



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA



INSTITUTO DE PSICOLOGIA

Programa de Pós-Graduação em Psicologia - Mestrado

Área de Concentração: Psicologia Aplicada

Carolina Andrade de Santana Lima

**Contribuições Psicanalíticas para uma Prática de
Saúde Mental do *infans*: Um Desafio**

**UBERLÂNDIA
2010**

Carolina Andrade de Santana Lima

**Contribuições Psicanalíticas para uma Prática de
Saúde Mental do *infans*: Um Desafio**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado, do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Psicologia Aplicada.

Área de Concentração: Psicologia Aplicada

Orientador(a): Prof. Dr. João Luíz Leitão Paravidini

Uberlândia, 18 de Junho de 2010

Banca examinadora

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

L732c Lima, Carolina Andrade de Santana, 1982-
Contribuições psicanalíticas para uma prática de saúde mental
do infans [manuscrito] : um desafio / Carolina Andrade de Santana
Lima. - 2010.
137 f. : il.

Orientador: João Luiz Leitão Paravidini.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia,
Programa de Pós-Graduação em Psicologia.

Inclui bibliografia.

1. Psicanálise - Teses. 2. Saúde mental - Teses. I. Paravidini, João
Luiz Leitão. II. Universidade Federal de Uberlândia. Programa de
Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

CDU: 159.964.2

Carolina Andrade de Santana Lima

Contribuições Psicanalíticas para uma Prática de Saúde Mental do *infans*: Um Desafio

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado, do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Psicologia Aplicada.

Área de Concentração: Psicologia Aplicada

Orientador(a): Prof. Dr. João Luíz Leitão Paravidini

Uberlândia, 18 de Junho de 2010

Banca examinadora

Prof. Dr. João Luíz Leitão Paravidini

Profa. Dra. Maria Lúcia Castilho Romera

Profa. Dra. Ângela M. R. Vorcaro

Ao Christiano,
a quem dedico toda a intensidade não
só desse momento, mas de todos os
outros ao seu lado.

Meus ternos agradecimentos...

Aos meus queridos pais, Meire e Tenório, pelo amor que dedicam.

Ao meu também querido irmão, Pedro Henrique.

Ao amigo e mestre, João Luiz Leitão Paravidini.

Às famílias da Menina grávida, da Menina Presa na Língua e do Pedro. Minha sincera gratidão.

Aos que colaboraram com sua escuta e sempre bem vindas sugestões, Ana Paula Soares F. Melazo, Roberta A. Calixto Paravidini, Maria Lúcia Castilho Romera, Caio César Souza Camargo Prochno, Jeferson Machado Pinto, Maria Tereza Perez, Anamaria Silvia Neves, Sivia Maria Sintra da Silva e, em especial, ao Chris.

À Isa Nunes de Oliveira, por me ajudar a caminhar

À Ilka Batista, por tanta dedicação e poesia.

À Associação Clínica Freudiana.

Ao grupo da Intersubjetividade do Programa de Pós graduação da Universidade Federal de Uberlândia.

Ao EMEI Maria Claro, pelas portas sempre abertas.

À equipe dos PSFs Maravilha e São José.

À equipe do CAPS Oeste.

Aos meus amigos, por aguentarem a ausência, mas sempre requisitarem a presença.

À Deus, com quem sempre contarei.

Resumo

O principal objetivo deste trabalho é evidenciar, à luz de três experiências de intervenções no campo da Saúde Pública, em especial no Programa de Saúde da Família, a possibilidade da construção de práticas que priorizem a promoção da Saúde Mental do *infans*, atravessadas pela Ética da Psicanálise. Embasados pela teoria psicanalítica, questionamos a viabilidade da transmissão dessa ética a práticas que se situam fora dos moldes da clínica tradicional. Vimos isso se torna possível, desde que sustentemos, como de agentes de cuidado, a ideia de que transmitir essa ética significa atuar a partir da condição de sujeitos castrados, isto é, criar condições para que a transmissão da Lei – que interdita a tomada do *infans* e de sua família como objeto de um saber suposto todo – se mantenha operante. Nesse sentido, a teoria lacaniana sobre a função do *mais um* foi importante para pensarmos na montagem de um dispositivo que funcione como regulador da ética das intervenções, na medida em que, ele pode operar, como o que atualiza a castração do Outro interventor, descompletando o saber médico-psicológico (universitário). Mais adiante, ao discorrer sobre o processo de constituição subjetiva que ocorre num tempo sobre o qual nos propomos atuar, refletimos sobre o papel das figuras parentais, encarnadas nas funções materna e paterna, e como elas podem ocorrer (ou não) para o sujeito em tempo de infância, que se encontra inserido nos moldes das estruturas familiares contemporâneas, ou seja, fora dos padrões patriarcais que antecederam nossa geração. Nessa lógica, questionamos se, junto com a dissolução dos valores e normas que regiam essa organização dos laços familiares, ter-se-ia diluído a sustentação dos modos de produção da subjetividade propostos pela teoria psicanalítica, uma vez que, esses, se fundamentam na importância dos laços estabelecidos nos primeiros anos de vida do bebê. Foram apresentados dois casos de intervenções realizadas com crianças e suas famílias. Estes, foram analisados a partir do

método psicanalítico, e fizeram emergir as barreiras narcísicas e institucionais que tendem a aparecer quando relações transferenciais são estabelecidas durante a construção de projetos de cuidado do sujeito que sofre. Por isso, buscamos analisar não só os pontos positivos, como também as crises de trabalho, discutindo sempre como essas crises possibilitam a saída do profissional de uma posição de mestria para uma de sujeito barrado. Sugerimos, então, que as práticas de cuidado, em especial às que se direcionam ao bebê e sua família, sejam pensadas a partir de uma ética do desejo, ou seja, aquela que coloca o sujeito diante da própria falta, e, conseqüentemente, do conflito que o constitui na condição de castrados, tornando-o assim, agente do seu próprio desejo.

Palavras-chave: ética da Psicanálise, constituição psíquica, Saúde Mental, clínica da primeira infância.

Abstract

The main objective of this work is to show, based on the experiences of three interventions in public health field, particularly in the Family Health Program (Programa de Saúde da Família), the possibility of building practices that prioritize the promotion of Mental Health of the infans, crossed by the Ethics Psychoanalysis. Grounded by psychoanalytic theory, we question the transmission's feasibility of ethical practices that fall outside traditional clinical ways. We saw this is possible, since sustained, as agents of care, the transmission of the idea that ethics means acting from the condition of subjects castrated, that means, create conditions for the transmission of the Law - which prohibits taking the infans and his family as an object supposed knowing all - remaining operative. In this sense, Lacan's theory about function of plus-one was important to think of organizing a device that functions as a regulator ethics of intervention, in that it can operate as the updating of the Other castration, making medical and psychological knowledge (university) uncompleted. Further, to discuss the process of subjective constitution that occurs in a time about which we intend to act, we reflect on the role of parental figures, embodied in the maternal and paternal functions, and how they occur (or not) for the subject in time of childhood, which is inserted in the structures of contemporary family, in other words, outside the patriarchal patterns that preceded our generation. In this logic, we question if, along with the dissolution of values and norms that govern the organization of family ties, would have diluted the support of the production subjectivity's modes proposed by psychoanalytic theory, since, these are rooted in importance of ties established in early years of the baby. We present two cases of interventions with children and their families. These were analyzed from the psychoanalytic method, and made the emergence of narcissistic and institutional barriers that tend to appear when transferring relations are established during construction os projects for care of the subject who suffers. Therefore, we

analyze not only the strengths, but also the crisis of work, discussing how these crises always enable the output of a position of mastery to one of the barred subject. We suggest that the care practices, especially those which are directed to the baby and his family are thought as an ethics of desire, which means that, the one that places the subject before his own fault, and consequentially, to the conflict that provides the castrated condition, thus making it, an agent of his own desire.

Keywords: ethics of psychoanalysis, subjective constitution, mental health, early childhood clinic.

Sumário

1. Introdução.....	11
2. Só pra começar	13
3. A condição paradoxal como forma de subjetividade contemporânea e a clínica da ética psicanalítica: reflexões acerca desta articulação.....	17
4. Método.....	31
5. O campo do Outro, suas operações lógicas e o “nascimento” do sujeito.....	39
6. O sujeito e o desamparo: entre a lógica do Outro e de si	48
7. Objetivos.....	57
8. Apresentação dos casos.....	58
8.1 O caso Pedro: o menino que não entende.....	59
8.2 Articulando o fazer e o pensar.....	69
8.3 O caso da Menina Presa na Língua.....	76
8.4 Articulando o fazer e o pensar.....	89
8.5 O caso Pedro: um segundo tempo que se anunciou.....	94
9. Discussão.....	102
10. Considerações Finais.....	123
11. Referências Bibliográficas.....	126
12. Anexos.....	135

1. Introdução

Este projeto nasceu a partir da nossa prática como técnicos de referência numa unidade de saúde da cidade de Uberlândia e como analistas de crianças. Foi a partir dela que começamos a refletir e nos aproximar dos estudos da Psicanálise, sua influência na teorização do processo de estruturação do psiquismo e suas relações com o desenvolvimento infantil.

Durante o período de graduação e pós, tivemos a oportunidade de trabalhar com crianças em diferentes contextos, dentre eles: crianças que vivenciaram situações de violência e crianças portadoras de Distúrbios Globais do Desenvolvimento. Não há dúvidas que o contato com tais crianças gera um desconforto inicial que, no nosso caso, transformou-se num desejo de estudar e entender como diferentes situações podem influenciar na estruturação psíquica e no desenvolvimento da criança. Acreditamos que estes devem ser pensados em relação ao contexto social em que ela se insere, tais como: família, escola, instituições que visam acolhê-las e atendê-las, etc.

Um pouco mais adiante nos deparamos com as particularidades da clínica psicanalítica no âmbito da Saúde Pública, mais especificamente no PSF (Programa de Saúde da Família). O dia a dia com essa prática enriqueceu nossas reflexões despertando-nos o desejo de estudar como o modelo multidisciplinar centrado na intervenção com a família e seu contexto social, e não no sujeito e seu sintoma, pode ajudar nas questões ligadas à prevenção dos problemas relacionados aos impasses da estruturação psíquica do *infans* e à clínica da primeira infância.

Ao atuarmos junto com profissionais de diversas áreas do conhecimento, pudemos perceber que o trabalho em equipes multidisciplinares está muito além da proposta de que cada um possa contribuir com seu saber. Ao contrário, notamos que é

justamente a saída da posição de detentores de um saber especializado que permite o sucesso das intervenções. Nos debruçamos então nos questionamentos dessa clínica e na idéia de que a Psicanálise tem muito a contribuir com essa práxis.

Para isso percorremos um caminho que passou pela apresentação de um caso acompanhado por nós o qual funcionou como disparador para os demais questionamentos que vieram em seguida. Enfatizamos também, a partir da especificidade da clínica com crianças pequenas, algumas questões que envolvem o processo de subjetivação. Mais adiante, relacionamos esse processo com o modo de funcionamento da sociedade contemporânea e de como o homem se relaciona com ela para, a partir disso, podermos pensar se a decadência de estruturas simbólicas e a consequente mudança dos lugares ocupados pela família nuclear vivenciadas atualmente, pode ou não interferir no modo de atuação das funções fundantes do psiquismo humano.

A partir das reflexões sobre o método psicanalítico, finalizamos então nosso trabalho com a apresentação de dois casos clínicos os quais nos permitiram análises de nossa própria atuação enquanto pensadores da teoria psicanalítica dentro do contexto da Saúde Mental.

2. Só pra começar...

Dorme tensa a pequena
sozinha como que suspensa no céu
Vira mulher sem saber
sem brinco, sem pulseira, sem anel
sem espelho, sem conselho, laço de
cabelo, bambolê
Sem mãe perto,
sem pai certo
sem cama certa,
sem coberta,
vira mulher com medo,
vira mulher sempre cedo.

Trecho do poema Lua Nova demais

Elisa Lucinda

Quem foi que afirmou que a primeira impressão é a que fica? Deve ser... A primeira impressão foi horrível.

Chegamos à casa da menina grávida. Até aquela hora, era só isso. Alguns comentavam que era usuária de drogas, mas ninguém tinha ido lá confirmar. Talvez fosse mesmo melhor não ter sabido da real situação daquelas mulheres antes de visitá-las. Muitas vezes, a história assusta. A ideia parece ser mesmo a que temos sempre, pensar na solução antes de conhecer o problema. De fato, a solução parece ser um escudo, e estamos sempre buscando escudos para nos proteger da nossa própria impotência diante do sofrimento do outro. Voltemos ao caso.

Estavam deitadas, dormindo. Eram quatro. Mãe e três filhas. Mas já era tarde. Hora de trabalhar, estudar, cuidar da casa, fazer almoço. Nada disso acontecia naquela casa. Casa? Que casa? Era um galpão abandonado. Estavam dormindo em cobertores velhos forrando o chão. Roupas sujas, corpos sujos. Acordamo-las e nos sentamos no chão para conversar. Riam muito. Não contavam história, não falavam de si. A menina

mais nova parecia mesmo estar grávida. Barriguinha saliente. A mãe mostrava-nos aquela barriga e perguntava se achávamos que ela realmente estava grávida. Perguntamos quantos anos ela tinha. Risos. A menina respondeu que treze. A mãe não tinha certeza. Treze ou doze talvez. Não havia documento. Nada que registrasse a existência daquela família, nada que nos contasse da história que queríamos saber antes mesmo da visita. Cadastro, cartão de vacina, pré-natal... Não fazia muito sentido. Havia risos, rostos de menina, rosto de mulher. Mulher vivida, mas sua história ainda não sabemos contar. Sobre as drogas? Riam novamente. A filha mais velha afirma que quer se tratar. A mãe desconversa. Diz que não usa nada. No foguareiro improvisado num canto da parede, uma panela suja, com um pouco de arroz. Comem.

Pedimos que a menina vá até à unidade de saúde para fazer os exames. É necessário que seja de manhã e que esteja em jejum. Esquece... Não havia relógio.

Voltamos à unidade assustadas. Mais uma vez, buscamos solução. Entramos em contato com outros órgãos responsáveis pelo cuidado da infância em nossa cidade. Achávamos que nunca ninguém tinha visto aquelas mulheres, meninas; meninas-mulheres. Doce ilusão. Já eram conhecidas na cidade. Várias tentativas de abrigo foram feitas. Mas elas fugiam. Não queriam casa, comida e roupa lavada. Queriam o que então? A menina não apareceu...

Outras visitas foram feitas, e, a cada uma, íamos colhendo um pouquinho da história delas. Havia uma quinta integrante nesse grupo. Era a filha mais velha da mãe. Por que não estava lá? Porque escolheu a rua. A rua era sua casa. Aparecia de vez em quando. Algum tempo depois é que resolveu voltar...Grávida.

Gravidez não era o problema ali. Ou será que era? A menina estava tendo a sua primeira experiência, a segunda filha (que não era a mais velha) já tinha tido dois filhos, ambos tomados pelo Conselho Tutelar, e a mais velha, a que morava na rua, também. A

mãe tinha tido outros filhos, se nos lembramos ao certo, o total eram 11. Cada um em um lugar, diferentes cidades, diferentes estados. Confundia-se ao mencionar, e, por isso, nos parece, às vezes, tão difícil contar. Uns morreram, um ou outro ela deixou com parentes e outro ou um o Conselho tirou. Restaram as quatro meninas, que seguiam a mãe por onde quer que ela fosse.

