprendizagem e a criminalidade.

O processo medicalizante, no entanto, também pode ser visto pelos seus aspectos positivos, como explicitam Brzozowski e Caponi (2013). Com a incorporação dos problemas de comportamento e de aprendizagem ao campo médico, houve uma mudança de postura frente ao indivíduo medicalizado, que deixa de ser visto simplesmente como “malvado”, “preguiçoso”, “irresponsável” ou “mal-educado” para ser considerado doente, extraindo-lhe, assim, a culpa pelo seu comportamento desviante. Essa mudança de paradigma permite a saída da lógica da punição dos comportamentos indesejáveis para a busca de uma terapêutica adequada.

Sendo assim, é necessário atentar que a crítica ao processo medicalizante não pretende “demonizar” a atuação médica e as terapêuticas medicamentosas, mas apenas propor uma leitura acrítica do fenômeno e uma busca por outras possibilidades de abordagem dos impasses que surgem no desenvolvimento infantil e mostram-se, principalmente, no âmbito escolar. Leavy (2013), em sua investigação sobre os sentidos atribuídos aos sujeitos no interior da escola para as condutas infantis, inclusive no TDA, traz um achado diferente. Em sua pesquisa, foi constante nas conversas com os professores e diretores da escola a associação entre TDAH e o aluno “mal-educado”. Para Gramsci (1997), como citado em Leavy, (2013), essa categoria de sentido comum condensa os significados de desobediência, falta de respeito aos outros e não cumprimento das normas dentro do espaço escolar. São



condutas consideradas “desviadas”, inapropriadas para os alunos, as quais o docente vincula à falta de limites por parte dos pais ou a algum outro fator.

Rodrigues (2012) e Guarido e Voltolini (2009) tratam de um assunto transversal e decorrente do processo de medicalização: o uso de medicação como forma de resolução simples e eficaz para todo e qualquer problema apresentado, muitas vezes, sem a devida reflexão a respeito da ordem das questões emergentes (as ciências humanas, pois os fenômenos em geral apresentam uma multicausalidade) e da intervenção direta e reduzida ao corpo orgânico, se esta pode dar conta do “desvio”.

Simonetti (2011), citado por Rodrigues (2012), aponta que o medicamento se tornou um sintoma da modernidade, altamente valorizado. Ele engendra processos como a medicalização da vida e a mercantilização da saúde. Simonetti (2011, p. 193) citado por Rodrigues (2012, p. 27) define medicalização da vida como “a tendência de enxergar, cada vez mais, características humanas como doenças, e, portanto, como objetos para a medicina”. A mercantilização da saúde é “a via complementar da medicalização. Se existe um remédio, fazamos dele um produto. Essa é a marca do nosso mundo globalizado”.

Com a medicalização atingindo também as crianças – diante do panorama de mundo globalizado, onde tudo se torna objeto de consumo, como produto a ser vendido, exposto, consumido – surge um desafio na clínica com crianças: a medicação nesse período de desenvolvimento tem sido cada vez mais comum, principalmente a medicação para sintomas mentais, embora a psicofarmacologia da infância seja uma área com muitas questões em aberto. Voltando ao exemplo do TDA/H, Legnani e Almeida apontam que:

Embora os estudos sobre a etiologia orgânica do TDA/H não sejam conclusivos e haja controvérsias sobre a prática medicamentosa, esta concepção se difundiu pela mídia e passou a fazer parte do senso comum, dos sistemas de representações partilhadas como verdades cientificamente comprovadas. Assim, essa crença se inseriu no discurso contemporâneo, que apregoa que várias formas de sofrimento, de mal-estar, de transtornos psíquicos têm causas orgânico-genéticas, devendo ser tratadas e curadas pelas práticas médico-psiquiátricas medicamentosas. (Legnani & Almeida, 2009, p.16).

Guarido e Voltolini (2009) criticam a atuação de muitas equipes pedagógicas que, não raro, professam diagnósticos de maneira irresponsável diante de suas observações do comportamento da criança, procurando na psicopatologia difundida pela mídia material uma classificação para seus alunos. Além disso, percebem também a crença (ou esperança?) de que, a partir de um diagnóstico, saberão a maneira “correta” de lidar com aquele aluno em sala de aula que “foge à norma”. Perguntas a respeito do uso correto do medicamento, quando um aluno se porta de maneira inesperada ou indesejada, transpassam a ideia enraizada em

nossa cultura de que a variação no uso do remédio poderia causar uma variação de comportamento ou de sentimentos na criança, sem levar em conta o contexto global em que ela está inserida.

Kamers (2013), a partir de sua prática como supervisora no CAPS infantil, delinea uma realidade complexa dos encaminhamentos sucessivos a que estão sujeitas as crianças quando apresentam algum desvio do comportamento:

a lógica circunscrita em torno dos encaminhamentos realizados pelas diversas instâncias que demandam tratamento para a criança consiste em um ciclo repetitivo: a escola, confrontada com as dificuldades de aprendizagem ou indisciplina da criança, solicita à família uma intervenção. Diante da “dita” insuficiência da intervenção parental, a escola, ou encaminha a criança ao neuropediatra ou psiquiatra infantil, ou aciona o conselho tutelar, alegando negligência familiar. Em nossa experiência no consultório privado, em que atendemos uma clientela de nível socioeconômico mais favorecido, a situação não é muito diferente, com exceção de um aspecto: a vulnerabilidade frente à tutela e vigilância do Estado. Nesse caso, as crianças são encaminhadas pela escola ao psicólogo, que, por sua vez, encaminha a criança ao neuropediatra, que prescreve a medicação – geralmente ritalina, concerta ou risperidona. Em outras ocasiões, a escola nem chega a encaminhar ao psicólogo, mas diretamente ao neuropediatra ou psiquiatra infantil, que identifica na criança um quadro de TDAH (Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade), ou de transtorno opositivo, prescrevendo o tratamento farmacológico. (p. 154).

A partir dessas observações, Kamers (2013) tece três considerações. Primeiramente, o que se percebe é que a escola tem se tornado o dispositivo regular da inclusão/exclusão da criança, legitimando-se no discurso médico-psiquiátrico. Em segundo lugar, as intervenções médico-farmacológicas são garantidas pelos dispositivos sociais disciplinares. Enfim, constata-se que a medicação se tornou o recurso de preferência da medicina para tratar das demandas da família/escola sobre a criança. Essas considerações permitem refletir sobre a função que a medicalização da criança tem para as instituições de assistência à infância na atualidade. Dessa forma, cabe pensar como a união do discurso médico ao das assistências psicológica, social e pedagógica criou uma rede na qual a criança, uma vez capturada, é presa e reduzida a uma linhagem médica alheia às suas relações e ao seu contexto.

## **5.2 O percurso do sujeito no CAPS i: para que o diagnóstico?**

A partir das contundentes críticas apresentadas aos processos de medicalização e patologização, cabe refletir qual, então, é a relevância do diagnóstico em saúde mental infantil, tomando a psicanálise como teoria norteadora da clínica. A hegemonia do discurso médico-científico pode levar a diagnósticos levianos e precipitados e, dessa forma, a categoria nosológica emitida pelo médico produz um efeito alienante, em que o sujeito se cola ao significativo produzido pelo saber médico, reduzindo as possibilidades de um deslizamento na

cadeia e de ressignificação. Na infância, as repercussões do diagnóstico são ampliadas, uma vez que se trata de um sujeito em tempos de constituição de sua estrutura psíquica.

Assim, o diagnóstico atribuído a uma criança poderá ter efeitos não só em sua qualidade de vida naquele momento, mas também em seu desenvolvimento futuro, ao qual, diante do peso rotulatório e categorizante do diagnóstico, soma-se um tom quase profético, pois a constituição psíquica do sujeito é atravessada pelas construções que ele próprio, sua família e a sociedade trazem a respeito do transtorno psiquiátrico a ele atribuído. Se a psicanálise propõe um olhar crítico e cauteloso sobre a questão do diagnóstico, por outro lado, não se propõe a extingui-lo, mas a repensar seu modelo, evitando a categorização nosológica a partir da fenomenologia dos sintomas e manifestações. Na clínica psicanalítica fala-se em diagnóstico estrutural, considerando que as estruturas clínicas são um pilar norteador da intervenção clínica. Assim, em psicanálise, o diagnóstico e o tratamento são processos indissociáveis e intercambiáveis, uma vez que o tratamento é compreendido “como um processo em que se define o diagnóstico e não apenas o contrário” (Bursztyrn & Figueiredo, 2012, p. 135, citado por Silva & Ghazzi, 2016, p. 137).

Dessa forma, a crítica ao modelo diagnóstico que impera na atualidade, calcado ao triunfo da psiquiatria biológica, dirige-se à forma como esse diagnóstico tem sido construído, pois, segundo Figueiredo e Tenório (2002, p. 31), ele ameaça “reduzir a clínica psiquiátrica à mera aplicação apriorística de condutas”. Uma vez relacionados os sintomas a partir dos sistemas de classificação, a conduta clínica perante o caso está dada, eliminando-se da equação as particularidades do sujeito. Freud (1913, p. 140) já criticava, em sua época, a forma de elaboração do diagnóstico psiquiátrico: “Sei que certos psiquiatras hesitam, menos do que eu, em fazer um diagnóstico diferencial, mas pude convencer-me de que também eles se enganam com frequência”. Para Quinet (2009, citado por Kamers, 2013), os manuais diagnósticos, ateóricos por característica essencial, buscam trazer uma descrição do transtorno que seja compartilhada pela maioria dos psiquiatras, levando a uma nosografia sem sujeito, onde não há lugar para a ontogênese. O avanço do biologicismo na psiquiatria empobreceu a clínica, segundo Figueiredo e Tenório (2002), e, por conseguinte, levou os médicos a “retomarem os modelos biológicos, circunscritos em torno de uma causalidade biológica, genética e neuroquímica do transtorno” (Scheinkman, 1993, citado por Kamers, 2013, p. 157), que circunscreve a psiquiatria como uma clínica do olhar mais do que da escuta.