Chegaram a se mudar daquele galpão. Passamos algum tempo sem notícias. Reapareceram. Desta vez, numa casa. A casa de um homem que, em troca de alguns favores, deixou-as ficar. Mas, apesar do nome (casa), não se diferenciava muito do galpão. Não havia energia, rede de esgoto, e a sujeira tomava conta dos cômodos improvisados como quartos. Fomos novamente visitá-las. A barriga da menina estava grande. Estava grávida! Perguntamos se não queria ir conosco até a unidade. A essa altura, a equipe já havia percebido que não era possível horário, nem jejum. Começávamos a perceber que elas estavam *fora*. Fora da lógica, que, não raro, nos parece ser a única, de funcionamento social. Não infringiam as regras, a lei. Lei? Pareciam não compartilhar da nossa lei, das nossas regras. Essa ideia nos veio principalmente de um fato em particular. Ao fazer sua primeira consulta, a menina grávida responde com um nome e sobrenome. Depois, num outro momento, ao ser questionada novamente acrescenta letras e sobrenome que não estavam ali antes. Ela não sabia. Não sabia em que dia nasceu e nem quantos anos tinha. A secretária de uma outra unidade, a qual contatamos para ver se conseguíamos mais dados para fazer um cartão e dar início ao pré-natal, explicou-nos que elas já haviam passado por lá sim e que costumavam mentir o nome. Não é que mentiam, é que não sabiam. E por que é importante nome e sobrenome. Para consultar? Ela consultou. Escutou o coração do bebê. Parecia assustada. Pareceu mesmo que, por algum momento esse bebê tivesse começado a existir na vida de sua mãe. Começamos a visitá-la e tentar preparar a casa

para a chegada de um bebê. O desejo de ficar com essa criança se misturava ao de não ficar. Ao de ficarem sós. Um bebê seria alguém que traria a lei, a ordem, pois como é possível que uma criança fique num lugar assim? Não é, não foi.

No dia do parto, uma mulher apareceu. Uma tia, irmã do pai da menina grávida, o qual já havia morrido há algum tempo. A mulher queria ajudar. A agente de saúde se animou ao saber que existia alguém com quem poderíamos contar. A mulher queria levar mãe e filha (o bebê é uma menina) para casa. Tinha condições para isso. Conseguiu tirar a segunda via do registro da menina grávida. Descobrimos seu nome. No fim, levou só o bebê. Ou será que a menina grávida não quis ir? Por algum tempo, a mulher levava o bebê pra visitar sua mãe. A menina achava que ela chorava muito. O juiz a proibiu de amamentar. O leite jorrava de seu peito. Queria nos mostrar a foto da filha. Pediu que ligássemos para a mulher, pois tinha parado de levar o bebê. A mulher parou de nos atender.

Aos poucos, a imagem desse bebê foi se apagando do imaginário da menina grávida. Como teria sido se ela tivesse ficado? A menina grávida não foi mãe. Continua menina grávida... A barriga continua crescendo...

Conclusões a parte, soluções não encontradas. Estamos falando da clínica do singular...

3. A condição paradoxal como forma de subjetividade contemporânea e a clínica da ética psicanalítica: reflexões acerca desta articulação.

“Não existe uma regra de ouro que se aplique a todos: todo homem tem de descobrir por si mesmo de que modo específico ele pode ser salvo”.

Sigmund Freud

Demos início a este trabalho com a exposição de um caso que parece ilustrar de forma sucinta, e um pouco poética, o que pretendemos nos questionar na condição não apenas analistas, mas, principalmente, agentes de cuidado de sujeitos em sofrimento.

O caso apresentado nos suscita muitos questionamentos sobre as (im)possibilidades de atuação como profissionais de saúde. Ele exemplifica uma maneira de funcionamento singular, mas, ao mesmo tempo, ilustrativo de uma série de outras famílias que temos encontrado em nossa prática e que colocam o nosso saber à prova.

Ao refletirmos sobre o caso que relatamos, pensamos nessa família como representante de algumas ideias que vêm surgindo com autores que procuraram fazer avançar a teoria psicanalítica, tendo sempre como base seus norteadores fundamentais, em especial, a ética. Parece-nos interessante pensar nesse caso mediante a apresentação que Rassial (2000) nos faz do sujeito em estado limite, para podermos entender esse clã como sujeitos que, ao mesmo tempo em que parecem estar fora de uma estruturação clássica proposta pela psicanálise, permitem-nos uma leitura singular a partir das formas de funcionamento do sujeito contemporâneo. Isso porque o autor faz uma relação íntima entre o estado limite e o declínio da função paterna. Diferentes autores dão diferentes nomes para essa perspectiva diagnóstica. Miguelez (2007) parece preferir falar em subjetividades contemporâneas, nas quais ela, juntamente com outros autores

aos quais ela faz menção, situa sujeitos que estão em uma relação paradoxal com o simbólico em que o atravessamento pelas interdições fundantes da cultura, que, antes, fora garantido pela função paterna e, agora, por novos dispositivos de poder que parecem, na maioria das vezes, não se sustentarem.

O fato é que essas mulheres nos convidam a pensar sobre uma forma outra de funcionamento social/psíquico. Ao ouvir o relato do caso a impressão que nos dá é de sujeitos que parecem não estar submetidas ao mesmo laço social que o nosso: não cumprem horários, não sabem em que dia da semana estão, não sabem seu nome nem sobrenome, não vão ao médico, não tem documentos. No entanto, ao estar com elas, quem parece estar fora somos nós. Algumas vezes, tínhamos a sensação de que falavam uma outra língua, da qual não compartilhávamos. Esta se presume o que chamaremos de condição paradoxal encontrada nessas estruturas familiares: a condição de sujeitos que parecem estar fora e dentro da lei, em uma relação peculiar com o laço social. A mesma mãe que limita o gozo ao tentar impedir que suas filhas saiam para a rua e fiquem dias sem retornar, aparece como companheira de gozo quando usa drogas com as filhas.

Numa das poucas oportunidades que tivemos de levar as meninas para a unidade de saúde, entramos com elas na sala para tentarmos conversar um pouco. Ficaram mudas. Uma delas, a do meio, declarou que não sabia dizer de si, não sabia contar sua história, pois sua vida era a droga. E essa julgamos ser a sua única condição de existência.

Assim, seu modo de laço social não parece se inserir no que poderíamos chamar de lógica neurótica padrão, pois, citando as palavras da Kehl (2002), tudo o que um neurótico quer é um lugar de ser, e esta dimensão parece não constituída para este clã. Não estamos, aqui, pretendendo fazer uma leitura estrutural dessa família. Além de não ser nosso objetivo, acreditamos que isso demandaria uma análise mais aprofundada do

caso o qual é rico justamente por, como já assinalamos, estar fora. Isso inclui, a nosso ver, estar fora da possibilidade de enquadrar essas meninas-mulheres numa única estrutura psicanaliticamente falando. Uma outra questão que consideramos importante levantar para este trabalho, é que o que temos como consequência de uma neurose de transferência, em casos clássicos de sujeitos neuróticos, seria a demanda de amor e reconhecimento a qual o próprio paciente passa a fazer para seu analista. “Demandas de amor dirigidas ao Outro enquanto autoridade, enquanto sujeito suposto saber” (Kehl, 2002). Temos nos deparado, em nossa prática, com famílias nas quais não há demanda de amor, aliás, não há demanda, e isso tem nos chamado muito a atenção. O que fazer se não há demanda? E, ainda, o que fazer com a angústia dos agentes de saúde – e aqui incluímos todos aqueles que têm por objetivo cuidar, independente de sua formação técnica – ante a ausência dessa demanda. Temos nos atentado para essa singular forma de estar no mundo, que exige dos profissionais de saúde maneiras também singulares de cuidado. Tomamos, mais uma vez, a obra de Rassial (2000), na qual ele afirma a existência de modos de ser que não estão, necessariamente, incluídos em uma estrutura específica, algo que escapa às classificações clássicas da psicopatologia: são “testemunhos, frequentemente dolorosos, de um estado do pensamento, do desejo e dos laços familiares e sociais” (Rassial, 2002, p.171).

São justamente esses casos, essas estruturas de funcionamento familiar que, de forma alguma, podem ser chamadas de desestruturadas, uma vez que, olhando bem de perto, encontramos uma forma muito peculiar de estruturação, de funcionamento, que, assim como a psicose, nos questiona como detentores de um saber técnico que, muitas vezes, talvez não nos serva como gostaríamos.

3.1 A Ética da Psicanálise

Ao propormos uma clínica que se sustente na ideia de que não é possível uma tecnização do cuidado, a Psicanálise surge como uma teoria que pode nos auxiliar a pensar o cuidado na medida em que se ancora numa ética que se dedica a entender “o homem diante do drama da liberdade e alienação ao inconsciente, esse estranho que age nele e do qual ele não pode se descomprometer” (Kehl, 2002, p.33). Kehl (2002) assevera ainda que, por ser o primeiro pensamento que coloca em crise os pressupostos da ética kantiana no séc. XX, ao cindir o homem por meio da teoria do inconsciente, a Psicanálise “não pode propor nenhuma verdade definitiva sobre natureza humana e seu bem supremo, porque parte do princípio de que o homem, sobretudo na modernidade, é vazio de ser” (p.34). Assim, acreditamos que só é possível articular Psicanálise e Saúde Mental se as intervenções estiverem, sem exceção, pautadas no campo da ética psicanalítica.

Ao apresentar a Psicanálise àqueles que pretendem se tornar analistas, Freud (1912, 1913) faz algumas recomendações importantes para nossa reflexão. Dentre elas, uma nos permite dar o primeiro passo no caminho de discorrer sobre o que vem a ser a ética orientada pela Psicanálise, que deve operar as intervenções que se inscrevem no âmbito da clínica em extensão (Jimenez, 1994) ¹. Trata-se da afirmação de que “a extraordinária diversidade das constelações psíquicas envolvidas, a plasticidade de todos os processos mentais e a riqueza dos fatores determinantes opõem-se a qualquer mecanização da técnica” (Freud, 1913, p.164). Por esse motivo, Freud (1913) optou por lançar mão de recomendações e não regras e, não reivindicando qualquer aceitação incondicional a elas, enfatizou que, diante do que ele expõe ao propor uma teoria e um

¹ Fazemos uso desse termo a partir da teoria laciana apresentada na obra citada, a qual diferencia a Psicanálise em intenção e em extensão. A primeira seria o que garante a formação dos psicanalistas mediante a própria análise, e a segunda, o trabalho sobre a teoria.

método capazes de analisar de forma singular as manifestações psíquicas humanas, seria da ordem do impossível qualquer tentativa de formulação de uma técnica única e verdadeira. No entanto, algumas recomendações nos permitem apontar para aquilo que Freud pensou como direção para os analistas, ao proporem qualquer forma de análise ou intervenção que tenha a Psicanálise como referencial teórico.

Ora, se não nos é possível formular uma técnica que nos sirva como instrumento para análise de todo e qualquer paciente, poderíamos pensar que o que rege a nossa prática nada mais é que uma ética profissional. Também não é tão simples assim. A ética profissional nos remete a um conjunto de regras morais que protege o cliente contra abusos por parte daquele que lhe presta algum serviço, e, movidos por esse pensamento, podemos realizar intervenções que tendem a caminhar no sentido contrário daquele que Freud nos orientou. Assim, a ética profissional não recobre o campo da ética psicanalítica, podendo, inclusive, revelar-se, em alguns casos, antagônicos.

Tomaremos, então, para refletir sobre tal tema, uma via que considera a Ética da Psicanálise como a ética de um pensamento, de uma prática, que questionou (e questiona até hoje), no Ocidente, alguns pressupostos tradicionais. Na opinião de Kehl (2002), temos que: “a virada freudiana abalou profundamente algumas convicções a respeito das relações do homem com o Bem, exigindo que se repensassem os fundamentos éticos do laço social a partir da descoberta das determinações inconscientes da ação humana” (p. 8).

De acordo com Imbert (2001), a ética a que se propõe a prática psicanalítica rompe com qualquer tentativa de restituir ao sujeito um comportamento moral ou a aquisição de bons hábitos, o que é prática constante dos discursos médico, pedagógico e psicológico. Como psicanalistas, devemos criar, ou melhor, proporcionar a criação de um espaço que possibilite a emersão do sujeito. Sujeito que é único, por se tratar do

sujeito do desejo do inconsciente. Este desejo não pode ser satisfeito, uma vez que, conforme nos alertou Freud, o objeto de desejo do sujeito do inconsciente é inexistente, perdido desde sempre e para sempre. Temos uma das distinções entre a ética e a moral, pois enquanto a última tenta enquadrar o indivíduo a regras previamente estabelecidas, a outra “mantêm-se o mais próximo possível do que é o mais íntimo, o mais singular de outrem, constituindo a própria condição desse íntimo e desse singular” (Imbert, 2001, p.18).

Ao falar da distinção entre ética e bem, Lacan (1959) argumenta que a ética “começa no momento em que o sujeito coloca a questão desse bem que buscara inconscientemente nas estruturas sociais – e onde, da mesma feita, foi levado a descobrir a ligação profunda pela qual o que se apresenta para ele como lei está estreitamente ligado à própria estrutura do desejo” (p.97). Afirma, ainda, que propor uma leitura sobre a ética só é possível após o reconhecimento da primazia do desejo do sujeito sobre suas ações conscientes, ou seja, quando o sujeito consegue relacionar sua ação com o desejo que a habita, e é justamente essa via do desejo que se opõe à ética tradicional.

Para avançarmos nessas questões, Imbert (2001) propõe uma diferenciação entre lei e regra. Ele esclarece que:

a regra é o princípio constitutivo dos hábitos e das formalizações; ela estabelece o vínculo; reúne e mantém o todo unido. Ao proceder desse modo, ela corre o risco de se deixar deslizar pela vertente de uma produção de belas formas, cujo objetivo secreto seria a fabricação-de-uma-imagem, o estabelecimento de um Eu magistral que não cedesse sua independência a não ser aos deuses (...). A ética opõe à regra e a seus efeitos imaginários – através dos quais se elaboram, ao mesmo tempo, a ordem e a coerência de um Eu, de uma Cidade e de um Cosmos

– a eficácia da lei que permite aos homens separarem-se, além de se sentirem e viverem diferentes (p.23).

A lei a que o autor se refere não é aquela produtora de normas e regras, ao contrário, sendo justamente o que a diferencia da moral, é ela que, inscrita no inconsciente do sujeito e transmitida simbolicamente pela cultura, estabelece uma separação que diferencia, desliga e liberta o sujeito. Nesse caso, estamos nos referindo à lei que barra o sujeito, aquela que se coloca entre ele e sua mãe, aquela que funda o desejo, operando a separação entre o *infans* e o Outro. Podemos inferir então, sem termos como pretensão resumir tais questões, que a Ética da Psicanálise seria a ética do desejo, a ética do sujeito, que está sempre lançado na busca por um objeto de satisfação. Sendo assim, qualquer tentativa de sobrepor algo ao sujeito, principalmente na forma de um saber soberano, ou de dar a ele algo que lhe cause a ilusão de satisfação plena de suas pulsões e demandas latentes, contrapõe-se ao caminho indicado por Freud, ao qual nos referíamos no início deste texto.

A moral e as leis de conduta não devem servir como guia para fundamentar as relações, uma vez que elas não são se sustentam em tal função. Kehl (2002) atribui à desmoralização do código de condutas uma das causas do que chama de crise ética contemporânea. Ela descreve um enfraquecimento da sustentação simbólica dos códigos que, amparados por uma ordem patriarcal soberana, costumavam regular as relações humanas, determinando a ordem social com lugares de autoridade preestabelecidos. O que vemos hoje, principalmente no que se refere aos discursos médico, pedagógico e psicológico implícitos nas práticas de orientação à saúde e à educação, é uma tentativa de ordenar essas relações a partir, por exemplo, da lógica do amor, que se apresenta como uma regra no discurso da fraternidade cristã, o qual, apesar do declínio simbólico, ainda tem grande influência sobre a civilização. Ao analisar tal discurso sob a

perspectiva da Psicanálise, temos que isso é da ordem do impossível, uma vez que o amor incondicional ao próximo determinaria a anulação da diferença que é constitutiva do sujeito. Esse só pode se relacionar com o Outro/outro como semelhante na diferença. Se o sujeito anula a diferença do Outro/outro e o torna idêntico, tende a submetê-lo ao seu gozo como objeto de satisfação. O paradigma dessa anulação é o que acontece na psicose.

Voltando ao caso apresentado no início deste trabalho, temos a possibilidade de vislumbrar atuações que se baseiam sempre numa perspectiva moral, as quais, nesse caso, sempre falharam. A primeira delas seria a atuação do Conselho Tutelar diante das consecutivas gravidezes dessas meninas. A ideia dessa instituição nos parece a de que deveriam tirar dos bebês a possibilidade de crescer num ambiente considerado por eles impróprio para uma criança. Além disso, também nos parece haver, não só do Conselho, mas também da própria equipe responsável pela saúde dessa família, a ideia de que essas gravidezes são consequência da promiscuidade delas, que devem então ser punidas. O fato é que a separação desses bebês de suas mães não teve como resultado o fim das gestações. Elas continuaram e continuam engravidando. Essa atuação não fez marca. Não houve registro psíquico dessas perdas e, a nosso ver, é por isso que continuam não investidas no próprio corpo, entendido tanto no campo erógeno quanto no do cuidado físico. À menina grávida não foi dada possibilidade alguma de tentar ser mãe. Ao entrar na maternidade, o Conselho já havia sido acionado e a decisão de levar a criança a um abrigo já havia sido tomada.

Vislumbramos, assim, uma atuação na qual o saber encontra-se absoluto de um único lado, ou seja, cabe unicamente ao Conselho decidir sobre o futuro desses bebês, resultando num total assujeitamento dessa família. O que parece ter sido esquecido, diante de uma visão moral do caso, no qual, como já dissemos, o mal encontra-se do

lado da mãe, é que essa mãe também é uma criança, e que a mesma “proteção” dada ao bebê deveria, de acordo com o Estatuto da criança e do adolescente², ser dada a ela.

A ideia de levar a Ética da Psicanálise às intervenções em Saúde Mental dentro dos serviços públicos de saúde está justamente na tentativa de mudança desse olhar que os profissionais têm diante de casos como este. Um olhar enrijecido sob a contínua tecnização da prática. Diante dessa proposta, outra questão nos parece relevante para essas reflexões. É possível transmitir um saber, ou seja, esse saber do qual estamos falando, o saber da Ética da Psicanálise, a práticas que não estão enquadradas na clínica psicanalítica clássica? E ainda, é possível fazer essa transmissão a profissionais que não se pretendem analistas, mas que, de alguma forma, dão certa continuidade ao trabalho destes numa instituição de cuidado de saúde?

Na intenção não de responder, mas de refletir sobre tais questionamentos, lançaremos mão da teoria lacaniana, apresentada na ideia do cartel como forma de funcionamento que torna possível a transmissão da Ética da Psicanálise em intervenções no âmbito da Saúde Mental. Para isso, enfatizamos a função do *mais um*, que pode tomar diferentes formas encarnando dispositivos que garantam a sustentação da falta, tornando, assim, todo e qualquer saber incompleto diante da singularidade do sujeito.

3.2 A estrutura do cartel e Ética da Psicanálise: o *savoir-faire* com a falta

O cartel, de acordo com a teoria lacaniana, seria uma forma singular de funcionamento de um pequeno grupo, cuja estrutura garantiria a minimização da

² Art. 2º Considera-se criança, para os efeitos desta Lei, a pessoa até doze anos de idade incompletos, e adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade.

Art. 3º A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade.

dimensão imaginária presente nos grupos em geral, possibilitando, assim, a transmissão da Ética da Psicanálise, ou seja, a ética do sujeito do inconsciente, do desejo. “O cartel não existe em si” (Trobas, 1994, p.108); é um órgão de base de trabalho de uma escola de psicanálise que visa à elaboração de um produto que, não sendo coletivo, é próprio de cada participante membro do grupo. De acordo com Trobas (1994), “precisamos contar com a experiência do cartel e com a transmissão desta para poder tentar uma elaboração de uma clínica do cartel no sentido de um abarcamento do real em jogo no grupo, o único capaz de permitir ao discurso analítico ocupar seu campo” (p.109).

O que pretendemos é refletir sobre uma forma de funcionamento que garanta não a transmissão da Psicanálise como técnica ou teoria, mas, sim, como ética, como estilo. Conforme Jimenez (1994), o tema da transmissão sempre levantou questões, uma vez que o próprio Freud nos orienta a abirmos mão do saber que nos foi ensinado sempre que nos deparamos com um novo caso, pois o saber surge de modo singular diante de cada análise, próprio a um determinado sujeito. A palavra transmissão parece ter uma característica paradoxal, pois está intimamente ligada à ciência. No entanto Lacan não abriu mão dela em seus textos, afirmando, segundo Jimenez (1994), que, em se tratando da Psicanálise, o que se transmite não é um saber, mas, sim, um estilo. “Estilo entendido não como traço diferencial, mas como aquilo que garante que o traço diferencial seja intransmissível: estilo como objeto” (Jimenez, 1994, p.22). Segundo a autora, Lacan propõe duas direções quanto à transmissão. Uma delas seria por meio dos matemas, que são aquilo que do real se transmite. A outra seria o estilo.

Nesse sentido, entenderemos, aqui, estilo não como uma forma de escrever, mas algo da ordem do indefinível, “que toca o ser” (Jimenez, 1994, p.28), pois:

sendo o estilo o objeto ou, mais precisamente, a queda desse objeto, o estilo seria o impronunciável que atravessa o texto, a causa que desliza entre linhas, o

indecifrável que corre entre as palavras. Não é de se estranhar o efeito de beleza, posto que o belo é o último véu a cair antes do desvendamento do objeto. A estrutura metonímica e a estrutura metafórica, enfim, a estrutura da linguagem, com seus jogos de elisão e de acréscimo de sentido, colocam de tal maneira em evidência este objeto que chega a produzir a ilusão de que estilo é a palavra (p.29).

Para tornar mais claro do que estamos falando, lançamos mão, mais uma vez das palavras da autora, que toma o termo estilo usado na cultura para explicitar o estilo a que nos referimos. “Quando se tenta definir o estilo de um autor, seria esse contorno particular a que se faz referência. Mas como esse contorno toca o indisível, fica evidente que é impossível definir um estilo, que as palavras ficam aquém do objeto” (p.31). O que se transmite é o estilo, e “transmitir um estilo seria transmitir um certo saber sobre a falta” (Jimenez, 1994, p.32), e é justamente a estrutura do cartel que garante a fratura, o recorte, e a falha. Falha esta que só pode ser assegurada por meio da figura do *mais um*.

O *mais um* é, na estrutura criada por Lacan, alguém escolhido pelos membros do cartel que tem como uma de suas principais funções a de velar pelos efeitos internos do grupo e provocar a elaboração de um trabalho. Para isso, o *mais um* representaria “uma espécie de terceiro ausente que orientaria os discursos dos cartelizantes” (Trobas, 1994, p.38), e, ao mesmo tempo, “um terceiro encarnado, alternativamente, pelos diferentes membros”... (p.38) “o *mais um* deve ser qualquer um, uma pessoa, não uma ausência, mas uma presença” (p.38). Essa é a forma de assegurar, no grupo, uma figura que, numa condição paradoxal, pertence a ele, propiciando uma ligação transferencial que sustentaria o trabalho, e, ao mesmo tempo, não pertence, possibilitando os questionamentos sobre a ideia de que não é possível um saber absoluto garantindo a circulação do saber.

A nosso ver, essa ideia parece ser a base da lógica do matriciamento nas equipes de saúde preconizado pelos ideais do SUS. De acordo com Arona (2010):

o apoio Matricial é um arranjo de gestão que possibilita a organização das ações de saúde da especialidade na atenção básica e amplia o acesso nas equipes de saúde da família, favorecendo a construção de novos arranjos, onde, com uma equipe mais qualificada, é possível pensar cada situação dentro de sua especificidade, sob diferentes olhares (s/p).

A equipe ou o técnico responsável pelo matriciamento funcionaria, assim, como uma espécie de guardião da subjetividade.

O *mais um*, assim como os outros integrantes, também deve ter interesse no tema proposto para o trabalho, pois somente por meio do seu próprio interesse é que ele pode motivar a produção de um saber singular a cada produto. Além disso, é ele que, pela sua condição de sujeito castrado, remetido ao não todo saber, seria capaz de transformar uma demanda de ensino, a qual, geralmente, se faz para um líder (que pode tomar várias formas) em transferência de trabalho (Jimenez, 1994), ou seja, na desmontagem da transferência neurótica, na qual o sujeito (ou o grupo) demanda o amor e reconhecimento do Outro, para que, assim, haja algo que implique o cuidado independentemente de questões morais. Faz isso por uma via que é a de separar o sujeito (ou o grupo de trabalho) do Outro da transferência sem destituir o laço que o liga à linguagem (Cabas, 1994).

Na transferência de trabalho, o motor é o desejo de saber que surge da aceitação da impossibilidade de um saber absoluto. É assim que o *mais um* cumpre outra função, que é a de mover o cartel com seu próprio desejo de saber, cumprindo a transmissão do estilo da psicanálise por meio da transferência de trabalho, “tendo os sujeitos um valor

absolutamente secundário ao desejo de saber que os moveria” (Jimenez, Kleeve, Paz, Autran, 1994 p.139).

Nesse sentido é que propomos tomar a clínica do cartel como referência para a transmissão da ética psicanalítica. Percebemos que os profissionais que atuam em equipes de saúde estão sempre escorregando na posição narcísica de mestria devido, principalmente, a uma hierarquização do poder/saber feita mediante a formação técnica.

De acordo com Alberti (1994), Lacan, quando fundou sua Escola, propôs essa fórmula de funcionamento justamente por acreditar pouco nas pessoas: “Lacan nos dá a chance de que o trabalho aconteça, independente das pessoas, desde que elas apliquem efetivamente o funcionamento proposto” (p.164). O autor explica, ainda, que:

a minha hipótese é de que a fórmula afinada do cartel testemunha um desejo de Lacan, de que em sua Escola sejam feitas novas cadeias significantes em torno da coisa freudiana. E por mais ousado que isso possa parecer, isso implica que Lacan propõe o cartel como uma forma de barrar o Outro da suficiência em sua Escola, de maneira que a fórmula afinada do cartel funciona, deste ponto de vista, como a metáfora paterna que barra o gozo do Outro” (p.164).

Quando ponderamos sobre a possibilidade de desespecialização do saber como uma forma eficaz de cuidado ao usuário dos serviços de saúde, pensamos, justamente, nessa circulação desse, saber a qual só pode ser feita com a presença de um terceiro que interroge essa posição. Não afirmamos, aqui, que qualquer pessoa poderia se colocar no lugar do *mais um*, uma vez que sair de fato da posição subjetiva do mestre exigiria um longo trabalho de análise ao qual nem todos têm acesso ou necessitam (uma vez que estamos nos referindo a profissionais de várias áreas do conhecimento que não se pretendem analistas). No entanto acreditamos na ideia de que a falta pode ser

transmitida, provocando a saída do profissional da posição de mestria de maneira que se dê a transmissão dessa ética à qual nos referimos.

Essa seria então a base de nosso raciocínio. Apoiados na ideia de que transmitir a Ética da Psicanálise seria transmitir um saber sobre a falta, ou melhor, um *savoir-faire* com a falta, sustentamos a afirmação de que é possível que essa mesma ética esteja presente em outros dispositivos clínicos, mesmo que peripatéticos³, desde que, é claro, estejam vinculados às fórmulas que estamos aqui buscando expor. Não se trata de ensinar a Ética da Psicanálise aos grupos de cuidado da saúde, mas, sim, de transmitir essa ética da falta, por meio da distribuição de funções e da circulação do saber, as quais seriam uma das funções do *mais um*.

³ Termo usado por Lancetti (2008) que, a partir da ideia aristotélica e de outros autores, apresenta a etimologia da palavra como *peritatéō*, ou seja, passear, ir e vir conversando. O autor desenvolve a ideia da clínica peripatética a partir de relatos de experiências de uma clínica que nos chama a estar sempre em movimento, contrariando a ideia do engessamento técnico para intervenções no âmbito da Saúde Mental.

4. Método

“A descrição do próprio método psicanalítico terá sempre a marca do impossível e, o seu resultado, a marca do contingente. Dito de outro modo, somos castrados em relação à possibilidade de descrição plena do método como a Academia certamente gostaria, pois não contamos com o saber para dar conta da verdade. E a Academia bem que poderia aprender um pouco com a psicanálise...”

Jeferson Machado Pinto

Ao nos propormos tomar a estrutura do cartel como parte de nossa reflexão sobre a Ética da Psicanálise, não poderíamos deixar de mencionar a relação desta com o que consideramos como o método psicanalítico. Nas palavras de Herrman (1993) temos que, é justamente a aplicação do método, que sustenta a prática do analista, o qual pode atuar (desde que se utilize da interpretação como instrumento) sobre qualquer fenômeno humano. Isso é o que queremos evidenciar como transmissão desse saber da falta, o qual garante que o psicanalista possa intervir em diferentes contextos que não somente o do consultório padrão.

Pinto (2001, apud Pinto,1999) afirma que “a vocação científica da psicanálise é aquela formalizada pelo discurso do analista, qual seja, a de produzir o significante mestre a partir da instalação da causa do desejo como agente de um laço” (p.1). Essa afirmação é muito próxima da lógica da transmissão, sendo essa a verdadeira função do analista na condição de agente da castração.

Temos aqui a pretensão de que essa pesquisa tenha sido realizada a partir dessas premissas e que também encarne essa função de transmissão ética. Herrmann (2004), ao falar de pesquisa psicanalítica, define a Psicanálise como a ciência da psique, a qual se

ocupa prioritariamente em investigar o humano nas pessoas, onde quer que elas estejam. Sendo assim, a Psicanálise precisa lançar mão de um método muito peculiar e, ainda nas palavras de Herrmann, especial: a interpretação psicanalítica. Sob essa perspectiva delineamos uma investigação que não se restringe à clínica dos consultórios, ampliando o território da nossa análise aos campos da cultura, do social e das instituições.