Apesar da diferença na concepção de diagnóstico entre psiquiatria e psicanálise, posto que a primeira parte de uma compreensão fenomenológica do paciente e a segunda toma o sujeito a partir de sua estruturação psíquica, Silva e Ghazzi (2016, p. 138) apontam que “essas divergências não devem impedir um diálogo entre esses dois saberes, uma vez que a complexidade de um sujeito e de sua subjetividade demanda essa articulação.” Para os autores, a falta de articulação premente entre esses campos apenas torna mais acirrada a cisão irreal entre orgânico e psíquico. Assim, vale ater-me primeiramente à conceituação do termo em discussão. Em Silva e Ghazzi (2016), é definido que “diagnóstico” significa “através do conhecimento”. Esse termo, em sua etimologia, vem do grego “Diagnóskein”, que representa distinguir, discernir, diferenciar (Consultório Etimológico, 2013, citado por Silva & Ghazzi, 2016). Aqui é perceptível que, de modo geral, a definição de diagnóstico não dá conta da subjetividade do sujeito.

Assim, em contraponto às limitações do diagnóstico psiquiátrico apresentadas, o diagnóstico em psicanálise se caracteriza por ir “mais-além” dos fenômenos (Figueiredo & Tenório, 2002). Como afirma Petri (2008, pp.95-96, citado por Silva & Ghazzi, 2016, p. 137), “o compromisso da psicanálise é com o sujeito, em toda a sua singularidade, e não com um sistema classificatório”. Mas, na perspectiva dos autores, a psicanálise também vai além, mais-além da subjetividade do próprio paciente, incidindo na forma como o sujeito se relaciona com seu desejo, com o Outro e com seu sintoma. Em psicanálise, “o diagnóstico é de estrutura, mas é também sob transferência.” (Figueiredo & Tenório, 2002, p. 42), uma vez que a fala do sujeito é sempre lida na dimensão do endereçamento ao Outro, representado, nessa cena, pelo analista. Se, por um lado, Quinet (1991) concebe que o diagnóstico tem sentido numa psicanálise na medida em que serve de orientação para a condução do tratamento, sua função só será válida à medida que se relacione o diagnóstico à transferência. Ou seja, o saber produzido em análise precisa necessariamente ser tomado em sua dimensão transferencial.

Na construção do diagnóstico na clínica com crianças, o critério e a cautela devem ser redobrados. A teoria psicanalítica também traz algumas considerações sobre essa particularidade. Por tratar-se de um sujeito em vias de constituição psíquica, o diagnóstico, ao passo em que deve ser pensado como norteador na condução do tratamento clínico, não pode ser concebido de forma inflexível e fechada, correndo-se o risco de aparentar-se ao diagnóstico nosológico. Assim, o sintoma da criança deve ser tomado não como uma falha a ser eliminada, mas como uma resposta produzida pelo sujeito para lidar com a angústia que o aflige. Para Silva e Ghazzi (2016, p. 139), na clínica com crianças, “ao mesmo tempo em que

os sintomas devem ser considerados como uma produção significativa do paciente, eles podem ter um caráter efêmero, não devendo, necessariamente, aprisionar o sujeito numa psicopatologia, consolidando nela a sua identidade”.

Aqui considero o pensamento formulado por Jerusalinsky et al (2013, p. 30, citado por Silva & Ghazzi, 2016, p. 139), quando afirma que “diagnóstico não é identidade e tampouco é destino”. De contraponto à tendência da lógica médica, em que o diagnóstico aparece como alienante e com valor preditivo, na clínica psicanalítica deve-se apostar na possibilidade de emergência do sujeito e da inscrição de novos significantes na cadeia. Ainda assim, ter critério ao diagnosticar uma criança não significa deixar de tratar suas questões ou negligenciar seu sofrimento. Tratar do sofrimento psíquico na infância “não requer que o quadro esteja vedado, condizendo com critérios sintomáticos próprios da classificação de uma psicopatologia” (Jerusalinsky et al, 2013, citado por Silva & Ghazzi, 2016, p. 140). Assim, o diagnóstico na infância deve sempre guardar o caráter de inconclusividade. A psicanálise de crianças convida o profissional, mais uma vez, a apostar no sujeito e em suas possibilidades, a interrogar-se diante do caso e a assumir a posição de douda ignorância que, frequentemente, o analisante provoca, principalmente quando está em jogo a imprevisibilidade da infância.

### **5.3 O caso Willy**

Comecei a acompanhar o percurso de Willy, nome fictício, no CAPS i quando este iniciou sessões de terapia individual com uma das psicólogas do serviço. O caso foi levado para discussão na reunião de equipe após o primeiro acolhimento com uma das enfermeiras do serviço e a consulta com o médico psiquiatra. Aqui é importante frisar que, em situações específicas, nas quais o profissional faz o acolhimento e percebe a urgência clínica na avaliação médica, a consulta psiquiátrica pode ser realizada antes da discussão do caso pela equipe e, portanto, antes da elaboração do Plano Terapêutico Singular (PTS). Assim, quando o caso Willy foi levado para a reunião, além do relato da enfermeira, que destacou a presença de manifestações fenomenológicas típicas de um surto psicótico, foi acrescentado o diagnóstico de esquizofrenia emitido pelo psiquiatra.

A enfermeira responsável pelo acolhimento de Willy fez um breve relato do caso: menino de oito anos, trazido pela mãe ao mesmo serviço onde se tratara, anos antes, sua filha mais velha também diagnosticada com esquizofrenia. No atendimento, a mãe aproximou as manifestações de Willy às de sua irmã, relatando que o filho passara a ter medo de dormir

sozinho ou no escuro e de sair à rua. Além do medo repentino e sem explicação aparente, Willy disse à mãe que tinha visto coisas na hora de dormir e que temia que essas aparições estivessem atrás dele na rua. As visões de Willy, assustado à noite, foram tomadas pelos primeiros profissionais que o escutaram (enfermeira e psiquiatra) como alucinações e o temor em sair à rua como parte de um delírio persecutório. Assim, sem grandes deliberações, a equipe decidiu pelo início imediato do tratamento de Willy e compôs seu Plano Terapêutico com acompanhamento psicológico individual e terapia em grupo.

Como mencionado anteriormente, na maior parte do tempo, a equipe atuava conjuntamente a partir da interdisciplinaridade, sem distinções entre formações específicas de cada técnico, e todas as atividades com os usuários podiam ser desenvolvidas por quaisquer dos profissionais. No entanto, alguns casos específicos eram direcionados para as profissionais de psicologia, situações em que se compreendia a necessidade de intervenções psicoterapêuticas específicas. Willy foi tomado pela equipe como um desses casos, ao levar em consideração seu diagnóstico.

Nesse primeiro momento, é notável o destaque dado pela equipe ao diagnóstico médico e à fenomenologia sintomática, de forma que o significante “esquizofrenia” apareceu na discussão clínica como marca de um saber produzido pelo mestre e alicerçado na ciência. Esse saber científico ( $S_2$ ) estava no lugar do agente, constituindo a estrutura do discurso do universitário. O saber organizado é, conseqüentemente, burocrático, como mostra Souza (2003), citado anteriormente nesta dissertação e, por isso, divide cada vez mais o sujeito, que fica vulnerável à mais-valia, uma vez que o discurso do universitário retira o valor do objeto *a*, explorado pelo agente do discurso.

Assim, o PTS de Willy foi elaborado a partir do saber acerca do diagnóstico de esquizofrenia, que impera com construções científicas sobre a fenomenologia do “surto psicótico”, da alucinação e do delírio persecutório. Nesse discurso, não há espaço para a emergência do que é particular ao sujeito, que desaparece sob o imperativo de “continuar a saber”. No entanto, ganhou destaque no caso que o discurso do universitário é sempre marcado pelo equívoco. Embora se suponha uma verdade ao saber, o  $S_1$  no lugar da verdade preserva a noção de verdade inalcançável, nãotoda e que não pode ser apreendida completamente pela ciência.

Na primeira sessão com a psicóloga, foi requisitada a presença da mãe, seguindo, mais uma vez, a ideia de que o profissional responsável pelo caso deve conduzir as entrevistas

preliminares, objetivando o estabelecimento de um vínculo terapêutico e a obtenção de mais informações sobre a história de vida do sujeito. O segundo momento do acolhimento ocorreu com Willy e a mãe, além da presença consentida da pesquisadora. Willy, logo no início, mostrou-se bastante participativo e falante, estabelecendo boa interação com a técnica. Willy falava sobre sua casa, família, escola, amigos, com fala fluida, organizada, e mostrou-se bem orientado alopsiquicamente e autopsiquicamente.

Quando a técnica iniciou a investigação do motivo da busca pelo CAPS, ambos, mãe e filho, apresentaram em seu discurso forte influência do diagnóstico emitido pelo psiquiatra. A mãe relatou o início dos sintomas, há cerca de dois meses, e referiu a semelhança que percebeu entre o comportamento de Willy e o da filha mais velha, que também havia sido tratada no CAPS estudado. Willy acrescentou ainda suas impressões, emoções e pensamentos, trazendo uma forte identificação com o dito médico e com sua irmã: “O doutor disse que eu tenho esquizofrenia, igual minha irmã”. A mãe, já tomada pela preocupação com o filho e referindo-se às dificuldades que enfrentou com a filha mais velha, destacou a necessidade de Willy começar um bom tratamento, em uma instituição que gozasse de sua confiança, e do uso dos fármacos psicotrópicos, que para ela seriam essenciais para o desenvolvimento do filho.

Aqui, é possível identificar os efeitos do discurso do mestre sobre o sujeito e sua mãe. No discurso do mestre, há o domínio do  $S_1$ , numa tentativa de dominar todo o saber sobre aquele sujeito e determinante da castração. Assim, o diagnóstico “esquizofrenia” produzido pelo médico, vinha acompanhado de limites para as possibilidades do sujeito, não só no que se referia a seu estado no acolhimento, como também ao peso profético que tinha esse significativo, pois toda a vida futura de uma criança de oito anos aparecia marcada, na fantasia materna, pelo adoecimento psíquico.

No discurso do mestre, como mostrei em Alberti (2009), embora exista o mestre, senhor, como agente, o laço social só se estabelece quando direcionado a um outro significativo ( $S_2$ ) que possa produzir mais-de-gozar. No entanto, nessa estrutura, o gozo produzido não retorna ao sujeito ( $\$$ ), que fica alienado do gozo. Ainda assim, o  $\$$  no lugar da verdade desse discurso aponta para uma verdade irreduzível e inalcançável pela produção significativa, verdade guardada no sujeito. Essa verdade própria do sujeito, diferente do  $S_1$  que tem efeito alienante, é a marca da falta, da barra do sujeito, do resto não dizível, apreensível ou explicável pelas palavras.

No intervalo significante entre S1 e S2, tomados aqui como, respectivamente, significante alienante do diagnóstico e produção de saber inconsciente sobre o sujeito, está o sintoma. A impossibilidade da relação significante direta entre S1 e S2, trazida por Fernandes (2011), faz emergir a formação de um sintoma que mascara o engodo da relação sexual que angustia. Mais uma vez, há a imbricação entre sintoma e angústia e a impossibilidade de apreensão da verdade do sujeito, comportada pelo sintoma, por um significante-todo: Willy insiste em falar sobre seu sintoma, sua produção própria que, até então, fora alienada dos discursos do universitário e do mestre.

Ainda na primeira sessão, a mãe relatou as mudanças no comportamento de Willy que a levaram a buscar o atendimento. Contou que o filho passou a ter dificuldades para dormir, momento em que buscava sua companhia e recusava-se a ficar no escuro, afirmando que, quando as luzes são apagadas, ele vê “coisas” que o assustam. A técnica, então, dirigiu-se diretamente a Willy e pediu que ele falasse mais sobre esse medo e as coisas que via no escuro: “São, tipo, monstros. No escuro, não consigo ver direito, mas tenho medo de que estejam lá e venham atrás de mim”, disse Willy. O mesmo medo começou a aparecer ao sair na rua, havendo episódios de choro. Após algum tempo, Willy passou a recusar sair de casa, embora antes gostasse da escola e dos passeios em família. A mãe trouxe ainda que, nas últimas duas semanas, deixara de levar o filho à escola, pois, principalmente após a consulta psiquiátrica em que teve a confirmação do diagnóstico, temia que o filho, ainda instável, pudesse apresentar um surto no ambiente escolar.

Dessa forma, ficou claro na sessão que a mãe passou a proteger o filho e fazer-se mais presente para Willy no momento em que se iniciaram as manifestações sintomáticas, atribuindo-lhe uma fragilidade e a necessidade de ser protegido, além de temer que Willy tivesse uma evolução clínica como a da filha mais velha, que teve alguns surtos graves antes de se estabilizar. Sobre a irmã, Willy disse: “ela também vinha aqui no CAPS, mas hoje está boa, foi morar em outro estado e se casou!”. A psicóloga explorou o tema e surgiu, junto com a identificação à irmã, uma nova elaboração por parte de Willy: “é, se ela ficou boa, eu também posso ficar”. A convite da profissional, Willy também produziu um desenho, representando os “monstros” que via no quarto, com dentes afiados e predominância de cores fortes, como laranja e vermelho.

A partir de seu primeiro contato com Willy, a psicóloga passou a refletir sobre o absoluto do diagnóstico médico que colocou o garoto no campo da psicose. Em contraponto, a



técnica apostou na existência de um sujeito em seu novo paciente, norteando suas intervenções a partir da hipótese de um inconsciente estruturado como uma linguagem e de que haveria ali um sujeito dividido, marcado por significantes que alternavam entre alienação e separação do Outro. Aqui, destacam-se os ditos de Willy que, por um lado, mostrou-se colado ao significante “esquizofrenia” e, por outro, apontou para uma identificação com a irmã mais velha que “ficou boa”. Por meio do questionamento do diagnóstico, foi possível para a técnica fazer um giro discursivo, descolando-se do discurso do universitário que faz o sujeito desaparecer, para colocar-se no lugar de causa de desejo que faz o sujeito produzir novos significantes. Assim, a psicóloga responsável pelo caso passou a produzir a partir do discurso do analista, em que fez-se semblante de objeto *a*, ocupando o lugar de causa motriz do desejo.

Dessa forma, o laço social em cena se configura a partir do desejo do analista, um desejo intransitivo que nada deseja para o sujeito, a não ser que o trabalho analítico se dê. No discurso do analista, a produção significante não cessa, uma vez que o agente do discurso questiona o sujeito a produzir novos significantes, sustentando em semblante que é possível furtar-se à castração. Assim, podemos pensar que, talvez, se a técnica não valorizasse o discurso de Willy, apostando no sujeito do inconsciente, não seria possível a ele alternar entre a castração determinada pela emissão de S1 no discurso do mestre. Nessa balança alienação-separação, surgem novos S1 que fazem passagem de “esquizofrenia” como significante absoluto, alienante e limitante, para o deslizamento ao “ficar bom”, atravessado pela identificação à irmã. Nesse laço social, S2 (o saber) ao invés de predominar com o imperativo de “continuar a saber” e produção de castração, está no lugar da verdade, uma vez que a produção de saber sobre o inconsciente sempre será não-toda, guardando um não-dito estrutural, pois sempre resta mais a se saber.

Enquanto a psicóloga pôde posicionar-se como agente no discurso do analista, também foi possível a Willy, a partir dessa aposta, assumir uma nova posição, de agente do discurso da histérica. Devo lembrar que a nomeação “discurso da histérica” é representativa, pois não guarda relação com a estrutura clínica da histeria, e sim com a marca do sujeito barrado que, nesse discurso, dirige-se ao objeto *a* para produzir um saber sobre o inconsciente. Há indícios preliminares do giro discursivo de Willy já na primeira sessão com a psicóloga, mas sua instauração aconteceu na segunda sessão, porquanto o garoto voltou a falar sobre sua irmã.

Ele entrou na sessão contando que viu, na recepção do CAPS, um quadro produzido pela irmã na época em que ela se tratara ali. A presença quase palpável dessa irmã no serviço levava Willy a trabalhar, mais uma vez, a relação entre eles, expressando sua admiração pela irmã. O significante que permeava essa relação (esquizofrenia) não aparecia como limitante, e sim como possibilidade: se a irmã, que também é esquizofrênica, pode produzir em tantos aspectos (arte, trabalho, independência, vida amorosa...), Willy também pode. Ao final dessa sessão, a psicóloga lhe disse: “quem sabe um dia você também tenha um quadro nestas paredes”.

No discurso da histórica, o agente \$ se impõe no intervalo significativo, com sua produção própria. Assim, em outra sessão, Willy trouxe uma demanda para a técnica: “essa semana eu estava pensando, quero fazer algo para ajudar em casa”, referindo-se à situação financeira precária da família. Com o convite da psicóloga para falar mais sobre isso, Willy continuou: “pensei em fazer alguma coisa de comer para vender. Mas não sei o quê... você me dá uma ideia?”. Aqui há outra ilustração do Sujeito barrado (\$) que produz em cima da suposição de saber ao outro (*a*). Assim, põe o mestre a trabalhar pelo saber, deixando a palavra circular direcionada ao outro. Willy direcionou à terapeuta seu questionamento, sua demanda de, assim como a irmã, produzir, se não arte, algo que tivesse um valor legitimado pelo Outro. A psicóloga, ao convocar novos questionamento no sujeito, redirecionou o tratamento a partir da emergência do discurso do analista. Assim, causou o desejo e levou o sujeito a produzir novos significantes que apontavam para o particular dele: “eu podia vender brigadeiro, faço um brigadeiro muito bom...”.

## **6 O MAL-ESTAR(MAL ESTÁ) EM MIM: OUTRA POSSIBILIDADE DE TRATAMENTO AO SINTOMA DA CRIANÇA**

Na modernidade, construiu-se uma crença na resolução de todo e qualquer problema do homem pela via da biologização, que Guarido e Voltolini (2009, p. 248) tratam como nossa “mitologia contemporânea”. Ela trouxe a crença “suportada e mantida por seus exitosos milagres técnicos, na modificação da condição humana pela alteração genética, bioquímica, etc.” Para Kamers (2013):

O discurso médico psiquiátrico sustenta a promessa de que o mal-estar poderia ser codificado em doença e para cada doença haveria um medicamento específico, o que no caso da infância poderia ser pensado como a tentativa de apagar a condição pulsional da criança. (pp. 161-162).

Sendo assim, torna-se desnecessário implicar um esforço na transformação da realidade social e dos impasses na relação com o outro, visto que as alterações de comportamentos indesejáveis pela biologia são mais ágeis e controláveis, fomentando o sonho da perfeição humana. Esse ideal de perfeição socialmente construído é forjado no seio familiar, em que o desejo dos pais de criar filhos afastados de problemas e de dores, e de garantir a esses uma infância idealizada, produz um imperativo de felicidade constante e a qualquer custo, mas que não se sustenta diante das demandas da realidade. Na prática, essa idealização da infância gera conflitos e acaba por promover um total despreparo no enfrentamento das dificuldades inerentes à vida humana, que por sua vez incorre em maior sofrimento. Segundo Garrido (2019), a partir dessa busca por uma felicidade utópica:

Nega-se o mau, oprime-se a raiva, condena-se o medo, proíbe-se a expressão da natureza física, a libido, apresentando-se e exigindo-se comportamentos e sentimentos unos de amor, igualdade, respeito, bondade, entre outros, que nem sempre serão os mais presentes nas crianças. (p. 61).

Nessa mesma intenção de reprimir os sentimentos maus, termina-se por silenciar as muitas manifestações da vida psíquica infantil, numa negação total do lado ruim e obscuro, agravando o mal-estar próprio ao sujeito. Na tentativa de: “fingir que o lado ruim e obscuro não existe, invade e habita um monstro que domina e rouba a existência sadia e perfeita desejada pelos pais” (Garrido, 2019, p. 61). Sobre isso, Lajonquière acrescenta (1999, citado por Kamers, 2013) que a criança hoje carrega os ideais sociais do adulto, assim, está em cena o apagamento da infância e a tentativa de transformar a realidade infantil em um modo ideal de existência adulta.