Durante muito tempo, considerou-se como objeto de investigação científica apenas aquilo que pudesse ser quantificado, deixando a Psicanálise à margem das discussões de tal meio, uma vez que, ela caminha, desde sempre, no sentido contrário dessa forma de se fazer ciência. Através do método interpretativo, que, como já dissemos, deve ser a base de todo e qualquer trabalho analítico, a Psicanálise ocupa-se daquilo que torna o homem humano, característica que não deve ser considerada como algo natural ao seu desenvolvimento, uma vez que, a teoria nos ensina (e o nosso trabalho nos atenta a isso) que o processo de instauração do psiquismo só se dá através de condições específicas para tal. Além disso, Freud, ao escrever sua teoria, propõe um método de tratamento que tem como objetivo colocar o sujeito como autor de seu próprio destino, uma vez que, as psicopatologias parecem surgir quando, ao contrário, o sujeito está situado em posição de objeto passivo e sofrente em relação a sua vida. Sendo assim, a objetificação do sujeito enquanto alvo de uma pesquisa, proposta do método positivista e das ciências naturais, é completamente antagônico ao método proposto por Freud. Sobre essa questão Pinto (2001) nos diz que:

O psicanalista e, cremos nisso cada vez mais, a transmissão da psicanálise, dependem, não de um saber universitário – esse sim, um texto apegado à resistência – mas de uma Douta Ignorância para que o saber sobre o sujeito permaneça vivo. Adotar um saber que se pretenda esclarecedor, mas que exclui

a causa, é ao contrário, adotar uma ignorância crassa sobre a divisão subjetiva (p.7).

Dizer que o objeto de estudo da Psicanálise é o inconsciente e suas manifestações nos parece muito simples para explicar e definir algo tão complexo, não que tal afirmação não esteja correta. Uma questão se mostra no mínimo intrigante ao fazer tal afirmação: como é possível pesquisar o inconsciente e suas manifestações? Hermann (2004) nos afirma que existem coisas que não são quantificáveis, e nem são coisas, como por exemplo, o psiquismo. Sendo assim, não interessa à Psicanálise os métodos empíricos utilizados nas pesquisas naturais e, de nada vale para os analistas buscar exatidão científica fora da Psicanálise. “Trata-se de teorizar o que não se deixa apreender” (Pinto, 1999, p.5).

O método psicanalítico não deixa de ter rigor por não utilizar protocolos e estatísticas, simplesmente, a Psicanálise possui um método que lhe é próprio, devido ao fato de possuir um objeto que também lhe é próprio, não a impedindo, porém, de fazer interlocuções com outras ciências e com outros campos do saber humano.

Apoiados neste referencial teórico-metodológico, é que realizamos nossas intervenções com as famílias nas quais foram identificadas crianças em risco de subjetivação. O método psicanalítico nos permitiu analisar o discurso e o funcionamento dessas famílias juntamente com a atuação da instituição, do analista e dos outros profissionais que atuaram, direta ou indiretamente nesse trabalho.

Em consonância com a proposta desse estudo também atuar na condição de *mais um*, uma vez que, o caminho percorrido demonstrou a impossibilidade da execução do projeto elaborado *a priori*, apontando assim para a castração de um saber que se apresentava estruturado, expomos a seguir a etapa de aplicação de um instrumento, que não foi realizada, no formato inicial, pelo fato da pesquisa ter direcionado nosso olhar

para um outro lugar durante esse percurso de dois anos como pesquisadores no âmbito do cuidado do *infans* na Saúde Pública.

Consideramos interessante a ideia de Pinto (1999) ao evidenciar que só é possível singularizar o sujeito quando este é confrontado “com a verdade que fala pelas suas próprias palavras” (p.6). Pensamos ser essa a via de raciocínio que aponta para a possibilidade desse trabalho atuar como um dispositivo de transmissão da ética psicanalítica. Expor as crises enfrentadas é uma tentativa de singularizar a pesquisa. Com isso, pretendemos nos situar num campo diferente do científico, no qual, o saber, de acordo com o autor citado, “fica objetivado, pois a mística, a magia e as interpretações ficam eliminadas” (p.7).

A primeira etapa desta pesquisa consistia na aplicação de um instrumento para detecção de sinais de riscos de desenvolvimento infantil (Anexo A). Trata-se de uma **Ficha de Acompanhamento do Desenvolvimento Infantil**, elaborada pelo Dr. João Luiz Leitão Paravidini, professor da Faculdade de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia e orientador deste trabalho, no âmbito de suas pesquisas que culminaram na tese de doutorado apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP em 2002. Este instrumento tem como função principal ser um disparador para que profissionais de outros campos da saúde se atentem para as questões relacionadas ao desenvolvimento psíquico de bebês.

Jerusalinsky (2002) nos apresenta a idéia de que há algo paradoxal na perplexidade de alguns profissionais quando esses se interrogam, atônitos, se é possível que bebês apresentem problemas de ordem psíquica, ao mesmo tempo em que aumentam a cada dia o número de técnicas e manuais dedicados a “adequar o bebê como objeto de gozo social” (p.23). O problema, de acordo com Jerusalinsky (1999), é que essas técnicas e manuais estão cheios de conceitos que se amontoam sem que se

saiba, na verdade, qual é o lugar e a importância de cada um, e que tal importância tende a ser dada simplesmente pela profissão, interesse ou ideologia do observador, resultando assim, em inevitáveis recortes que incidem no plano do desenvolvimento e pensam a criança como um conjunto de funções psíquicas e/ou motoras que se desdobram ao longo do tempo (cronológico).

É a partir de tais reflexões que sugerimos a ideia da inserção de instrumentos que auxiliem os profissionais de saúde a se atentarem às questões que envolvem a saúde mental do bebê, mesmo sabendo que ainda não há um consenso no que diz respeito ao uso de indicadores objetivos construídos a partir da psicanálise (Kupfer; Voltolini, 2008). Por esse motivo consideramos a relevância de trabalhos como este que promovem o levantamento de questões referentes ao atendimento desses pequenos que vêm às nossas unidades de saúde, na maioria das vezes, trazidas pela angústia (ou falta dela) de seus cuidadores.

O processo de aplicação do instrumento foi pensado a fim de possibilitar uma reflexão sobre essa prática, uma vez que essa seria uma etapa que fez parte da montagem do projeto de intervenção precoce aplicado nas unidades dos PSFs. Para isso, pensamos ser necessário um trabalho de sensibilização de toda a equipe para as questões que envolvem os transtornos mentais que ocorrem na primeiríssima infância.

A aplicação do instrumento foi realizada durante um ano (maio de 2008 a maio de 2009), com famílias acompanhadas por um dos PSFs do município de Uberlândia (MG). Com essa finalidade, contamos com a colaboração de quatro estagiárias do curso de Psicologia, que juntamente com as agentes comunitárias de saúde do PSF, foram às casas das famílias colherem as informações sobre o desenvolvimento das crianças a fim de investigar possíveis riscos de subjetivação nas mesmas.

Inicialmente, realizamos um trabalho com as estagiárias, explicando os objetivos da pesquisa, e uma capacitação das mesmas para aplicação do instrumento. Solicitamos às agentes de saúde, que fizessem uma identificação prévia das crianças de zero a três anos e seis meses moradoras do bairro. A partir desse levantamento, cada uma das estagiárias, juntamente com as agentes e sob a nossa supervisão, realizaram as visitas domiciliares.

Havia, naquele momento, uma impossibilidade de se fazer um levantamento exato do número de crianças existente na área de abrangência do PSF. O principal motivo para isso, a nosso ver, é a grande rotatividade desses moradores, pois as casas são, na maioria das vezes, alugadas e as ACSs não conseguem cadastrar ou excluir dos cadastros simultaneamente às mudanças. Outro motivo para essa impossibilidade é a presença de áreas descobertas, ou seja, em que não há ACSs realizando visitas, o que inviabiliza a realização de novos cadastramentos. Além disso, algumas fichas de cadastro de crianças encontravam-se desatualizadas ou preenchidas incorretamente, como por exemplo: fichas em branco (somente com o nome da criança), o nome da mãe estava na ficha, porém não tinha o nome do filho e nem inscrição na lista do Sistema Único de Saúde (SEAB).

Foi possível, no dia 17 de Abril de 2009, contabilizar um total de 249 crianças, sendo que, pelos motivos citados, há indícios de que esse número não corresponda à realidade do bairro, sendo esse um dos motivos para exclusão dessa etapa dos objetivos desse trabalho.

O outro foi a percepção de uma atitude de onipotência de nossa parte ao objetivarmos a implantação dessas fichas nos protocolos de atendimento da atenção primária como resultado deste trabalho. O fato é que essa percepção só foi possível após a escrita do projeto e tentativa de realização da etapa, demonstrando que as crises as

quais passamos durante a realização de um estudo como este também fazem parte dos resultados, sem que elas tenham qualquer conotação diminutiva.

Essa exposição da etapa não realizada dessa pesquisa nos serve para refletir sobre a impossibilidade de articulação de um projeto pronto, um saber finalizado, e a prática da transmissão da ética psicanalítica, não afirmando, no entanto, que tal projeto não seja importante para a organização da pesquisa. De acordo com Rosa (1994) ao propormos um estudo em Psicanálise “não se espera outro progresso que uma exposição dos resultados, assim como das crises de trabalho” (p.96). Se o papel do *mais um* está, justamente, no apontamento das falhas quando escorregamos na posição narcísica de possuir o outro como nosso objeto de gozo, não há como ele atuar se as mesmas não aparecerem no discurso, situando o processo da transmissão no campo da apreensão e não da aprendizagem. Sintetizando a nossa reflexão, Rosa (1994) aponta que:

o sujeito, o cartelizante “se cola”, experimenta uma certa “ilusão-de-fazer-todo”, produz um escrito que o remete novamente à sua realidade de “não todo” pela “decola” implícita na permutação, para, de novo, “se colar” e produzir, agora ao lado de novos cartelizantes, outro produto próprio, outro escrito (p.99).

Considerando as reflexões sobre a ética psicanalítica, damos continuidade a essa pesquisa com a exposição das estruturas teóricas que fundamentam o nosso saber sobre a prática clínica com bebês. Para isso, percorremos um caminho que passou por algumas questões que envolvem o processo de subjetivação a partir da teoria psicanalítica, na tentativa de refletirmos sobre como seria possível unir as perspectivas da Psicanálise e da Saúde Pública. Isso, a nosso ver, resultaria em práticas de intervenção de pequenas crianças (e suas famílias) que apresentem sinais de risco para a constituição do psiquismo, levando em consideração, além das questões éticas já

discutidas acima, as diferentes configurações nas quais a família contemporânea tem se apresentado.

5. O campo do Outro, suas operações lógicas e o “nascimento” do sujeito

“No início não havia nada. E este nada não era vazio nem vago: não precisava de nada senão de si mesmo. E Deus viu que isto era bom. Por nada neste mundo ele teria criado o que quer que fosse. O nada não lhe convinha apenas: dava-lhe plenitude.”

Amélie Nothomb (2003)

No propósito de explicar como se dá o processo de instauração do psiquismo no *infans*, teremos sempre como referência a teoria freudiana. No entanto contaremos com alguns pontos da teorização de Lacan, o qual faz um retorno a Freud, mantendo como base a teoria da sexualidade infantil, mas desenvolvendo alguns conceitos que permitam a maior compreensão e um enriquecimento dos termos elaborados pela psicanálise freudiana (Jorge; Ferreira, 2005). Partiremos do princípio de que a instauração do psiquismo inicia-se no recém-nascido, o que torna esse tempo crucial para tal processo, uma vez que ele é a matriz determinante da estrutura que acompanhará o sujeito por toda a sua vida. Entretanto, passado esse tempo, acreditamos que o sujeito continua se constituindo ao longo de sua existência, (re)estabelecendo com o Outro/outro relações semelhantes às estabelecidas com suas figuras parentais fundantes, tornando, portanto, o processo de subjetivação como algo contínuo e infinito.

Começemos descrevendo, de forma bastante sucinta, tal processo, que de acordo com a leitura francesa da teoria freudiana, não é um processo natural e inerente a todos os seres humanos. Ao contrário, é um processo que exige certa dose de investimento (libidinal), possibilitando ao *infans* a inserção no campo da Linguagem, da Lei.

É importante ressaltar que, para Lacan, o processo de constituição do psiquismo pode (ou não) se iniciar antes mesmo da sua concepção, por meio do desejo de um

Outro. Desejo este que deve aparecer nesse Outro sob a forma de demanda, o que o diferencia do termo usado na linguagem comum, pois o desejo para a psicanálise é o que permite que o recém-nascido se situe numa posição objetual imaginária na relação mãe – criança, fazendo com que se iniciem as primeiras operações de estabelecimento do psiquismo (Calligaris, 1986).

O recém-nascido reage de modo reflexo a estímulos que causam a ele certo desconforto, uma vez que, ao nascer, ainda não foi capturado pelo mundo da linguagem, pela cultura, que é justamente o que o situará, posteriormente, como um sujeito. O Complexo de Édipo se torna um período fundamental para a estruturação do psiquismo, uma vez que tem como tarefa primordial transformar um organismo biológico (recém-nascido) em um corpo erógeno (sujeito). E é a partir de então que se pode situar esse Outro como agente essencial nesse processo, porquanto é ele quem medeia tal operação, dando a esses estímulos um sentido que fará com que o bebê direcione suas ações de forma intencional e não mais como uma resposta instintiva (Cabas, 1982).

Nessa primeira operação edípica, é possível situar a mãe como esse Outro, uma vez que, diante da dependência do bebê durante seus primeiros meses de vida, é a ela quem, geralmente cabe a função de cuidar e suprir as necessidades iniciais do *infans*. Para sermos mais precisos, torna-se necessário substituir o termo mãe por função materna, pois nem sempre, a tarefa de tomar a pulsão infantil e associá-la a um objeto e a um sentido é executada por essa figura. Além disso, o termo função parece ser mais bem empregado, pois é possível observar que as diferenças individuais de cada “mãe” que incorpora esse papel de mediação não alteram o processo de estruturação psíquica do sujeito, que será alterado somente pela forma como se dá essa relação inicial durante, principalmente, essa primeira operação, ou seja, durante a instauração do falo, o qual, em nível simbólico, vem a ser aquilo que preenche a falta, o vazio. (Cabas, 1982; Roza,

2005). Lembremos que o falo é o elemento organizador da relação mãe-bebê, visto que é o que presentifica, ao mesmo tempo, a falta constitutiva do desejo materno e o objeto (mítico e impossível que viria satisfazer o desejo do Outro). A instauração do falo corresponde à identificação do *infans* com este objeto, o falo, suposto obturador da falta materna.