Dessa forma, ironicamente, em forma de esperança ou de lamentação, a antiga promessa freudiana de que um dia se encontraria a causa para as neuroses parece ter sido

alcançada. Ou seja, “os estados psíquicos em geral, de humor, de pensamento, de julgamento, etc. já são largamente descritos como resultantes de processos bioquímicos, em uma interferência química sobre eles é também largamente utilizada.” (Guarido & Voltolini, 2009, p. 249).

Com uma aderência cada vez maior aos remédios, que fazem efeitos rápidos e impõem ao indivíduo a ideia de que estes podem beneficiar o sujeito de maneira mais veloz do que a psicoterapia, sustentando que o sofrimento é uma doença advinda de algo que vai mal em seu organismo, torna-se inútil buscar as gêneses dos problemas em sua história de vida. Assim, mais uma vez, cabe indagar: Qual política sustenta esta prática? Guarido e Voltolini (2009) ratificam que não se trata de ir de encontro aos desenvolvimentos científicos e tecnológicos, que, a bem da justiça, trouxeram grandes contribuições para o tratamento dos sofrimentos psíquicos, muito menos de pedir o abandono das pesquisas biológicas, mas exercer com cuidado a crítica de seus efeitos disseminados na sociedade (efeito da medicalização), os quais se tornaram uma visão hegemônica da sociedade. Dessa forma, para Guarido e Voltolini (2009):

A direção da medicalização no mundo contemporâneo aponta, então, para uma descrição biológica das experiências humanas, para uma retradução de suas vicissitudes em termos sintomáticos, para uma intensificação do uso de medicamentos no alívio das dores cotidianas. A efetiva transformação no âmbito dos cuidados em saúde mental, embora mais estética do que conceitual, passou, sem dúvida, pelo uso das drogas psiquiátricas. (p. 252).

No entanto, psicanalistas como Guarido e Voltolini (2009), Rodrigues (2012) e Legnani e Almeida (2009) apontam para uma outra forma de intervir sobre o que passou a ser considerado, nesse processo de medicalização/patologização, como desvio. A psicanálise apresenta uma forma diferente de abordar os impasses que surgem no desenvolvimento da criança, propondo a escuta do sujeito que emerge pela manifestação sintomática. Rodrigues (2012) disserta sobre os desafios que a medicação traz para o trabalho analítico com crianças.

No momento em que a criança entra no circuito da medicalização, ela pode passar a ocupar um lugar de mero objeto do gozo do Outro, Outro este que determina o uso que será feito do medicamento no tratamento do sintoma que a criança venha a apresentar. Esse tratamento dado à criança decorre diretamente da visão dominante de criança como objeto, e não como sujeito passível de expressão, de falar sobre si e sobre seu mal-estar.

Petri (2008), como citado em Rodrigues (2012), traz que o sintoma da criança surge no momento em que ela não encontra no campo do Outro os recursos necessários para enfrentar

os impasses que se lhe apresentam, ocasionando a angústia, vindo o sintoma a ser sua “invenção”. Rodrigues (2012) destaca, então, que o sintoma se trata de um recurso para fazer barreira à boca devastadora do jacaré, contra um amor que poderia matá-la e engoli-la. O sintoma, então, é como essa estaca que, em lugar de ser extirpada, como a medicação professa, apresenta-se para ser escutada. Assim, “o compromisso da psicanálise é com o sujeito, em toda a sua singularidade, e não com um sistema classificatório”(Petri,2008, pp.95-96, citado por Rodrigues, 2012, p. 28).

O autor citado narra o maior impasse que encontra na clínica com crianças: articular a escuta da singularidade do sujeito diante da voracidade do Outro que demanda uma cura rápida do sintoma apresentado, principalmente numa sociedade que acredita na existência de medicamentos para todos os males. Rodrigues ainda aponta que, junto com a variedade de oferta de medicamentos, há uma vasta gama de nomes rotulatórios para a criança: bipolar, autista, TDAH, psicótica. O que muito acontece, como antes trazido, é que esses nomes acabam por não agir norteando a terapêutica clínica, e sim gerando mais estigma e segregação, principalmente no ambiente escolar. Esse autor conclui sua pesquisa reafirmando a importância do medicamento, deixando apenas uma alerta de que seu uso não pode substituir a técnica clínica preponderante: a escuta do sujeito. O que irá definir a necessidade de uso medicamentoso sempre deve ser o caso. Apenas através de uma avaliação cuidadosa pela fala do paciente é que podem ser definidas a necessidade e a condução da terapêutica medicamentosa associada.

A psicanálise apresenta uma visão diferenciada do sujeito e do tratamento que pode ser dado a suas manifestações sintomáticas. Inteligência, percepção, fala e motricidade articulam-se e fazem parte de nossa constituição enquanto sujeito, constituição esta advinda do tesouro dos significantes do Outro. Sendo assim, em vez de trabalhar com categorias diagnósticas fechadas em que há um remédio para cada transtorno, a clínica da criança, para a psicanálise, trabalha com o sintoma que se manifesta nessas funções, compreendendo-as como expressão do funcionamento singular do sujeito em sua interface com a cultura.

Nesse panorama, é importante destacar que o sujeito, quando busca um trabalho analítico, dirige-se a um Outro com a/o esperança/objetivo de ser escutado com suas possibilidades dentro do discurso social do qual faz parte. As nosologias científicas, no entanto, tendem a “eliminar a subjetividade do sujeito”, alterando a expressão das

problemáticas psíquicas, uma vez que a nosografia utiliza outros significantes para dar conta desse mal-estar, no entanto, funcionando como uma lógica de tamponamento.

Ao mesmo tempo, a clínica psicanalítica com crianças, uma vez que trabalha no tempo lógico, propõe-se à implicação e à responsabilização do sujeito com seu sintoma, por meio da escuta do infantil recalcado e da produção de um saber particular sobre sua história de vida, o qual, como já vimos, normalmente é ignorado na lógica da medicalização. Essas intervenções objetivam permitir ao sujeito se desatar do lugar designado pelo Outro, podendo encontrar as palavras que designem seu próprio sintoma, sua produção única e particular, servindo-se do simbólico no enfrentamento com o Real (Legnani & Almeida, 2009). Quando os conflitos psíquicos, as pulsões primitivas e os sentimentos torpes são rejeitados, abre-se espaço para um vazio imensurável, que não possibilita ao sujeito emergir. Surge assim, nesse sujeito, um sentimento de estranheza, inadequação e inaceitação, que leva a um maior isolamento, na impossibilidade de compartilhar as suas vivências de dor.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa nasceu a partir da crítica aos processos de medicalização e patologização que imperam nas práticas clínicas em saúde mental infanto-juvenil, conforme observado em minha experiência como estagiária e corroborado pela literatura pesquisada e apresentada ao longo desta dissertação (Legnani & Almeida, 2009; Guarido & Voltolini, 2009; Kamers, 2013; Rodrigues, 2012; Brzozowski & Caponi, 2013; Leavy, 2013; Becker et al., 2014). Ao constatar que tal abordagem idealiza a infância como fase da vida ausente de problemas, recheada de felicidade, que não valoriza a singularidade da criança ou propicia a emergência do sujeito no percurso clínico, examinei em que medida os discursos dos pais, cuidadores e profissionais que trabalham com saúde mental infantil são influenciados pelas ideias produzidas pelo mito da infância feliz e normal e pela medicalização e patologização do sofrimento psíquico na infância. Para isso, tomei importantes considerações da literatura sobre o tema (Abramovich, 1983; Garrido, 2019), buscando relacioná-las às práticas estigmatizantes em saúde mental infantil.

A partir da problemática circunscrita nesta dissertação a respeito da medicalização e patologização da infância, ficou destacada a necessidade premente, em nossa sociedade, de discutir a forma como os diagnósticos em psicopatologia têm sido construídos pelas autoridades médicas. A crítica construída ao longo desta dissertação ao modelo diagnóstico dominante na atualidade está ancorada na forma como esse diagnóstico tem sido construído, especificamente, pelos profissionais de saúde mental. Observei que a clínica psiquiátrica tem sido reduzida à aplicação dos manuais estatísticos, tais como o DSM e o CID, e que estes, por sua vez, tonaram-se catálogos ateóricos de sintomas e sinais, prescindindo da escuta à subjetividade do paciente.

Atrelada à questão diagnóstica e ao efeito que o nome rotulatório tem no desenvolvimento do sujeito, tal qual apontou a literatura aqui retomada (Figueiredo & Tenório, 2002; Kamers, 2013; Silva & Ghazzi, 2016), a discussão a respeito da terapêutica medicamentosa também ganhou, nas últimas décadas, preponderância nas rotinas clínicas em saúde mental. Constatei que o discurso social hegemônico utiliza a medicação e a alienação ao significante diagnóstico como uma forma de aplacar a angústia dos pais, cuidadores e familiares que convivem com a criança em sofrimento psíquico.

A temática discutida nesta dissertação evidenciou que um diagnóstico leviano e descuidado no período da infância pode repercutir na constituição subjetiva da criança. É importante destacar que autores da psicanálise (Gerbase, 1977; Pacheco, 2012) compreendem a criança como um sujeito em vias de constituição subjetiva, contrariando a ideia, presente em algumas correntes da psicologia, de que a criança é um ser em fase peculiar do desenvolvimento, compreendido como uma etapa que obedece a um ordenamento cronológico e linear. Para a psicanálise, a operação de constituição psíquica do sujeito está intrinsecamente relacionada à demanda, ao desejo e ao lugar que o sujeito ocupa no desejo do Outro, ao tempo de construção de uma posição na fantasia, de modo a lidar com a falta. O analista, ao trabalhar na clínica com crianças, não pode se guiar pela faixa etária ou pelo ideal social de infância, deve, ao contrário, sempre visar o sujeito do inconsciente, marcado pela linguagem, pela atemporalidade e pela fantasia estrutural.

Na teoria psicanalítica de orientação freudo-lacaniana, que serviu como eixo condutor desta pesquisa, a clínica do acolhimento tem importância privilegiada. O dispositivo funciona como porta de entrada do sujeito no serviço e, portanto, como o momento de estabelecimento de uma transferência inicial entre o profissional, o sujeito e sua família, constituindo-se também a primeira escuta desse sujeito, de sua demanda e de seu sintoma. A partir desse atendimento inicial, norteia-se o planejamento da conduta terapêutica e, no CAPS i, a construção do PTS.

Fiz o exercício de retomar, na teoria, as conceituações de Freud (1912; 1913), de Lacan (1958/1998) e de autores da psicanálise contemporânea (Quinet, 1991; Pacheco, 2012) sobre a clínica do acolhimento, também denominada, nesta dissertação, “entrevistas preliminares”, termo utilizado por Freud em suas primeiras considerações sobre o assunto. As entrevistas preliminares, sem as quais a entrada em análise não é possível, apresentam a função transferencial, que considera a suposição de saber direcionada ao analista pelo analisante, e a função diagnóstica. O diagnóstico, em psicanálise, é estrutural e tem como objetivo balizar as intervenções clínicas a partir do posicionamento do sujeito frente ao Outro e seu desejo.

Dessa forma, o diagnóstico na clínica psicanalítica foge da lógica medicalizante, em que as categorias nosológicas nas quais o sujeito é enquadrado acabam por produzir a alienação e o silenciamento do sujeito. Assim, ao tratar das especificidades do diagnóstico na infância na clínica psicanalítica (Vieira, 2005; Pacheco, 2012; Silva & Ghazzi, 2016) não se



abordam os transtornos do desenvolvimento e tampouco a estrutura é determinante da subjetividade do sujeito ou de seu destino. Devido à característica efêmera do sintoma infantil, este não deve aprisionar a criança em um rótulo, por isso o profissional que se propõe a tal trabalho deve buscar preservar o caráter inconclusivo do diagnóstico na infância. O diagnóstico estrutural mantém-se como norte na condução do caso, uma vez que, nas diferentes estruturas clínicas, o sujeito responde à alienação à linguagem de maneira diversa.

Em psicanálise, objetiva-se, já nas entrevistas preliminares, produzir giros discursivos e deslizamentos significantes que suscitem a histerização do discurso. A função transferencial das entrevistas preliminares, tal como denomina Quinet (1991), é tema de destaque desde os primórdios da psicanálise. Conceitos como “transferência”, “associação livre”, “atenção flutuante”, “histerização do discurso”, “demanda” e “desejo do analista” foram discutidos nesta dissertação a partir de sua relação com as entrevistas preliminares. Pude constatar, a partir da literatura sobre o assunto, que as entrevistas preliminares, embora tenham importância e objetivos específicos, não se distinguem em estrutura e método do tratamento analítico. Assim, o que Freud nomeou como “regra fundamental da psicanálise”, compreendida como a associação livre para o analisante e como a atenção flutuante para o analista, norteia a condução da sessão desde a primeira entrevista. A atenção flutuante, na realidade, seria melhor definida como um preceito, uma recomendação, que tem seu fundamento na ética da psicanálise, a ética que cria condições para o sujeito bem-dizer o sintoma, regida pelo desejo do analista.

A associação livre é marca do nascimento da psicanálise. Ela marca o início de cada nova análise e caracteriza-se por solicitar ao analisante falar o que lhe vier à mente, sem ordenamento ou censura, de forma que o inconsciente possa reger sua fala. A recomendação de Freud aos analistas de manter uma atenção uniformemente suspensa ao escutar o analisante, não se prendendo a pontos específicos da fala, fundamenta-se em sua ideia de que os conteúdos relevantes para o sujeito se repetem ao longo das sessões, através do deslizamento significativo. Lacan (1958/1998) traz que a fala dirigida pelo analisante ao analista, sob transferência, é determinada pelos significantes que permeiam seu inconsciente, de forma que não são livres. Há, na verdade, sempre um sentido e uma ordem na fala em análise. Trata-se, porém, de uma determinação inconsciente, que o próprio sujeito desconhece.

A partir da leitura de Lacan (1973, 1967) e de trabalhos mais recentes (Soler, 1994; Fingermann, 2005) observei que o desejo do analista é a função que permite ao analista suportar a transferência, um elemento de uma estrutura discursiva na qual o tratamento analítico se ancora. Por ser elemento de uma estrutura, não opera senão em parceria com o sujeito do inconsciente, função exercida pelo analisante. No desejo do analista, não há pessoalidade ou subjetividade, uma vez que a análise não é uma experiência de troca intersubjetiva. Trata-se, ao contrário, de um processo no qual só há um sujeito em cena, o sujeito do inconsciente do analisante. Assim, resta ao analista a posição de objeto que, ancorado em sua análise pessoal, faz desejar. Por isso diz-se que a posição do analista é de suposto saber. O analisante atribui a ele um saber, mas que é mera suposição. O analista, em sua posição de douda ignorância, nada sabe ou deseja, a não ser que a análise possa acontecer.

A demanda refere-se ao mal-estar que faz o sujeito procurar uma análise ou serviço de saúde em instituições como o CAPS i, por mim estudado, e é outro elemento importante na clínica do acolhimento em psicanálise (Lacan, 1958/1998; Soler, 2013; Moreira, 2016). Invariavelmente o sujeito chega à análise com uma demanda dirigida ao analista. Essa demanda pode aparecer de forma mais clara, mas pode também ser formulada apenas no decorrer das sessões. Por vezes, o sujeito chega à análise cristalizado na queixa sobre seu sintoma, buscando uma cura para ele. Na cultura capitalista, como retratado aqui, há um imperativo por soluções rápidas, simples e fáceis para tudo que foge à norma social, ela faz requerer que manifestações da vida psíquica, consideradas desviantes ou problemáticas, sejam extirpadas e silenciadas de imediato.

No entanto, o sintoma é definido na psicanálise, desde Freud, como metáfora, como forma de satisfação substitutiva, como elemento da estrutura inconsciente desse sujeito, que aponta para o que há de mais real nele, por isso é impossível curá-lo, uma vez que o sujeito não pode ser curado de seu inconsciente, de sua condição de ser falante. A demanda é sempre da ordem da busca por uma resposta, mas não se satisfaz com palavras, porquanto aponta para o irreduzível do sujeito. Assim, o sintoma suficiente para a queixa do sujeito precisa passar ao estatuto de “sintoma analítico”, passagem na qual o sujeito pode vir a se enredar em sua história e a interrogar-se sobre esse sintoma. Nesse giro de posição, em que o sintoma passa a ser intransigível para o sujeito, há a histerização do discurso e a definição da verdadeira demanda de análise.

A oferta também figura como elemento imprescindível para a entrada em análise. Em psicanálise, a oferta está no começo do tratamento e temas funções de trabalhar a demanda do analisante e de instaurar a transferência enquanto suposição de saber. Essa demanda inicial, melhor denominada por queixa, deve ser recusada e redirecionada pelo analista, uma vez que não aponta para a questão do sujeito. Na clínica infantil, é até comum que a queixa seja formulada por outros: pais, cuidadores, professores ou instituição. Assim, no trabalho analítico com crianças, é necessário primeiramente que o analista possa distinguir, no momento do acolhimento, se o sintoma, do qual provém a queixa, é da criança ou proveniente de um embaraço na fantasia do Outro.

Utilizei o referencial psicanalítico (Lacan, 1969/2003; Vieira, 2005; Pacheco, 2012) para propor pensar o sintoma da criança por uma outra via. Na psicanálise, o sintoma da criança é tomado como resposta ao que há de sintomático na estrutura familiar e de representante da verdade, sempre meio-dita, de algo do casal que faz sintoma. Dessa forma, não é possível conceber o sintoma da criança separado do laço familiar e da função da família, uma vez que seu sintoma sempre guarda relação com o Outro do inconsciente e sua fantasia. A função da família pode ser pensada a partir da irreduzibilidade da transmissão do desejo nãoanônimo, do interesse particularizado e, conseqüentemente, da condição de linguagem do sujeito. Sendo assim, a família é, em sua estrutura, necessária para a constituição subjetiva.

Para delimitar as especificidades da clínica do acolhimento com crianças, temática central da presente pesquisa, tomei a política brasileira de saúde mental infanto-juvenil (Brasil, 2014), com a finalidade de compreender como é preconizado o acolhimento ao sofrimento psíquico na infância em serviços públicos. Tal política confere às crianças a condição de sujeitos responsáveis por seu sintoma e sua demanda, detentores do direito a uma escuta e a uma intervenção que considerem a sua singularidade. Postula-se também o princípio do acolhimento universal, a partir do qual todos os serviços de saúde devem estar aptos a acolher o sofrimento psíquico na infância. Cabe ressaltar que isso não significa que a criança poderá/deverá ser atendida em qualquer serviço, e sim que o serviço deve escutar e acolher a demanda e, conforme a necessidade, direcionar o sujeito na Rede de Saúde da melhor forma possível.

Conforme pude constatar nas observações e análises do CAPS i, esse serviço tem, como designa a Portaria 336/2002, um perfil específico de usuários. Trata-se de um serviço integrante da Rede de Atenção Psicossocial, planejado para prover assistência a menores de

idade que apresentem transtornos psiquiátricos severos e persistentes que, por tal quadro apresentado, necessitem de assistência nas modalidades semi-intensiva e intensiva. Os CAPS surgiram na década de 90, legado do movimento de luta antimanicomial brasileira, com o objetivo de substituir paulatinamente os hospitais psiquiátricos. Seu funcionamento foi regulamentado por Lei, em 2002, com a Portaria 336 do Ministério da Saúde Brasileiro e hoje são considerados os principais dispositivos de saúde pública para assistência em saúde mental.