Logo após seu nascimento, a criança vai sendo tomada por uma relação com a mãe, a qual Lacan (1964) chama de alienação, ou seja, um estado de ligação íntima entre o Outro (mãe) e o bebê. Nessa etapa, em tese, haveria uma indiferenciação entre a mãe e o bebê em que a criança não conseguiria separar-se desse Outro, pois há um processo de identificação intenso, no qual ela entende que o Outro é uma extensão dela mesma. Isto permite afirmar que, nesse momento, a criança é colocada em posição de identificação com o falo materno, isto é, identificada como o objeto de desejo do Outro, o falo, aquilo que preenche a falta materna. Este posicionamento do bebê em relação ao desejo do Outro é exatamente o que possibilita a esse Outro, exercendo a função materna, conseguir dar sentido às necessidades infantis, que, inicialmente, são essencialmente biológicas. A alienação é o primeiro tempo do processo de estruturação do psiquismo. O sujeito só se constituirá como tal e sairá dessa posição de alienação, quando conseguir se situar na estrutura edipiana (pai – mãe – filho), entendendo que essa mãe não lhe pertence completamente, instaurando-se, assim, um vazio, uma falta em relação ao desejo materno (separação). Para Lacan (1964), o desejo se instaura no sujeito por uma via que é a da falta. (Quinet, 1997; Feldstein; Fink; Jaanus, 1997; Jorge; Ferreira, 2005).

Jerusalinsky (1999) nos mostra que dessa etapa também depende o processo de desenvolvimento maturacional da criança, pois, para a Psicanálise, o corpo humano se constitui por meio da captura simbólica do Outro, a qual opera sobre seu

funcionamento, o que nos leva a concluir, que o desenvolvimento humano não se dá por simples automatismo biológico, e que falhas nos sistemas representantes do corpo (sistema motor, perceptivo, dentre outros), principalmente da criança, podem denunciar falhas no processo de constituição do sujeito. Segundo ele “esta dimensão psíquica, embora partindo dos mecanismos físico-biológicos de que o organismo seja capaz, reconhecendo nestes mecanismos certa condição de limite enquanto impossibilidade, retorna sobre eles chegando a modificar até sua própria mecânica” (Jerusalinsky, 1999, p.24).

É o Outro (inicialmente encarnado pela mãe ou por aquele que exerça o que chamamos de função materna) que insere o bebê numa rede simbólica que fará com que ele produza respostas ao longo de sua constituição (Jerusalinsky, 2005). Paravidini (2002) nos diz que nesse momento de captura simbólica, o olhar da mãe para seu bebê merece destaque especial, pois é nele que a criança se reconhece como objeto de investimento libidinal do Outro primordial, e por isso o autor destaca esse fenômeno como um dos vetores significantes para o diagnóstico de falhas no processo de constituição do psiquismo.

Como um dos exemplos dessas possíveis falhas a que nos referimos, citamos algo que pode acontecer ainda no primeiro tempo (lógico) de constituição do psiquismo (alienação) (ou mesmo antes dele), podendo lançar a criança em um quadro autístico. Kupfer (2000) afirma que o autismo acontece quando há uma falha na função materna, ou seja, antes mesmo da metáfora paterna. É uma falha na relação mãe – bebê que pode se dar anteriormente à concepção, demonstrando uma inoperância do desejo materno, que impossibilita a mãe, ou aquele que desempenha a função materna, de atuar como agente de transformação do corpo biológico em corpo erógeno, pois, diante da ausência de desejo, não há falo, não há falta, ou seja, não é dada à criança a possibilidade de

identificar-se ao objeto do desejo do Outro, já que este desejo não opera em relação ao *infans*. Há, assim, graves rupturas na constituição psíquica.

Retomando as questões relacionadas ao processo de instauração do psiquismo, temos, ainda nesse momento inicial, os primeiros sinais da formação do ego do sujeito, numa etapa que Lacan (1949) chama de Estádio do Espelho. Ele descreve esse tempo como sendo um momento que antecipa o advento do Simbólico, marcando o início do surgimento do eu no *infans* por meio de uma imagem especular, tendo como função principal estabelecer uma relação do organismo com sua realidade. Segundo ele, “basta compreender o estágio do espelho como uma identificação, no sentido pleno que a análise atribui a esse termo, ou seja, a transformação produzida no sujeito quando ele assume uma imagem” (p.97).

De acordo com Garcia-Roza (2005), esse momento é dominado pelo Imaginário, e a estruturação psíquica só se dará com o advento do Simbólico, cuja estrutura é a mesma da Linguagem. Sendo assim, essa fase consiste na experiência da criança em perceber sua própria imagem em um corpo unificado, erotizado, que, antes, se percebia um corpo despedaçado, o que provoca certa angústia. Essa mudança na percepção do *infans* se dá, mais uma vez, por meio dessa identificação intensa com o Outro, encontrando sua imagem nele, estruturando-o como sujeito, mas, como dito anteriormente, no nível do imaginário, permitindo o início da estruturação do ego como o que se pode chamar de eu ideal, ou seja, o Outro/outro como imagem (Jorge; Ferreira, 2005).

Podemos notar que os autores acima citados, para fins didáticos, recorrerem a uma forma de exposição sobre o estágio do espelho, em que se ressalta que, em um primeiro tempo, opera uma prevalência do imaginário em que há a identificação do *infans* à imagem especular e que, em um segundo tempo, haveria o advento do simbólico, ou

seja, a relativização da captura imaginária a partir da operação da linguagem, cujo efeito é a constituição do sujeito. No entanto temos que considerar que essa separação temporal didática é problemática, pois, na constituição do sujeito real, simbólico e imaginário estão articulados durante todo o tempo.

Da mesma forma como esse momento de alienação, de identificação, que Freud (1914) vai chamar de narcisismo primário, é essencial para a constituição do psiquismo na criança, a cisão dessa relação também deve ocorrer para que esse processo aconteça de forma satisfatória. A esse segundo momento, marcado pela introdução de um outro elemento na relação mãe – bebê, Lacan (1964) dá o nome de separação, que corresponde à operação da metáfora paterna ou Nome-do-Pai. A introdução do pai, que, para a psicanálise, dessa maneira, exerce uma função simbólica e não real, se dá no tempo denominado por Lacan como separação, que é marcado pelo advento do simbólico e pela intervenção do pai como privador, tanto na relação da criança com a mãe, quanto a seu inverso, ou seja, na relação da mãe com a criança (Roza, 2005).

Quando essa interdição falha, isto é, quando não há, na relação mãe – bebê, a inclusão da lei simbólica, o *infans* não consegue se situar como sujeito desejante e se vê numa estrutura denominada psicose. À não inscrição da operação de separação no Inconsciente, Lacan (1955-1956) dá o nome de foraclusão do Nome-do-Pai. Foraclusão quer dizer, exatamente, não inclusão (ROZA, 2005).

É importante que diferenciemos a palavra pai de função paterna, sem afirmar, porém, que estes não possam ocupar o mesmo lugar no imaginário da criança. Dor (1991), baseado na teoria lacaniana, diferencia o Pai real do Pai simbólico como diferentes formas de investimento objetal da criança com relação à figura paterna. O primeiro seria aquele que personifica, ou não, o segundo. De acordo com: “a edificação do Pai simbólico a partir do Pai real constitui a própria dinâmica que regula o curso da

dialética edipiana e, com ela, todas as consequências psíquicas que dela dependem” (p.43).

Isso significa dizer que o Édipo só se define, quando o Pai simbólico passa a ser o objeto de investimento da criança como aquele que tem o falo. Fundamentando a diferença desses dois conceitos, Dor (1991) enfatiza que falar de carência do pai na família é muito diferente de falar de carência do pai no complexo edipiano. Há, ainda, uma terceira forma de investimento que se configura nesse processo como Pai imaginário. É nessa condição que a criança percebe o pai como um intruso na relação fusional antes estabelecida com a mãe, fazendo com que ela perceba a incidência do desejo da mãe em relação ao desejo do pai, que estava, ou deveria estar, presente durante todo tempo. É justamente essa descoberta que faz com que a criança perceba o Pai real de uma forma imaginária, ou seja, como privador, interditor e frustrador.

Miguel (2007) também nos dá uma importante contribuição sobre as questões ligadas ao complexo de Édipo freudiano, no qual, a nosso ver, a entrada do pai tem uma função primordial, para que tanto o tempo da separação quanto o complexo de castração (o qual veremos mais adiante) cumpram sua função estruturante. Ela retoma toda a obra de Freud, fazendo uma rica análise de como ele descreveu, ao longo de suas ideias, esse complexo, destacando o Édipo como ponto central da Psicanálise e das questões contemporâneas que envolvem esse tema. A autora assevera que: “a partir dele se faria efetivo o abandono do objeto incestuoso e se declinariam as vertentes do masculino e do feminino, com suas identificações egoicas e superegoicas concomitantes; também se efetuariam as escolhas de patologia” (p.167).

A autora destaca ainda vários pontos na obra freudiana sobre o complexo de castração, o qual, nos textos por ele escritos a partir de 1914, cumpre a função de elemento perturbador dos fantasmas edipianos, tornando-se, assim, aquele que

determina o abandono do narcisismo original da criança. É importante ressaltar que isso não ocorre da mesma maneira para ambos os sexos.

Em seu texto sobre a feminilidade, Freud (1933) afirma que o complexo de castração se inicia, tanto para o menino quanto para a menina, quando estes percebem que alguns sujeitos possuem pênis, e outros não. A criança nota a diferença anatômica e admite a importância de possuir esse órgão. A diferença é que, no menino, o complexo de castração marca sua saída do complexo de Édipo ao constatar que seu pênis não acompanha necessariamente o corpo, uma vez que uns tem e outros não, rendendo-se, assim, ao temor de ser punido, tirando-lhe o que tem e que considera muito precioso. Já na menina, esse complexo inaugura sua entrada no Édipo, uma vez que, tomada pela inveja de não ter um pênis, revolta-se contra a mãe, atribuindo a ela a culpa de não ter sido presentada com um. Isso ocorre de forma relativamente lenta uma vez que, inicialmente, a menina considera que somente ela não tem um pênis, mantendo seu amor pela mãe fálica, possuidora, na fantasia infantil, de tal órgão. Somente algum tempo depois é que ela estende a castração a outras mulheres, e, por fim, à sua mãe. Nas palavras de Freud, temos que: “o desejo que leva a menina a voltar-se para seu pai é, sem dúvida, originalmente o desejo de possuir o pênis que a mãe lhe recusou e que agora espera obter de seu pai” (Freud, 1933, p. 157).

Temos então os complexos de Édipo e de castração (este visto como um operador da interdição do incesto) como momentos que marcam por qual caminho o sujeito deve percorrer diante das possibilidades de estrutura psíquica (neurose – psicose – perversão), visto que, de acordo com Miguez (2007), o Édipo e a castração estabelecem no sujeito os campos da “escolha” sexual e das psicopatologias. Segundo ela: “em conjunto, a interseção desses dois campos define os modos de subjetivação” (p.150).

Acreditamos que a saída do sujeito do enlace edipiano não significa o fim do processo, porquanto, nas palavras de Nasio (2007), “a dessexualização dos pais nunca é completa e a angústia, nunca definitivamente recalcada” (p.40). A partir disso, é que retomaremos a ideia de que a produção de subjetividade deve ser tomada como um processo, o qual acompanha o sujeito, interferindo diretamente no modo como ele responde às modificações dos discursos hegemônicos produzidos e transformados de tempos em tempos, conforme as novas demandas sociais.

6. O sujeito e o desamparo: entre a lógica do Outro e de si

“É que nunca nos achamos tão indefesos contra o sofrimento como quando amamos, nunca tão desesperadamente infelizes quando perdemos nosso objeto amado ou seu amor.”

Sigmund Freud

No início de sua teorização, antes mesmo de construir uma teoria da sexualidade infantil, Freud (1895) já enfatizara a questão do desamparo no homem, apesar deste significante só ter adquirido um status de conceito nos textos a partir de 1915 (Birman, 2005). Em seu texto “Projeto Para Uma Psicologia Científica”, ele afirma: “o desamparo inicial do ser humano é a fonte originária de todos os motivos morais” (Freud, 1895, p.32)

Chamamos de desamparo o estado em que se encontra o ser humano diante da possibilidade, sempre presente, de entrar em sofrimento. Para ele: “o sofrimento nos ameaça a partir de três direções: de nosso próprio corpo, condenado à decadência e dissolução (...), do mundo externo, que pode voltar-se contra nós com forças de destruição esmagadoras e impiedosas; e finalmente, de nossos relacionamentos com os outros homens” (Freud, 1929, p.95).

Pela leitura que fazemos sobre o processo de constituição do psiquismo, temos então que o recém-nascido, diante de um estado de desamparo, ou seja, de extrema impotência para satisfazer suas necessidades iniciais, vê na mãe a única via possível para tal (Laplanche e Pontalis, 1992). Um pouco mais adiante nesse processo de constituição psíquica, é preciso que o bebê renuncie, sendo *a priori* barrado pela entrada do pai na relação dual antes estabelecida com a mãe, ao seu amor incondicional e à consequente garantia de proteção trazida por essa relação. Com base na teorização

freudiana, parece-nos possível afirmar que, nesse tempo, o bebê se vê novamente frente ao desamparo advindo da ambiguidade da relação estabelecida com aquele que encarna a função paterna, que toma o lugar da mãe na função de proteger, por ser mais forte, e, ao mesmo tempo, temido como aquele capaz de punir a criança pela relação incestuosa antes estabelecida com aquela que cumpre a função materna (Freud, 1927).

Ao fazer uma análise da civilização e de seu funcionamento, Freud (1927) destaca a questão do desamparo, afirmando que o que ocorre na relação do homem com a civilização é, na verdade, a atualização de um protótipo infantil, ou seja, uma repetição das relações estabelecidas com as figuras parentais durante os primeiros sinais da produção subjetiva e, conseqüentemente, a rememoração de sentimentos já uma vez vivenciados. Ele assegura ainda que a relação do homem com a sociedade se dá a partir de um estado de desamparo. Para viver em sociedade, é necessário que ele renuncie a seus instintos mais primitivos em troca de garantias de uma ilusão de proteção. No entanto a civilização se mostra incapaz de tal tarefa, especialmente ante os fenômenos da natureza e do Destino, e, sendo assim, o desamparo humano permanece lançando o homem na eterna busca de garantias que possam apaziguar a angústia perante ele, já vivenciada na infância.

Para falar da relação que o homem estabelece com a sociedade, Freud (1929) enfatiza os conceitos de pulsão e civilização, sempre pensando nessa relação como sendo da ordem do conflito. Ele argumenta que a relação conflitual entre pulsão e civilização é de ordem estrutural e que o resultado disso nada mais é que a angústia causada pelo desamparo, a qual é incurável. Resta ao sujeito, a tentativa interminável e infinita de “gerir” esse mal-estar. Contudo inferir que o sujeito não poderia jamais se deslocar da sua posição de desamparo não quer dizer que ele precise existir sob uma angústia constantemente presente, independente de qual seja sua estrutura psíquica

(psicose-neurose-perversão) (Birman, 2005). Birman (2005) nos aponta que “(...) enunciar a irredutibilidade do desamparo implica reconhecer que o sujeito deve fazer um trabalho infinito de gestão daquela, justamente porque o desamparo originário da subjetividade seria incurável” (p.210). Para esse autor, gerir o desamparo denota que o sujeito precisa constituir destinos eróticos e sublimatórios para a pulsão. Essas seriam as únicas vias possíveis para que o sujeito pudesse fazer face a esta sua condição estrutural do humano e para que ele possa manter a vida como possibilidade. Concordamos com a afirmação de Prata (2004), que considera que o homem civilizado é o homem do conflito, uma vez que sofre pressões tanto da civilização quanto de suas próprias questões internas.

Com efeito, ainda nas palavras de Birman (2005), o circuito pulsional, constituído pelo bebê em seus primeiros meses de vida, só se dá a partir da mediação do Outro, já que, sem ele, a força pulsional estaria fadada à descarga, e o bebê não poderia sobreviver nem mesmo no registro da ordem vital. Sendo a pulsão uma força constante, o sujeito precisa do Outro para se (re)produzir permanentemente como tal, repetindo e restabelecendo suas relações a partir daquelas que se constituíram nos primórdios de sua infância.

Para dar continuidade a tais reflexões, examinaremos as ideias de Freud (1927) sobre as questões do desamparo humano, analisadas com base no exemplo fornecido pela função da religião, embora ele afirme que todas as outras realizações da civilização surgem da necessidade de o homem tornar tolerável seu desamparo. Na religião, a crença na existência de um Pai, que, ao mesmo tempo em que protege, também é capaz de punir não nos lembra algo que ocorre na mais tenra infância? Na opinião de Freud (1927) parece-nos que sim. Ele afiança ser idêntica a situação de anseio do ser humano por um pai à sua necessidade de proteção contra a impotência de satisfação das

necessidades que causam tanto desconforto no *infans*. A partir disso, podemos afirmar que a situação de desamparo, além de constitutiva, acompanha o homem por toda a sua existência e está intimamente ligada à questão da falta que surge no sujeito no tempo da separação teorizado por Lacan (1964). A relação que o homem estabelece com a civilização é estruturalmente isomórfica à estrutura que opera nas funções (materna e paterna) constituintes do sujeito.

Parece-nos possível afirmar que a entrada do pai na relação edípica, seja como agente da castração ou como aquele que supostamente dará à criança aquilo que ele deseja (o falo), é fundamental para que a constituição do psiquismo se dê de forma satisfatória. Temos, assim, certa dimensão da importância estrutural da função paterna para o homem. Vários autores que se ocupam do campo constituído pela contemporaneidade, sejam eles psicanalistas ou não, têm problematizado sobre o impacto subjetivo e social que se relaciona com o declínio do Pai na pós-modernidade. O declínio do Pai é situado, geralmente, pela constatação de que as figurações do Pai perderam a potência na sociedade contemporânea. Assim, Deus-Pai (no âmbito religioso), o Pai-Patriarca (no âmbito familiar), o Pai-Ideia (no campo das lutas sociais) não parecem se sustentar na pós-modernidade com a mesma força de outrora. No entanto, para falar em declínio da função paterna, devemos ser cuidadosos, pois esse termo tem sido usado de maneira indiscriminada pelo discurso atual, o que acarreta certa confusão entre a dimensão simbólica e o campo das figurações imaginárias do Pai. Conforme Kamers (2005), essa confusão destituiu o Pai “de sua dimensão simbólica em detrimento de prescrições imaginárias” (p.51).

O que pretendemos colocar como questão, neste momento, é: como essa função tem sido exercida para o sujeito em tempo de infância nos moldes das estruturas familiares contemporâneas? É possível que a dissolução do sistema de valores e

normas, que sustentava a organização dos laços familiares em torno da figura paterna soberana, tenha arrastado consigo os modos de subjetivação descritos por Freud e lançado o homem num desamparo ainda maior que aquele descrito por ele?

A partir de tais reflexões é que tomaremos a produção de subjetivação como um processo contínuo, uma vez que o sujeito, mesmo depois de ter passado pelos fantasmas edipianos, continua a se constituir. Isso significa dizer que a subjetivação é criada e que o modo como o sujeito se relaciona com a sociedade, e vice-versa, influi diretamente nas formas de seu sofrimento psíquico e na produção de sintomas (Prata, 2004). A autora destaca o deslocamento das normas disciplinares, descrito por vários autores, vivenciado na contemporaneidade como responsável pelas alterações nas formas de subjetivação. Ela explica:

Mesmo supondo que ainda somos regulados pela disciplina, esta não parece ter a eficiência do início do séc.XX, no que diz respeito aos sujeitos que produz. Da mesma forma que o poder disciplinar visou à produção de corpos dóceis e às formas de adoecimento psíquico articuladas a essa produção, o modo pelo qual o poder circula hoje parece estar associado à emergência, por exemplo, da depressão (p. 39).

Kamers (2005) parece concordar que exista uma relação direta entre as produções discursivas hegemônicas e os modos de subjetivação. Não nos resta dúvida de que as mudanças acerca dos discursos sobre as atribuições do masculino e do feminino vivenciadas na contemporaneidade, contribuíram para as novas configurações familiares que também se apresentam nesse tempo. Segundo ela:

A modificação da sexualidade e do olhar dirigido à mulher e à criança precedeu uma grande transformação das relações de aliança, em que a mulher, ao invés de ser reduzida ao papel de esposa ou de mãe, foi se individualizando, na medida

em que ia se dissociando prazer e procriação, a partir da contracepção (Kamers, 2005, p.31).

Roudinesco (2003) aponta alguns aspectos para o que ela chama de desordem da família moderna. Dentre eles, podemos ressaltar a crise do princípio da autoridade e de um logos separador. Ela assevera que essas “desordens” familiares, ou seja, essas configurações familiares centradas fora do antigo modelo da autoridade patriarcal (a qual iniciou seu declínio no fim do séc. XIX) não são novas, apesar de inéditas, e não impedem que a família ainda seja colocada, pela maioria das pessoas, como algo de extremo valor. O que está em declínio não é a família, mas, sim, o princípio da autoridade – o logos separador – sobre o qual ela sempre se baseou.

Miguel (2007) parece concordar com Roudinesco e com outros autores citados por ela no que se refere ao declínio da produção subjetiva centrada na figura paterna potente. No entanto, ao contrário de alguns autores que consideram os sujeitos fundados a partir de uma figura paterna soberana como os únicos consistentes, ela levanta a possibilidade de que, juntamente com as novas configurações familiares e civilizatórias, possam estar surgindo outros modos de subjetivação ainda determinados pelas proibições fundantes que preservam a característica fálica do processo de instauração psíquica. Essas proibições fundantes operam por meio de novos poderes alternativos e complementares do pai e de sua função interditora. Baseada na ideias de Foucault, ela afirma que “a proibição fundante que interdita o incesto continua a ter validade” (...) (p.99). Esse fato nos permite declarar, então, que o complexo de Édipo continua sendo o norteador das estruturas psíquicas e que, mesmo que novas patologias sejam identificadas, é possível que elas sejam lidas a partir das formações edipianas e de seus impasses.

Parece-nos possível afirmar que o que está em constante modificação são as funções parentais atreladas ao ideal de masculino e feminino, e não as funções materna e paterna fundantes do psiquismo. Ao falar de funções materna e paterna, referimo-nos a uma posição subjetiva frente à criança, de um lugar vazio inscrito no discurso, mas que deve ser ocupado por um agente real, “de carne e osso” (Kamers, 2005, p.46). A autora garante não ser mais possível pensar as funções parentais como pertencentes a um modelo familiar com papéis rigorosamente definidos como tínhamos antes. Os lugares ocupados hoje pelos cuidadores das crianças nem sempre coincidem com o pai e a mãe biológicos.

Com base nessas reflexões, é possível observar que, apesar de um esvaziamento simbólico causado pela fragilidade das relações sociais e, conseqüentemente, familiares, baseadas na lógica capitalista (o que fez com que o sujeito apresente uma hipervalorização do eu constituindo-se sob bases extremamente narcísicas), as funções que operam na constituição do sujeito, sobretudo no que se refere à lei de interdição do incesto, continuam vigentes. O surgimento de novas formas de adoecimento estão relacionados às novas formas de normalização disciplinar não mais centradas na figura de um pai soberano.

Temos, portanto, que declínio da imago paterna nos remete a uma percepção mais aguda do desamparo (o que pode explicar o predomínio de manifestações sintomáticas tais como a depressão e a drogadicção, que parecem traduzir, no plano subjetivo, o esvaziamento de sentido vigente na contemporaneidade). No entanto isso não faz supor que a estruturação subjetiva esteja posta em risco, pois ainda vigem as operações de alienação e separação, embora muitas, vezes sejam agenciadas por diferentes instâncias, encarnadas por múltiplos sujeitos nas configurações familiares contemporâneas.

Alegar que as instituições disciplinares estão em crise não quer dizer que não existam, na contemporaneidade, leis interditoras, ao contrário, elas continuam atuantes. “Se não, restaria ao homem um estado de natureza muito mais difícil de suportar” (Freud, 1927, p.26). Preferimos, então, seguir a linha de pensamento de alguns autores que esclarecem que outras instâncias tem ocupado esse lugar de interdição, que não desobriga o sujeito à renúncia do incesto. Além disso, a função de proteção e cuidado e de transmissão de proibições fundantes continua a ser da família (Migueluez, 2007). “As funções materna e paterna continuam a ser exercidas, mesmo que se abstraiam das mães e dos pais concretos e que eles distribuam, entre si e com outras pessoas e instituições (babás, creches, escolas, mídia, etc), seus ofícios, fora das ortodoxias” (p.113).

As “novas formas de subjetivação” são, na verdade efeitos das “novas” demandas sociais, as quais têm imposto ao sujeito modelos que, na maioria das vezes, são inalcançáveis dos pontos de vista econômico, estético, emocional, entre outros. A sociedade capitalista promete aquilo que não consegue cumprir, ao mesmo tempo em que culpa o próprio sujeito por seu fracasso em não alcançar o que ela propõe como estereótipo de felicidade. Os sintomas relacionados à depressão, drogadicção e violência, cujo aumento nos leva a constatar na sociedade pós-moderna, podem ser pensados como formas de que o sujeito se vale para agenciar estratégias, embora sintomáticas, para fazer face à aguda percepção de desamparo a que o sujeito está remetido na contemporaneidade. Esta aguda percepção é o efeito da queda da ilusão de que as figurações imaginárias do pai possam proteger o sujeito do desamparo estrutural.

Assim, não há vítimas ou culpados. Nem há famílias desestruturadas, posto que as famílias vêm se estruturando conforme as novas demandas e lógicas sociais. Do mesmo modo, as crianças se constituem subjetivamente a partir da forma como essas figuras de autoridade e identificação têm se apresentado. Muitas vezes, as funções

materna e paterna são exercidas de maneira fragmentada, incorporadas por muitos personagens que tomam os cuidados iniciais do bebê para si. É claro que isso tem consequências, assim como o modelo familiar centrado na figura paterna também teve. A criança, como, qualquer sujeito contemporâneo, procura criar estratégias para fazer face às formas de desamparo atualizadas pelas “novas” configurações familiares. Essas estratégias podem levar à criança à constituição de novas formas de ser e de sofrer.

A partir dessa breve análise de como se dá instauração do psiquismo no *infans*, e dos impasses no processo de instauração do sujeito e do desenvolvimento das funções biológicas e psíquicas da criança, que podem, no limite, tomar a forma do autismo, das psicoses infantis e dos diversos transtornos corporais sem causa biológica visível, colocamos uma questão: se a relação do sujeito ao Outro é fundamental para a estruturação do psiquismo, como isto ocorre (ou não) em crianças que se encontram fora dos moldes da família patriarcal tradicional?

Pretendemos percorrer essas questões ao longo de nosso trabalho, sempre preocupados, em primeiro lugar, com o nosso papel na condição de analistas inseridos em tempos contemporâneos tentando elaborar as tantas erupções de nosso pensamento quando nos propomos a analisar nossa própria prática e como atuaremos a partir da enunciação de caminhos possíveis.

7. Objetivos

7.1 Objetivo Geral

Evidenciar, à luz de três experiências de intervenções no campo da Saúde Pública, em especial no Programa de Saúde da Família, a possibilidade da construção de práticas que priorizem a promoção da Saúde Mental do *infans* atravessadas pela Ética da Psicanálise.

7.2 Objetivos Específicos

_ Refletir sobre como se dá (ou não) o processo de constituição psíquica do *infans* dentro de diferentes contextos que não os da família patriarcal.

_ Analisar como os programas existentes de cuidado ao *infans* no âmbito da Saúde Mental no serviço público podem (ou não) contribuir para práticas de intervenção à crianças em sofrimento psíquico.

_ Propor, juntamente com a equipe do PSF, um plano de intervenção para cada família participante;

_ Analisar, a partir do relato de cada intervenção, as relações estabelecidas entre os membros das famílias participantes entre si e com os profissionais que atuarão junto a eles nos encontros promovidos por este trabalho.

_ Investigar a possibilidade de que as intervenções realizadas na clínica da Saúde Pública possam estar atravessadas pelo que chamamos de Ética da Psicanálise.

8. Apresentação dos casos.

Era uma casa muito engraçada
não tinha teto não tinha nada
ninguém podia entrar nela não
porque na casa não tinha chão
ninguém podia dormir na rede
porque na casa não tinha parede
ninguém podia fazer xixi
porque pinico não tinha ali
Mas era feita com muito esmero na rua
dos bobos número zero.

Vinícius de Moraes

Para que possamos fazer uma análise da nossa prática como profissionais da Saúde Mental submetidos à Ética da Psicanálise, pensamos ser fundamental que relatemos o caminho percorrido ao longo das intervenções realizadas com duas crianças de três anos e suas famílias. Como veremos, essas crianças foram encaminhadas para atendimento na unidade de saúde na qual somos referência, e por apresentarem impasses na sua constituição psíquica, foram escolhidas, após autorização dos responsáveis, para participarem desse estudo. Mais adiante, fizemos uma breve análise dos casos, e, posteriormente, discorremos sobre as possibilidades, mas, principalmente, as dificuldades de colocar em prática o que nosso trabalho propõe, ou seja, uma prática de intervenção em Saúde Mental que possibilite o entrelaçamento de diversos saberes como forma de destituição do saber especialista visto como única forma possível de tratamento.

È importante lembrar que, para preservar a identidade das personagens dos casos apresentados, os verdadeiros nomes foram trocados por fictícios.

8.1. O caso Pedro – o menino que não entende...

Pedro é uma criança de três anos de idade que mora com a mãe, Júnia, o pai, Fábio, e o irmão, Marcos (filho de Júnia com um namorado antigo). Júnia solicitou o atendimento psicológico na Unidade Básica de Saúde da Família (a partir de agora, referida como UBSF), devido ao diagnóstico de autismo feito por um médico neurologista que lhe receitou uma medicação (Risperidona). A mãe o levou ao médico a pedido da pediatra. Pedro não fala, é muito inquieto e, num primeiro momento, parece não entender o que dizemos, pois não responde aos pedidos comuns feitos a crianças com essa idade como, por exemplo: cumprimentar, dar um beijo ou obedecer a alguma ordem de não mexer nisso ou naquilo.