No município da Região Metropolitana de Salvador, onde realizei minha pesquisa, a RAPS é composta por três CAPS, os quais são: um CAPS II, para atendimento a adultos com transtornos psiquiátricos severos; um CAPS ad, para tratamento de adultos com transtornos psiquiátricos decorrentes do uso de álcool e de outras drogas; e um CAPS i, objeto do presente estudo, que tem como público-alvo crianças e adolescentes até dezoito anos incompletos que apresentem transtornos psiquiátricos severos.

Pude constatar, ao longo do período de pesquisa no CAPS i, que a equipe considerava o acolhimento como dispositivo de grande relevância para o bom funcionamento do serviço e para a garantia de um tratamento de qualidade ao sujeito. A partir disso, concluí que estava presente entre os técnicos do serviço a ideia de que a metodologia e a eficácia do acolhimento reverberam em sua atuação com os sujeitos, na vinculação equipe-usuário-família, e no comprometimento do sujeito e seus familiares ao tratamento. Em suas falas, os profissionais também exaltavam a necessidade da discussão dos casos em equipe, expressando o quanto a troca entre a equipe multidisciplinar agregava ao fazer clínico dos profissionais, ampliando sua visão.

Devido a essa importância dada ao acolhimento, seu modelo foi, por diversas vezes, discutido, pensado e reelaborado nas reuniões, sempre visando construir um espaço de escuta qualificada ao sujeito que chegou e a sua família. Também devido a essas discussões acerca do acolhimento, as psicólogas do serviço voltaram a realizar tal atendimento, partindo de uma reflexão crítica a respeito da importância de haver o olhar do profissional de psicologia neste dispositivo de destaque para a logística de todo o CAPS i.

A respeito da entrada de novos usuários no serviço, constatei que, apesar de não haver uma rigidez, a equipe buscava nortear-se pelo que preconiza a Portaria 336/2002 a respeito do perfil de público atendido no CAPS i. A admissão de sujeitos que se enquadrassem no

chamado “perfil CAPS” tinha como principal objetivo, conforme expressão das técnicas, zelar pelo bom funcionamento da Rede como um todo. Assim, os sujeitos que, apesar de apresentarem uma demanda de tratamento, não apresentavam características que justificassem o tratamento em CAPS (um transtorno psiquiátrico severo e persistente), eram encaminhados para um outro dispositivo da Rede de Saúde municipal que pudesse atender melhor às suas necessidades.

Destaco que o acolhimento eficaz também tem repercussões sobre a forma como o usuário e sua família recebem o encaminhamento. Além disso, para realizar um encaminhamento responsável, é essencial uma escuta de qualidade no momento inicial do acolhimento, de forma que seja possível ao técnico que realizou o acolhimento construir um projeto terapêutico para o usuário nas reuniões clínicas da equipe.

As discussões de equipe também são preconizadas no momento da elaboração do PTS, uma vez que os profissionais reconhecem a importância do trabalho multidisciplinar e da diversidade de olhares sobre um mesmo caso, pois ampliam as possibilidades de compreensão e de intervenção. Assim, embora a fala do técnico que acolheu o sujeito seja valorizada nas discussões de caso, esse profissional não toma decisões sozinho nem se responsabiliza pela condução dada ao tratamento.

Pude constatar que há uma preferência pelas terapias em grupo, sempre que a adaptação do usuário a esse espaço é possível e proveitosa. A ênfase dada a esse dispositivo baseia-se na diretriz da promoção da cidadania, em que se valoriza a importância da socialização, do apoio mútuo entre pares e da convivência em grupo. Nesse sentido, pude observar um esforço da equipe em promover atividades lúdicas e festivas que possibilitem ao sujeito uma participação ativa na vida em comunidade, através de celebrações de datas comemorativas, passeios e outros eventos.

Destaco também, após minhas observações, o esforço da equipe para encaminhar prontamente casos que apresentavam possibilidade de complicação em seu curso, como o risco de tentativa de suicídio e os sinais de autismo na primeira infância. Para casos como esses, considerava-se importante a intervenção precoce. O que pude constatar durante minha pesquisa é que a rede de saúde do município em questão apresenta pontos de fragilidade e, devido à alta demanda relativa ao sofrimento psíquico na infância e na adolescência, a procura por atendimento no serviço é maior do que sua capacidade de absorção, o que resulta em filas

de espera, por vezes, longas. Tomando isso em consideração, pude, mais uma vez, depreender a importância de um acolhimento de qualidade que otimize o serviço e possa encaminhar o usuário para o serviço de saúde específico em cada caso, a fim de possibilitar ao sujeito que este encontre, o mais rapidamente possível, a assistência necessária, impedindo a sobrecarga dos diferentes dispositivos da Rede.

Tendo como questões norteadoras “Qual é a interlocução dos diferentes discursos no acolhimento à demanda em um CAPS i?” e “Qual é a influência desses discursos na direção do tratamento dado ao sintoma do sujeito?”, esta pesquisa objetivou investigar os discursos presentes no tratamento dado ao sintoma da criança no acolhimento à demanda num CAPS i da Região Metropolitana de Salvador, a partir do estudo de casos discutidos nas reuniões da equipe técnica. A partir desta pesquisa, pude investigar o quanto as práticas dos profissionais responsáveis pelo acolhimento em um dispositivo de saúde mental infanto-juvenil são influenciadas pelas estruturas discursivas que os sustentam. Para tal análise, tomei como referência a teoria dos discursos de Lacan (1969/1970).

Essa teoria trouxe um novo sentido à noção de discurso, exterior à psicanálise. Lacan parte do estruturalismo e da ênfase na linguagem como estrutura para pensar o discurso como estrutura que faz laço social. As quatro estruturas discursivas propostas, que regem todo e qualquer laço social, são as seguintes: discurso do mestre, discurso da histérica, discurso do analista e discurso do universitário, os quais foram estudados e detalhados anteriormente nesta dissertação.

Após extensa pesquisa bibliográfica e revisão de literatura, dediquei-me à coleta de dados por meio da observação de campo. Ineri-me no lócus de pesquisa, o CAPS i da Região Metropolitana de Salvador, com o objetivo de investigar o tratamento dado à demanda pelos técnicos responsáveis pela clínica do acolhimento. Para esse fim, tomei como unidade de análise as falas e as discussões dos profissionais nas reuniões de equipe e em suas intervenções clínicas, escutadas ao longo de cerca de catorze meses de observação-participante nas atividades do serviço (reuniões clínicas, reuniões técnicas da Rede de Saúde Municipal, atendimentos individuais e grupais, e eventos festivos). A partir da rica coleta de dados a que me propus, a qual excedeu minhas expectativas iniciais, pude redimensionar minha trajetória de pesquisa.

Assim, minha investigação transcendeu a temática da clínica do acolhimento para abranger todo o percurso do sujeito no serviço, desde sua entrada até as transições observadas e analisadas na condução dos casos. Para essa investigação, optei pelo estudo de caso como metodologia de trabalho, partindo de três casos clínicos discutidos pela equipe técnica, durante as reuniões clínicas do CAPS i, com minha observação. Os casos nomeados por mim como Vannelope, Bruce e Willy, foram escolhidos a partir de sua adequação ao tema pesquisado, uma vez que ilustram os principais pilares pertinentes à pesquisa: entrevistas preliminares em psicanálise, diagnóstico em saúde mental infanto-juvenil e o sintoma da criança. Nos três estudos de caso trabalhados nesta dissertação, pude acompanhar os giros discursivos operados pela equipe ao trabalhar a demanda endereçada pelo sujeito e sua família.

O estudo de caso é considerado por autores como Nogueira (1999), Zanetti e Kupfer (2006) e Vorcaro (2008) a metodologia privilegiada na pesquisa psicanalítica, sendo a marca distintiva dessa teoria. Em uma clínica que trabalha sempre caso a caso, com a singularidade de cada sujeito, é a perspectiva universalizante do caso que permite transpor algo da experiência analítica à teoria e, conseqüentemente, possibilita novas construções teóricas. Por isso, em psicanálise, teoria e clínica são indissociáveis.

Em minha pesquisa, a escolha metodológica pelo estudo de caso institucional, tomado a partir da observação participante das atividades dos técnicos do CAPS i, fez surgir algumas particularidades na pesquisa e na análise dos casos. O estudo de um caso atendido em instituição requer uma implicação significativa por parte do pesquisador, de modo que sua leitura não se prenda ou não se limite a uma teoria. Dessa observação, deduzi a importância da escolha de casos que me fizeram questão por tocarem a problemática estudada. Assim, os casos clínicos estudados foram acompanhados pela pesquisadora por meio das discussões nas reuniões de equipe e da observação dos atendimentos clínicos realizados por profissionais da equipe (psicóloga e fonoaudióloga).

No caso Vannelope, explorei a importância de um acolhimento atento para a identificação da demanda que o sujeito e sua família dirigem à equipe, que possibilite ao profissional responsável pelo atendimento interrogar-se sobre o caso ultrapassando o discurso cristalizado que o Outro traz sobre o sujeito. No momento em que se fez necessário um novo acolhimento da menina, a nova profissional responsável por seu atendimento, psicóloga da equipe, dispõe-se a escutar a história de vida e a demanda de Vannelope, atentando-se para a atenção que a mãe direciona ao “não falar” da filha. Esse primeiro atendimento também

evidenciou a complacência materna em relação às dificuldades de socialização, à tolerância à frustração e à desorganização da filha.

A psicóloga, ao propor uma nova organização do PTS de Vanelope, pôde desprender-se da submissão ao Saber que vigorava no laço entre equipe e caso, configurado no discurso universitário. Assim, o discurso do Outro parental que atribuía à menina o lugar de “criança-problema”, somado ao discurso médico do diagnóstico de autismo, tinha efeito de um saber-verdade sobre o sujeito, alienando-o como objeto do Outro. Ao atentar para às expressões não-verbais de Vanelope, a psicóloga permitiu-se ler os significantes que ela própria trazia ao atendimento, passando ao discurso da histórica, em que a posição de questionar-se sobre o caso propicia a produção de novos significantes e a emergência do sujeito. Por meio das discussões em equipe e do novo olhar lançado ao caso pela psicóloga, pude constatar um giro discursivo em que a equipe passou a trabalhar com a possibilidade de construção do caso entre os vários profissionais, nas reuniões clínicas. Para tanto, foi preciso tomar o saber sobre o caso como não todo, furado.

Já no caso Bruce, pude relacionar questões pertinentes ao apanhado teórico sobre o sintoma da criança. Tal caso ilustra com louvor a indissociabilidade entre os arranjos e desarranjos da estrutura familiar e a formação do sintoma da criança. A partir de um acolhimento por demanda espontânea, Bruce e sua mãe dirigiram à profissional da equipe a interrogação sobre seu sintoma de caráter autodestrutivo. Por meio de atuações agressivas e de ditos que o depreciavam, Bruce denunciou com seu sintoma a verdade não dita da relação parental, apontando para o mal-estar na conjugalidade dos pais e para o abalo na relação do sujeito com o Outro.

Assim, o caso Bruce aponta também para o caráter essencial do desejo na transmissão da condição de linguagem humana e da condição desejante do sujeito. A mudança imposta ao enredo familiar pela atitude do pai de negar a paternidade de Bruce estava articulada ao surgimento de um outro homem no desejo do Outro materno. Esse abalo é promovido pela modificação na cena familiar ocorrida de maneira brusca no momento em que o pai de Bruce nega sua paternidade. Dessa forma, pude pensar tal abalo a partir da evidenciação da não complementariedade na relação dos pais de homem-mulher e do exercício parental, uma vez que o desejo dos pais entre si e o desejo dos pais pelo filho não eram tomados separadamente.



O último caso apresentado nesta dissertação, o caso Willy, permitiu tratar o tema das implicações do diagnóstico na infância para o trabalho da equipe de saúde mental e para a constituição subjetiva do sujeito. No momento da chegada de Willy ao CAPS e da elaboração de seu PTS, o diagnóstico médico de esquizofrenia e suas manifestações sintomáticas, nomeadas por alucinações e delírios, foram os significantes que marcaram a equipe, tomada pelo discurso do universitário. O discurso do universitário, representante da burocracia e da ciência, funcionou, naquele momento, para dividir cada vez mais o sujeito, ceifado de sua subjetividade pela ação do agente do discurso que demanda um saber total.

Nas entrevistas preliminares conduzidas pela psicóloga designada ao caso, surgiu como significativa a identificação que Willy e sua mãe fizeram entre ele e a irmã mais velha, que havia passado por tratamento no mesmo CAPS *i* anos antes, também diagnosticada com esquizofrenia. Nesse primeiro atendimento, pude relacionar a dominância do discurso do mestre nos discursos de Willy e de sua mãe, laço social no qual o  $S_1$  impera dominando todo o saber sobre o sujeito e apontando para sua castração: a partir do significante mestre “esquizofrenia”, depreende-se uma gama de possibilidades barradas ao sujeito pela sua “condição”.

A escuta atenta à demanda colocada por Willy e por sua mãe proporcionou à psicóloga interrogar-se sobre o diagnóstico médico que fora tomado pela equipe como saber absoluto. Dessa forma, a psicóloga passou a intervir no caso Willy a partir da hipótese da existência de um sujeito do inconsciente, o que proporcionou um segundo giro discursivo no laço entre profissional e sujeito: a saída do discurso do universitário em direção ao discurso do analista. Nessa posição, a psicóloga passou a produzir a partir do lugar de semblante de objeto *a* e da função desejo do analista, o que suscitou ao sujeito uma nova produção significativa, [sustentando o engodo de que é possível desviar-se da castração].

A produção da cadeia significativa e a aposta no sujeito permitiram a Willy deslizar do  $S_1$  “esquizofrenia” para um novo significante de identificação fraterna, o “ficar bom”, em que o sujeito concluiu que, se sua irmã “ficou boa, [ele também poderia] ficar”. Observei ainda que o giro discursivo da profissional acarretou também um giro discursivo por parte do garoto, passando Willy ao discurso da histérica, na qual posicionou-se como agente, o sujeito barrado, tendo o objeto *a* como verdade não toda, como suporte, dirigiu-se ao outro questionando os significantes-mestres ( $S_1$ ) como forma de produzir novos saberes ( $S_2$ ). Percebi também que Willy, ascendendo à posição de sujeito, produziu significantes a partir da

suposição de saber ao outro (na posição de objeto *a*) encarnado pela psicóloga, demandando desta: “pensei em fazer alguma coisa de comer para vender. Mas não sei o quê... você me dá uma ideia?”.

Assim, o caso Willy ilustrou o potencial alienante que o saber médico e o significante diagnóstico tiveram sobre a condução do caso. A psicóloga responsável pelo atendimento, ao possibilitar a circulação dos discursos em sua conduta clínica e nas reuniões de equipe, causou interrogações e questionamentos que fizeram furo ao saber total sobre o caso. Desse modo, foi possível não só à técnica e à equipe mudarem seus posicionamentos frente ao garoto, como foi franqueado ao próprio a possibilidade de mudança de posição subjetiva, em que sua produção significativa própria e particular é tomada como significativa, ao provocar a manifestação do sujeito de linguagem que, causado pelo desejo do analista, pode elaborar um novo saber sobre seu inconsciente.

Finalizo reiterando a importância da construção de uma clínica do acolhimento em saúde mental infantil que valorize a escuta do sujeito e propicie o constante questionamento, por parte dos profissionais que se dedicam a tal atendimento, sobre seu fazer clínico e seu saber sobre o caso. Assim, será possível ao profissional que trabalha com crianças furtar-se da lógica hegemônica de enquadre do sujeito que, pela particularidade de sua condição de constituição subjetiva em estruturação, não pode ser limitado a um diagnóstico rígido e imutável. Dessa forma, considero que o dispositivo do acolhimento pode ser muito enriquecido pelas discussões em equipe multidisciplinar que enfatizem a diversidade de olhares sobre um mesmo caso em atendimento, levando, assim, à reflexão crítica sobre patologização e medicalização do sofrimento psíquico na infância e assegurando um acolhimento em saúde mental eficiente e digno.

## REFERÊNCIAS

- Abramovich, F. (Org.). (1983). *O mito da infância feliz*. São Paulo, SP: Summus.
- Alberti, S. (2009). *Esse sujeito adolescente*. Rio de Janeiro, RJ: Rios Ambiciosos.
- Ariès, P. (1981). *História social da criança e da família*. Rio de Janeiro, RJ: Editora LCT.
- Becker, A. L. M. M. M., Souza, P. H., Oliveira, M. M., & Paraguay, N. L. B. B. (2014). A articulação da rede de proteção à criança e a aplicação intersetorial do círculo de segurança como alternativas à medicalização. *Revista Paulista de Pediatria*, 32(3), 247-281.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2014). *Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Brzozowski, F. S., & Caponi, S. N. C. (2013). Medicalização dos Desvios de Comportamento na Infância: Aspectos Positivos e Negativos. *Psicologia: ciência e profissão*, 33(1), 208-221.
- Carta CONEP, nº 212 (2010, 21 de outubro). Recuperado de: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/legislacao/carta-conep-212-2010>.
- Cozby, P. C. (2013). *Métodos de pesquisa em ciências do comportamento*. São Paulo, SP: Atlas.
- Cunha, M. P.; Borges, L. M.; & Bezerra, C. B. (2017). Infância e saúde mental: perfil das crianças usuárias de um centro de atenção psicossocial infantil. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 25(1), 27-35.
- Decreto nº 7724 (2012, 16 de maio). Recuperado de: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2012/decreto/d7724.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/decreto/d7724.htm).
- Fernandes, A. H. (2011). *Acreditar no sintoma*. In: Teixeira, M. R. (Org.). O sintoma e o mal-estar nos discursos. Salvador: Associação científica campo psicanalítico, 205-213.
- Figueiredo, A. C. (2004). A construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental. *Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental*, 7(1), 75-86.
- Figueiredo, A. C.; Tenório, F. (2002). O diagnóstico em psiquiatria e psicanálise. *Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental*, 5(1), 29-43.
- Fingermann, D. (2005). Sintoma... ou angústia. In: Fingermann, D., & Mendes, M. D. *Por causa do pior*. São Paulo, SP: Iluminuras, 2005.
- Flesler, A. (2012). *A psicanálise de crianças e o lugar dos pais*. Rio de Janeiro, RJ: Zahar.
- Freud, S. (1996). *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*, vol. 7: Um caso de Histeria, Três Ensaios sobre Sexualidade e outros trabalhos. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1901-1905).

- Freud, S. (1996). *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*, vol. 12: O Caso Schreber, Artigos sobre Técnica e outros trabalhos. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1911-1913).
- Freud, S. (1996). *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*, vol. 17: Uma Neurose Infantil e outros trabalhos. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1917-1918).
- Freud, S. (1996). *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*, vol. 19: O Ego e o Id e outros trabalhos. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1923-1925).
- Garrido, M. C. A. (2019). *Contos de fadas proscritos: dialogando com o silêncio*. (Dissertação de Mestrado em Estudo de Linguagens). Departamento de Ciências Humanas, Universidade do Estado da Bahia, Salvador.
- Gerbase, J. (1977). Carrossel entrevista Jairo Gerbase. Carrossel, Salvador, *EPB*, 1(0).
- Gomes, C. A. V., & Pedrero, J. N. (2015). Queixa Escolar: Encaminhamentos e Atuação Profissional em um Município do Interior Paulista. *Psicologia: ciência e profissão*, 35(4).
- Guarido, R., & Voltolini, R. (2009). O que não tem remédio, remediado está? *Educação em Revista*, 25(1), 239-263.
- Heywood, C. (2004). *Uma história da infância: da idade média à época contemporânea do ocidente*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Kamers, M. (2013). A fabricação da loucura na infância: psiquiatrização do discurso e medicalização da criança. *Estilos da Clínica*, 18(1), 153-165.
- Lacan, J. (1973). *O seminário*, livro 04: A relação de objeto. Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar Editor. (Trabalho original publicado em 1956-1957).
- Lacan, J. (1973). *O seminário*, livro 17: O avesso da psicanálise. Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar Editor, (Trabalho original publicado em 1969-1970).
- Lacan, J. (1998). *A direção do tratamento e os princípios de seu poder*. In J. Lacan, pp. 591-652). *Outros Escritos*. Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar Editor. (Trabalho original publicado em 1958).
- Lacan, J. (2003). "Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista de Escola – Primeira versão" In: *Outros escritos*. Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar Editor. (Trabalho original publicado em 1967).
- Lacan, J. (2003). *Nota sobre a criança*. In J. Lacan, pp. 369-370. *Outros Escritos*. Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar Editor. (Trabalho original publicado em 1969).
- Lacan, J. (2003). *Televisão*. In J. Lacan. *Outros Escritos*. Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar Editor. (Trabalho original publicado em 1973).
- Leavy, P. (2013). “¿Trastorno o mala educación?” Reflexiones desde la antropología de la niñez sobre un caso de TDAH en el ámbito escolar *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*. 11(2), 675-688.