Durante o primeiro atendimento que foi realizado na UBSF, Júnia contou que bebia e fumava muito quando estava grávida do Pedro. Sua vida era do trabalho para o bar, praticamente todos os dias. Só iniciou o pré-natal aos cinco meses de gravidez. No início, a família queria que ela desse a criança quando nascesse, mas ela não queria isso. Explicou que não sabe o que é autismo, mas achava que o filho “não é isso não”. Contou que ele começou a dizer papai e mamãe uma vez, mas que logo parou.

O pai é bem rígido com a criança. De acordo com Júnia, quando Pedro está com o pai ele não é tão custoso. O pai bate nele e ele obedece.

Pedi que o levasse à unidade de atenção psicossocial, especializada em infância e adolescência, de referência na cidade, para avaliação da medicação que o médico havia prescrito, pois ela informou que o pai, após ler a bula, recusara a dar-lhe tal remédio devido ao seu componente anticonvulsivante. Agendei uma visita domiciliar. A área em que eles moram está descoberta, ou seja, sem agente comunitário de saúde (o

que, infelizmente, é muito comum acontecer). Por esse motivo, decidimos que eu realizaria as primeiras visitas sozinha.

Na visita domiciliar, Júnia contou que teve uma gravidez tumultuada. Considerava-se uma alcoólatra. O pai do Pedro também bebe muito. Saíam para beber juntos. Quando Pedro nasceu, eles foram morar com a mãe dela. Contou que continuou bebendo em casa. Colocava-o para assistir à televisão e ele ficava “quietinho”.

Quando Pedro tinha quatro meses, Júnia teve um problema na vesícula. No início, os médicos acharam que era hepatite, e ela teve que interromper a amamentação. Precisou ficar, inicialmente, dois meses internada. Após esse tempo, ela recebeu alta, voltou a ver Pedro, mas depois teve uma recaída e precisou ficar mais dois meses no hospital. Durante esse período, o pai resolveu mudar para a casa da mãe dele. Levou Pedro consigo e deixou-o aos cuidados da avó paterna. Júnia falou que o viu poucas vezes durante esse tempo.

Algum tempo depois, após Júnia ter se recuperado da doença, saiu do hospital e foi morar com a sogra. Pedro começou a apresentar episódios de pneumonia. Ela afirmou que era por causa de um mofo que tinha na casa da sogra e que ela tentava esconder com o berço dele. Ele teve cinco crises consecutivas. Num outro momento, Júnia retomou essa história e relatou que essa foi a única vez que ela viu o Fábio se “desesperar” por causa do filho.

Ainda nessa primeira visita, Júnia contou que levou seu filho à unidade de atendimento da infância e adolescência e que a técnica que os acolheu, após entrevista conjunta mãe-criança, disse que ele seria inserido na rotina da instituição para avaliação, devendo comparecer uma vez na semana na parte da manhã.

Ao aplicar a ficha de desenvolvimento infantil utilizada como instrumento de detecção de sinais precoce de risco de desenvolvimento psíquico (anexo B), temos,

inicialmente, que, nos dados obtidos no intervalo de zero a três meses, Júnia relatou não se lembrar do comportamento do filho no que se refere aos itens relacionados à interação do olhar enquanto mama, e se a criança consegue reconhecer vozes familiares demonstrando certa agitação motora. Mais adiante, no intervalo de três a seis meses, ela apontou alguns problemas no desenvolvimento da fala de Pedro e de sua interação social. No período de seis a nove meses, Júnia descreveu o desenvolvimento do seu filho como normal, ou seja, com respostas esperadas para uma criança dessa idade. No entanto, ao retomar a história familiar, vimos que, no período em que Júnia afirmou ter ocorrido tudo bem no desenvolvimento do seu filho (dos seis aos nove meses), ela não estava presente em razão do seu problema de saúde. Posteriormente, após ter retornado ao convívio com seu bebê, ela começou a apontar melhor os problemas de desenvolvimento dele situados, principalmente, no campo simbólico, pois ele desenvolveu-se normalmente no nível motor. Tal situação nos permite hipotetizar que não só a ausência provocada por causa da doença, mas também o fato de ela ter passado os primeiros meses de Pedro muito envolvida com a questão da bebida, possam ter promovido um olhar distanciado sobre o desenvolvimento dessa criança. Júnia contou que, para beber, mesmo permanecendo em casa, deixava-o em frente à televisão ou sob os cuidados da sua mãe. As respostas dadas sobre o desenvolvimento de Pedro antes dos seus quinze meses parecem ser fruto da construção imaginária que a mãe fez sobre o desenvolvimento do seu filho durante esse período. Sendo assim, não é possível asseverar se houve ou não uma interrupção no processo constitutivo desse bebê. Na ficha, consta um atraso nos itens que se referem a engatinhar e andar, no entanto, num outro momento, Júnia afirmou que ele engatinhou com sete meses e andou com um ano. Ela também retornou, em um dos atendimentos realizados na UBSF, ao item relacionado à atitude da criança frente ao espelho. Disse que a sogra a havia lembrado

que ele brincava com sua imagem ao vê-la refletida. Esses fatos também parecem reforçar nossa hipótese de que Júnia ficou um tanto confusa ao tentar se lembrar das respostas dadas por seu filho a certas situações.

Por esse motivo, é que ressaltamos o caráter não diagnóstico e eminentemente qualitativo desse instrumento, uma vez que, para traçar um projeto de intervenção, ele não deve ser lido fora do contexto familiar. Assim, se as respostas à ficha não podem de fato nos assegurar sobre o que realmente ocorreu no desenvolvimento de Pedro, podem nos fornecer indícios importantes sobre os impasses da relação entre Júnia e seu filho: o não saber sobre o desenvolvimento inicial da criança que pode se articular ao alcoolismo da mãe; a ausência prolongada em decorrência da internação hospitalar da mãe; a reconstrução imaginária que a mãe produz sobre o tempo em que não pode saber de Pedro devido ao alcoolismo e à internação. Através do instrumento, entrevê-se a posição que Júnia ocupou como um dos adultos evocados na posição desejante do Outro primordial de Pedro: vacilante, confuso, distante e “esburacado”.

Os atendimentos seguintes aconteceram na UBSF, sempre contando com a presença de Júnia, Pedro e Marcos. Pedro é muito inquieto. Explora o ambiente tentando mexer em tudo o que está ao seu alcance, e no que não está também. Essa atitude exploratória ora aparece como algo desconexo e indiscriminado, ora como uma atitude de reconhecimento do local para que ele possa se atentar ao que lhe interessa. Em um determinado momento, Júnia lhe oferece um bicho de pelúcia, fazendo como se ele estivesse abraçando-o. Imediatamente, ele pega o bichinho e imita o que a mãe tinha feito. Enquanto ele mexe nos objetos da sala de atendimento, a mãe o repreende, quase sempre, sem muito êxito. Algumas vezes, ele fica nervoso, franzindo a testa e fazendo barulhos com a voz; em outras, principalmente quando a mãe lhe tira algo, chora e faz movimentos de apertar a mão e sapatear, como uma birra. A mãe conta muito com a

ajuda de Marcos para tentar contê-lo. Num determinado momento, ao explorar o que mais eu tinha para oferecer a ele (antes, tinha lhe dado duas caixas, uma contendo revistas, massinha de modelar, lápis de cor e tesoura, e outra com bichinhos de pelúcia), Pedro mexeu no meu cabelo para pegar minha travessa, que caiu diante dos meus olhos. Iniciei uma brincadeira típica de bebês com idade entre seis e nove meses dizendo: “Cadê a titia?” Em seguida, ao levantar a travessa disse: “Achou!” Ele achou graça e repetiu isso algumas vezes, principalmente quando a mãe começou a fazer parte da brincadeira, repetindo a pergunta. Em seguida, ele fez uma entonação diferente com a voz que, para mim, se assemelhou a uma canção. Comecei a bater palmas, dizendo que ele estava cantando. Ele sorriu e repetiu a entonação, esperando que eu batesse palmas novamente. Chamei a mãe e o irmão para participarem da brincadeira, e ele repetiu a cena algumas vezes.

Em razão do fato de as salas de atendimento na UBSF serem divididas com outros profissionais, chegamos à conclusão de que estava ficando perigoso para Pedro ser atendido ali, uma vez que não é possível retirar todos os materiais cortantes e remédios dessas salas, e colocá-los fora do alcance dele também não estava adiantando. Decidimos que os próximos atendimentos deveriam ocorrer na residência deles. Acordamos que eles aconteceriam uma vez por semana. Deparamo-nos com o primeiro problema de nossa reflexão (o qual retomaremos mais tarde) sobre a nossa prática como profissionais da Saúde Mental inseridos no PSF. Muitas vezes, em vista da demanda excessiva de casos nessa área (o PSF em questão trabalha com um número de assistidos maior que o recomendado e regulamentado pelo Ministério da Saúde), não era possível realizar tais visitas, sendo necessário que outro horário fosse sugerido para dar continuidade aos atendimentos propostos sob tal formato.

Em casa, Júnia me recebeu preocupada com a bagunça que Pedro faz. Ela explicou que não arruma muito a casa porque não adianta, ele está sempre tirando as coisas do lugar. Quanto a Pedro, algumas vezes, estava dormindo quando eu chegava, outras brincando ou dançando. Enquanto eu e Júnia conversávamos, ele se aproximava para ver o que eu tinha na mão. Dava a ele o que eu julgava que podia sempre dizendo: esse pode. Aquilo que achava que não podia dizia: esse não pode. Algumas vezes, Pedro irritava-se e tentava pegar de qualquer jeito, mas logo se interessava por alguma outra coisa, sempre sob o olhar vigilante da mãe ou do irmão. Essa cena de procurar o que eu havia trazido comigo se repetiu em alguns momentos.

Júnia relatou que Pedro não come “comida” (arroz, feijão, carne, verdura). Gosta de comer “besteiras” (bolacha, batata frita, frituras). Perguntei à mãe como são os hábitos alimentares na casa dela. Ela respondeu que também come muita besteira. Alguns hábitos de Pedro acompanham os da mãe. Júnia também relatou que gosta de acordar tarde. Sendo assim, os dois costumam dormir durante a manhã e, conseqüentemente, vão se deitar depois da uma da madrugada. Desde o nascimento de Pedro, Júnia não mais trabalhou. Da mesma forma, Pedro nunca teve nenhuma outra atividade fora de casa. Em um determinado momento, Júnia alegou que acha muito difícil levá-lo para os lugares, pois ele faz muita bagunça, não obedece. Também não costuma deixá-lo aos cuidados de outra pessoa, pois ele chora muito. A lógica que nos aparece nesse discurso, e que um pouco mais adiante reaparece no discurso paterno, é de que ninguém, além dos pais, dá conta de Pedro. Só a mãe é capaz (e ela é) de entender o que ele quer. Só ela ama o filho, só ela é capaz de cuidar. Em uma de minhas visitas domiciliares, Júnia se referiu a Fábio declarando que acha que ele não ama o filho, pois ele não ama nem a si mesmo: “Ele não ama, pai não ama filho como mãe” –

ela diz. Essa fala parece estar referida ao fato de Fábio, de acordo com ela, ainda ter problemas com relação à bebida.

Por algum tempo, as conversas com Júnia ficaram muito em torno da permanência ou não de Pedro na unidade de atenção psicossocial à criança e adolescente. Ao encaminhá-lo, fiz um contato com a técnica que os havia recebido, colocando-me à disposição para discussão do caso e esclarecendo que, mesmo sendo atendido pela instituição, eu continuaria acompanhando aquela família. Júnia ficava muito angustiada com o fato de não a terem chamado para conversar depois da primeira entrevista. Também se angustiava quando Pedro chorava, e a equipe o “devolvia” para ela sem maiores explicações, referindo que poderia levá-lo embora. Júnia dizia que Fábio não estava muito satisfeito com essa situação, principalmente depois que informaram que a criança não teria que frequentar mais a instituição, pois sua presença lá poderia atrasar ainda mais seu desenvolvimento. Explicou que Fábio falou que já queriam jogar o menino para outro lugar. Por isso, ele os acompanhou naquele dia. Ia dizer isso para a técnica. Estava, de acordo com Júnia, furioso com o sistema de saúde. Ponderei que estava mesmo na hora de incluir Fábio nessas “conversas”. Remeto-me ao Pedro, assinalando que está faltando uma pessoa naquele lugar. Ele não deu atenção. Estava brincando com os carrinhos. Fez várias entonações de voz enquanto brincava. Às vezes, parecem-se com sons de carro. A mãe confirma que sim.

Na visita na qual o pai estava presente, foi possível perceber sua preocupação com a saída do filho dessa rotina à qual todos estavam acostumados. Fábio confirmou a ideia de que outras pessoas não conseguem cuidar do Pedro (hipótese que também parece ser corroborada pela unidade de atenção psicossocial ao “devolver” a criança à mãe quando ela chora). Ele realmente demonstrou estar muito irritado com a situação. Percebemos que talvez Júnia se sentisse na obrigação de manter Pedro no local a que

encaminhei como sendo o lugar dele, e por isso, me chamou a participar da decisão de não levá-lo mais. Que lugar seria esse? Lugar de tratamento do Pedro. Procurei conduzir tanto Júnia quanto Fábio a uma reflexão sobre esse TER QUE frequentar essa unidade. Quem disse isso? Poderíamos pensar num outro lugar pra ele. Não um lugar de tratamento. Tratar o que? Sugeri a escola. Orientei que Pedro não TINHA QUE estar naquele lugar, mas tinha que estar em algum outro lugar que não somente sua casa.

Houve certa resistência à ideia de colocar Pedro numa escola regular. No entanto, alguns dias depois, Júnia procurou a creche do seu bairro para cobrar uma vaga a qual já havia sido requisitada algum tempo antes. Ela falou com a diretora da creche e apresentou o seu filho como uma criança completamente dependente e incapaz. Explicou a ela que ele não entendia nada, não falava, não parava quieto, não comia, não ia ao banheiro, mas que não era autista, e que a psicóloga que estava o acompanhando declarou que ele tinha condições de frequentar uma escola normal. A diretora se irritou e respondeu que, se fosse o seu filho, ela o deixaria em casa e que achava que a escola não poderia fazer nada por aquela criança.

Ao ouvir esse relato, apontei à Júnia como ela havia apresentado seu filho e que não havia dúvida de que essa separação estava sendo muito difícil para ela. Sugeri que procurássemos outra escola, também no bairro e que, dessa vez, fôssemos juntas. No encontro com a diretora (com a qual eu já tinha uma relação anterior por acompanhar outras crianças que estudam lá), Júnia ficou mais contida ao descrever o filho (apesar de ainda haver a presença do fantasma de que a permanência do seu filho nesse lugar e a possibilidade de outra pessoa tomar para si seus cuidados era impossível). A diretora disponibilizou uma vaga de imediato recomendando que ele poderia começar no outro dia, mas que contaria com a nossa ajuda para isso.