- Legnani, V. N., & Almeida, S. F. C. (2009). Hiperatividade: o "não-decيدido" da estrutura ou o "infantil" ainda no tempo da infância. *Estilos da Clínica*, 14(26), 14-35.
- Lei nº. 12.527 (2011, 18 de novembro). Recuperado de: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/lei/112527.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/112527.htm).
- Lei nº 8.069 (1990, 13 de julho). Recuperado de: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm).
- Lemes, C. B., & Ondere Neto, J. (2017). Aplicações da psicoeducação no contexto da saúde. *Temas em Psicologia*, 25(1), 17-28.
- Moreira, C. P. (2016). *CAPS i: a que será que se destina?* Análise dos processos decisórios sobre os casos atendidos em um CAPS i de Salvador. (Dissertação de mestrado em Saúde Coletiva). Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador.
- Nogueira, L. C. (1999). A pesquisa em psicanálise. *Psicologia USP*, 15(1/2), 83-106.
- Pacheco, A. L. P. (2012). *Da fantasia de infância ao infantil na fantasia: a direção do tratamento na psicanálise com crianças*. São Paulo, SP: Annablume.
- Portaria nº. 336 (2002, 19 de fevereiro). Recuperado de: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336\\_19\\_02\\_2002.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html).
- Quinet, A. (1991). *As 4+1 condições da análise*. 12. reimpr. Rio de Janeiro, DF: Zahar.
- Resolução CNS nº 446 (2012, 12 de dezembro). Recuperado de: [https://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2013/06\\_jun\\_14\\_publicada\\_resolucao.html](https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2013/06_jun_14_publicada_resolucao.html).
- Resolução CNS nº 510 (2016, 7 de abril). Recuperado de: [https://www.in.gov.br/materia/-/asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/22917581](https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/22917581).
- Rinaldi, D. L. (2000). O acolhimento, a escuta e o cuidado: algumas notas sobre o tratamento da loucura. *Em Pauta* (Rio de Janeiro), 16, 7-18.
- Rodrigues, A. O. (2012). A medicação enquanto impasse na clínica com crianças. *Reverso*, 34(64), 25-30.
- Rousseau, J. J. (1995). *Emílio, ou da educação*. São Paulo, SP: Martins Fontes.
- Silva, H. C., & Ghazzi, M. S. (2016). Diagnóstico na infância: quais as implicações possíveis? *Interação em Psicologia*, 20(2), 135-143.
- Soler, C. (1994). O desejo do psicanalista – onde está a diferença? Originalmente publicado em: *La Lettre Mensuelle*. (131), 10-12.
- Soler, C. (2013). A oferta, a demanda e... a resposta. *Stylus*, (26), 15-28.
- Souza, A. (2003). *Os discursos na psicanálise*. Rio de Janeiro, RJ: Companhia de Freud.

- Vieira, M. A. (2005). *Nota sobre a criança, de Jacques Lacan: uma leitura*. Versão texto de duas aulas ministradas no Hospital São Zacarias. Edição de Ana Raquel Carvalhaes.
- Zanetti, S. A. S., & Kupfer, M. C. M. (2006). O relato de casos clínicos em psicanálise: um estudo comparativo. *Estilos da Clínica*, 11(21), 170-185.
- Zaniani, E. J. M. (2015). *Entre potências e resistências: o Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil e a construção da lógica da Atenção Psicossocial*. (Tese de Doutorado em Psicologia), Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista, Assis.

## ANEXOS

### ANEXO A - ORÇAMENTO E CRONOGRAMA DE DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

#### Orçamento e cronograma de desenvolvimento da pesquisa

A presente pesquisa não tem custos de execução.

#### CRONOGRAMA:

O cronograma previsto para a pesquisa será executado caso o projeto seja APROVADO pelo Sistema CEP/CONEP (Carta Conep 061/2012).

ATIVIDADES	PERÍODO				
	2017.1	2017.2	2018.1	2018.2	2019.1
Levantar bibliografia					
Revisar bibliografia					
Elaborar projeto de pesquisa					
Seminário de qualificação I					
Solicitar a aprovação do comitê de ética					
Coleta de dados					
Análise dos dados					
Seminário de Qualificação II					
Produção da dissertação					
Defesa da dissertação					

Salvador, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018

Assinatura do responsável pelo projeto

**ANEXO B - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE**

Título do projeto: O Acolhimento da Demanda em um Capsi: Estudo de Caso sobre o Trabalho de Equipe

Pesquisadora responsável: Livia d'Oliveira Tohmé

Demais pesquisadores: -

Instituição/Departamento: Universidade Federal da Bahia/ Instituto de Psicologia

Local da coleta de dados: Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil do Município de Lauro de Freitas

A pesquisadora do projeto intitulado “O Acolhimento da Demanda em um Capsi: Estudo de Caso sobre o Trabalho de Equipe” se compromete a garantir a privacidade dos sujeitos da pesquisa, cujos dados serão coletados através de observação não participante das reuniões de equipe do Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil do Município de Lauro de Freitas. Os dados serão utilizados com fins única e exclusivamente para execução do presente projeto. A divulgação das informações só será realizada de forma anônima e os dados coletados, bem como os termos de consentimento livre e esclarecido, mantidos em sigilo sob total responsabilidade da pesquisadora. A pesquisadora declara ainda estar ciente das Normas e Resoluções que norteiam a pesquisa envolvendo seres humanos e que o projeto será desenvolvido em conformidade com a Resolução 446/12, do Conselho Nacional de Saúde, respeitando a autonomia do indivíduo, a beneficência, a não maleficência, a justiça e a equidade. Garantindo, assim, o zelo das informações e o total respeito aos indivíduos pesquisados.

....., .....de.....de 20.....

\_\_\_\_\_  
Nome do Membro da Equipe Executora

\_\_\_\_\_  
Assinatura



## ANEXO C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO –TCLE BASEADO NAS DIRETRIZES CONTIDAS NA RESOLUÇÃO CNS Nº466/2012, MS.

Prezado (a) Senhor (a)

Esta pesquisa é sobre “O Acolhimento da Demanda em um Capsi: Estudo de Caso sobre o Trabalho de Equipe” e está sendo desenvolvida por Lívia d’Oliveira Tohmé, do Curso de Mestrado em Psicologia da Universidade Federal da Bahia, sob a orientação da Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Andréa Hortélio Fernandes. Os objetivos do estudo são pesquisar de que forma os dispositivos de saúde mental infanto-juvenil da rede de atenção psicossocial têm recebido os usuários em suas demandas e que discursos perpassam suas práticas profissionais no momento do acolhimento. Pensando que os CAPS têm seu surgimento pós reforma psiquiátrica, a partir de uma busca por um novo tratamento à Saúde Mental, este trabalho visa contribuir para a reflexão sobre as práticas nestes dispositivos que legitimem os ideais da desospitalização, integralização no acesso à saúde, garantia aos sujeitos seus direitos fundamentais e a desinstitucionalização da loucura.

Solicitamos a sua colaboração para realizar observação não participante das reuniões de equipe semanais, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em trabalho de Dissertação de Mestrado. A divulgação dos resultados ocorrerá de forma sigilosa e confidencial, sendo resguardadas as identidades dos técnicos e a identificação do locus de pesquisa. A pesquisadora se compromete em apresentar os resultados da pesquisa para o corpo técnico do CAPS i, assegurando que esta tem fins unicamente de estudo e pesquisa, pois trata-se de uma dissertação de mestrado que poderá também ser publicada em forma de artigo e apresentada em eventos acadêmicos, devido a seu caráter de estudo e pesquisa. Na presente pesquisa há o risco de as reuniões tomarem um curso diferenciado e artificial devido à presença de uma observadora, podendo os profissionais se sentirem inibidos/constrangidos a expressarem-se livremente frente a alguém que não é membro da equipe. Pretende-se minimizar esse risco prestando todos os esclarecimentos necessários sobre objetivo, relevância, método e considerações éticas da pesquisa, não só previamente, como ao longo do trabalho. Sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pela Pesquisadora. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir deste, não sofrerá nenhum dano. A pesquisadora estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa. Outro fator que pretende minimizar o risco da influência da presença da pesquisadora como observadora não participante é o tempo de acompanhamento das reuniões, pois, como Cozby (2003) colocou, o grupo normalmente se acostuma rapidamente com a presença do observador e, assim, porta-se

com naturalidade, de forma que, em pesquisas que se desenvolvem ao longo de certo período de tempo, tais riscos ficam minimizados.

---

Assinatura da pesquisadora responsável

Considerando, que fui informado(a) dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será minha participação e dos procedimentos deste estudo, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa, como também concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos. Estou ciente que receberei uma via desse documento.

Lauro de Freitas, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_

---

Assinatura do participante ou responsável legal

Contato com o Pesquisador (a) Responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para a pesquisadora Livia d'Oliveira Tohmé.

Telefone: (71)991568915