Alguns dias depois, fui à escola para ver como as coisas estavam caminhando. A diretora relatou estar surpresa com Pedro e que aquela criança que estava na escola não era a mesma que a mãe tinha apresentado. As únicas dificuldades que estavam tendo eram relacionadas à comida (pois ele não comia, e a escola não autorizou a mãe a levar bolachas ou batatinhas, a não ser que levasse para todas as outras crianças também) e ao uso do banheiro, pois, mesmo que eles o levassem várias vezes, ele não fazia xixi no vaso e nem em outro lugar. Os pais de Pedro decidiram que ele deveria ficar na escola período integral, tempo proposto para todas as crianças de sua idade. Perguntei à Júnia se ela já tinha dito isso ao Pedro, uma vez que, como a primeira semana é considerada como período de adaptação, ela o pegava às onze horas da manhã. Ela se envergonhou e comentou: “Não. Ele não entende. Mas vou dizer”.

Apesar de não conseguir situar todas as vezes que essa fala aparece, ela é constante no discurso parental. Na fala, os pais Pedro se revezam em duas posições. Em alguns momentos, eles tentam demonstrar a vivacidade e esperteza do filho ao relatarem suas atitudes, como, por exemplo: empurrar o sofá para conseguir alcançar a fechadura da porta do quarto dos pais e entrar; selecionar o tipo de música de que gosta (ele só dança as músicas de que a mãe gosta); procurar o bico quando a mãe o esconde, entre outras. Por outro lado, eles também colocam Pedro numa condição de bebê, de incapaz, realçando sempre suas capacidades de entendê-lo e se fazer entender, mesmo que por meio da força. Nesse mesmo sentido é que o Outro primordial já se esboçava, desde a aplicação do instrumento como vacilante, confuso e “esburacado”.

Em três semanas frequentando a escola alguns dias na semana (a mãe permite que ele ficasse em casa quando ele não queria acordar), Júnia já consegue apontar algumas mudanças. Pedro tem pronunciado algumas palavras aparentemente isoladas. De acordo com Júnia, em um determinado dia, ele a acordou chamando: “vem cá”. Num

outro, ao ouvir a exclamação feita num filme que estava passando na televisão, ele repetiu, de acordo com a mãe, várias vezes: “Jesus!”

Outra mudança percebida é o fato de ele querer sentar-se à mesa quando a mãe lhe dá algo para beber ou comer, assim como fazem na escola. Antes, ele jogava o alimento no chão e comia. Na creche, apesar de recusar o alimento, Pedro, assim como as outras crianças, tem que permanecer sentado na mesa enquanto seus colegas comem. Além disso, apesar de ainda não ir ao banheiro para fazer xixi espontaneamente, a mãe relatou que antes de ir para a escola ele costumava tirar a cueca, abrir as pernas e urinar, mesmo depois das inúmeras tentativas do pai de ensiná-lo como se faz. Agora, ele segura o “pipiu” e o balança quando termina. A mãe acha que ele está aprendendo ao observar as outras crianças.

Júnia, em um de nossos encontros, levantou a hipótese de tirar Pedro um período da escola, pois lá ele não estava comendo nada. No entanto, quando chega em casa ele come as bolachas e biscoitos oferecidos por ela. Outro ponto importante é que ele se recusou tomar o leite no copo, pois a mãe costuma oferecer a mamadeira, enquanto já aceita outros líquidos no copo. Comento sobre a capacidade de Pedro em entender o que está acontecendo e que talvez a separação da mãe também não esteja sendo fácil pra ele. Aponto que ele sabe que não precisa comer nada que não queira na escola, pois, quando chegar em casa, ele terá o que quer. Ele também não tem pedido o bico durante o período que está na escola, enquanto, que, ao chegar em casa, requisita-o como se não quisesse contrariar sua mãe, que, ao olhá-lo, ainda enxerga seu bebê, aquele que não entende.

8.2 Articulando o fazer e o pensar...

A primeira coisa que nos chamou atenção no caso de Pedro foi o caminho que ele percorreu até chegar a nós. Mesmo estando trabalhando há quase dois anos naquela UBSF, e já termos tido algumas conversas com a equipe sobre a importância da intervenção precoce com crianças em risco de subjetivação, só tomamos conhecimento da situação, quando a angústia da mãe em não querer dar ao filho o remédio receitado pelo neurologista a trouxe ao grupo de acolhimento que ocorre semanalmente.

É importante ressaltar que a criança passou pelo médico da UBSF, foi visitada pela agente de saúde, mas não foi encaminhada para equipe de Saúde Mental. O clínico responsável pelo PSF, de acordo com a mãe, considerou o desenvolvimento físico da criança normal e pediu que ela fosse vista por um especialista para avaliar o atraso na fala. A pediatra encaminhou a criança para um neurologista, o qual receitou a medicação citada. Ela mencionou que o médico lhe fez algumas perguntas sobre a forma de brincar de Pedro e, rapidamente, deu o diagnóstico de autismo sem explicar a ela o que isso implicava.

Bernardino (2004) nos chama atenção a essa questão com a seguinte fala no que se refere ao atendimento de crianças com problemas de desenvolvimento psíquico:

Esta questão é pertinente, se levarmos em conta a falta de política de atendimento para essas crianças em nosso país; as dificuldades de diagnóstico que impedem o encaminhamento destas crianças a serviços que realmente tenham condições de atendê-las; a evolução progressiva das dificuldades da criança não atendida adequadamente; a falta de profissionais realmente preparados para receber em atendimento essas crianças; o alto custo – pessoal e financeiro – pago pelos pais, que na falta de respostas satisfatórias passam a

percorrer os serviços sem encontrar um ponto de parada onde possam dar início e prosseguimento a um tratamento para o filho; e, finalmente, o alto custo também para o Estado, que acaba tendo que arcar com as consequências da evolução desses quadros: seja no sentido de uma debilitação progressiva, seja no sentido de uma cronificação da patologia que requer internamentos e pensões vitalícias (p.37).

Ressaltamos, a importância de sensibilizar a equipe de uma unidade de saúde sobre a articulação da constituição psíquica com o desenvolvimento da criança, enfatizando que a posição do *infans* no processo de estruturação psíquica não é a mesma da criança no processo de desenvolvimento (Bernardino, 2004). Esse deve ser um dos papéis do psicólogo ou mesmo da própria equipe matricial responsável por tais agentes. Nas palavras de Jerusalinsky (2002), os agentes de saúde (e aqui entendemos agentes como todos aqueles que pertencem à rede de cuidados e não só os agentes comunitários de saúde) não costumam atribuir aos sinais clínicos de risco de subjetivação a devida importância, pois não possuem sustentação teórica para realizar uma leitura acerca de como está ocorrendo a constituição psíquica de um bebê. Em nossa prática, percebemos que os outros membros da equipe (técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos da família) também não costumam receber tal sustentação em sua formação, atribuindo, quase sempre, importância somente para os aspectos de desenvolvimento físico do bebê, principalmente quando este ainda se encontra no que chamamos de primeiríssima infância (zero a três anos). O processo de constituição psíquica do *infans* e as implicações de seus impasses no plano do desenvolvimento das funções motoras, cognitiva, etc. devem ser tomados como parte dos protocolos investigativos do desenvolvimento infantil nos pontos de atenção em saúde, ao mesmo tempo em que devem ser vistos como algo separado do processo de desenvolvimento físico, uma vez

que a constituição do sujeito não depende diretamente do seu processo maturativo (Jerusalinsky,1999).

A questão do diagnóstico também deve ser levada em consideração. Pedro se apresenta, ao primeiro olhar, como uma criança muito esperta e inquieta. O comportamento e a ausência de fala para se comunicar não são suficientes para um diagnóstico de autismo ou psicose infantil. Ao solicitar que Júnia levasse seu filho à unidade especializada não havia, naquele momento, desejo algum de se estabelecer um diagnóstico da criança, uma vez que, em se tratando da clínica da primeiríssima infância, nem sempre é possível fazer um diagnóstico estrutural diante das possibilidades de mudanças que a clínica da intervenção precoce pode promover. Além disso, sabemos que o diagnóstico feito prematuramente, ou seja, quando o laço pais-bebê ainda está sendo estabelecido, pode trazer sérias consequências, como, por exemplo, um desinvestimento parental na criança, deixando de ser dirigidas a ela demandas que, supostamente, são impossíveis de ser respondidas devido à patologia diagnosticada, pois “Se não se espera, não se demanda” (Jerusalinsky, 2002, p. 228).

Fica-nos uma pergunta: O que teria acontecido com Pedro se os pais tivessem aceitado o diagnóstico técnico de autismo e dado a medicação sugerida? Quando ele chegaria para um atendimento que visasse a sua saída de uma posição de “deficiência” para uma de sujeito?

Por algum tempo, depois do diagnóstico do médico, a questão do autismo acompanhou essa família. Por várias vezes, os pais nos perguntaram do que se tratava. Fizeram pesquisas na internet. Júnia procurou seu filho nos sintomas das outras crianças enquanto aguardava na sala de espera da unidade de atenção psicossocial. Por algum motivo, provavelmente por uma não ausência de investimento nessa criança, os pais não o encontraram nas descrições lidas ou nos relatos de outras mães. Ao contrário, no

discurso parental, é possível observar a intenção de dizer que Pedro é uma criança inteligente, das gracinhas que ele faz, da normalidade de sua inquietude em comparação a outras crianças. Mas também podemos identificar, mediante nossa escuta, um discurso que o coloca como uma criança que não consegue entender e nem fazer-se entender, a não ser pela mãe, parecido com o que ocorre na relação de alienação estabelecida entre a figura materna e seu bebê, quando este ainda se confunde como parte dela mesma e vice versa. Deter-nos-emos no intento de situar a posição que Pedro ocupa no desejo da mãe e no discurso parental, para que, assim, possamos pensar a direção do tratamento a qual deve ser construída intervenção por intervenção, pois seus efeitos só podem ser sabidos *a posteriori*, não sendo possível preestabelecer uma planificação em função da patologia da criança (Jerusalinsky, 2002).

Na relação de “colagem” que parece ter sido estabelecida por Júnia e Pedro, o pai parece mesmo ser um personagem coadjuvante, ou seja, aquele que aparece, mas cuja presença não é significativa. Fábio só consegue atuar quando a mãe, no julgamento dele, parece não dar conta de atuar. Quando Pedro fica muito inquieto, Fábio dá-lhe algumas palmadas e ele obedece. Júnia queixa-se muito de que o marido não a ajuda. De acordo com ela, ele bebe muito e não liga para o filho. Pensamos que, quando ela estava falando que ele não ama nem a si mesmo, referia-se ao alcoolismo. Por mais de um mês, as intervenções contaram sempre com a presença de Júnia, Pedro e Marcos. Ela queixa-se muito do marido. Dizia que ele trabalha o dia todo e no fim de semana sai para beber. É a ela que cabe todos os cuidados de Pedro. Fábio só participou de uma sessão, quando, diante de sua insatisfação com o trabalho da rede de saúde mental, resolveu acompanhar Júnia em um dos atendimentos na unidade para, alguns dias depois, conversar conosco. Na sua ida a unidade, ele pretendia explicar à técnica responsável pelo caso de Pedro que julgava que “aquilo lá” não estava adiantando nada,

e que não queria deixar o filho num lugar onde eles não sabiam o que faziam com ele e que não os chamasse para participar do “tratamento”. Referia-se ao fato de a equipe dessa unidade sempre receber Pedro para o atendimento deixando que Júnia esperasse de fora. Após, mais ou menos, uma hora, de acordo com sua fala, eles devolviam a criança sem maiores explicações.

Esses fatos nos remetem à ideia de que o movimento de Júnia não é desconsiderar a palavra de Fábio, mas, sim, estar sempre buscando uma suplência para ela. A palavra dele não basta. Ela procura um saber, que, nesse momento, se personifica na figura do psicólogo, para confirmar o que o pai aponta sobre a criança. Algumas vezes, Júnia nos pediu para que conversássemos com o marido para lhe explicar que Pedro não entende o que acontece à sua volta e, por isso, não é certo que o pai lhe bata na intenção de educá-lo. Outro episódio que nos permite tal reflexão foi o fato de Júnia ter ido até a UBSF confirmar que o filho não precisava mesmo tomar a medicação prescrita pelo neurologista como Fábio havia referido.

O pai também perpetua a ideia de que só a mãe consegue cuidar do Pedro. Proibiu a esposa de trabalhar, principalmente depois que o filho começou a apresentar problemas no seu desenvolvimento. Ao falarmos, durante a visita à qual ele estava presente, da possibilidade de Pedro frequentar uma escola regular, ele disse que teme o que as professoras podem fazer quando ele fizer “o que faz em casa”. O pai referia-se ao comportamento do filho quando quer fazer suas necessidades fisiológicas. Ele costuma tirar a roupa e fazer no chão da garagem. Júnia explicou que, de vez em quando, ele pede para ir ao banheiro ou ela mesmo o leva, assim percebe que ele está com vontade. Não sabem como ele vai reagir. Após o episódio da internação da mãe, Pedro nunca mais se separou dela. A partir desse ponto na história do Pedro, ou seja, dessa separação que nunca mais se repetiu é, que refletimos sobre a possibilidade de que houve uma

ameaça de perda não simbolizada na relação entre ele e sua mãe (e vice-versa). Essa não simbolização manteve-se como um “divisor de águas” para todo e qualquer acontecimento psíquico assim como para a própria ameaça de ruína de Pedro. Assim, a angústia da possibilidade de separação provocada tanto na mãe, quanto no pai, faz com que eles se defendam com os próprios sintomas do seu filho, os quais (re)afirmam a impraticabilidade de que outra pessoa possa cuidar dele.

A permanência de Pedro na unidade de atenção psicossocial foi muito angustiante, tanto para ele (Júnia conta que ele chorava muito) quanto para seus pais. Não houve a constituição de um lugar de escuta da angústia dessa mãe ante a novidade da situação, impossibilitando, mais uma vez, que a separação fosse simbolizada. A sua história também parece não ter sido levada em consideração. Em um determinado momento, a equipe esclareceu que ali não era lugar para o Pedro, pois ele não era uma criança autista e sua permanência lá poderia agravar seus problemas de desenvolvimento. Júnia comemorou esse fato que pareceu certificar aquilo de que ela suspeitava: seu filho não é autista. Na semana seguinte, outra técnica citou que, na sua avaliação, ele não deveria receber alta, visto que ela sequer tinha conversado com a família. Além disso, orientou, de acordo com Júnia, que Pedro apresentava problemas de socialização com outras crianças e que era preciso uma avaliação mais específica antes de dar qualquer tipo de parecer.

Não nos cabe, nesse momento, fazer qualquer crítica ao trabalho realizado nessa instituição. O que queremos destacar é o efeito que o discurso técnico pode produzir num caso como esse. É possível perceber que Júnia estava transferida para a unidade como um local de tratamento do filho, que tinha sido encaminhado por nós. Local de tratamento em que não há tratamento. Tratamento? Tratar o quê? Júnia se perdeu ao não entender o que o filho tem. Afinal, ele é ou não autista. Ufa, não é. É o que então?

Como se trata isso que não tem nome, nem forma, nem sintoma... Será que essa não é a pergunta de todos nós? Também me sinto perdida nesse lugar.

Nesse momento, pensamos que ter mediado e sustentado (como um suporte para a mãe) a entrada de Pedro numa escola regular tenha sido uma intervenção importante no sentido de dar a orientação no projeto terapêutico dessa família. Os pais de Pedro, provavelmente, não se sentiriam seguros em colocar seu filho numa escola regular (nem em alguma outra atividade) sem esse suporte, que parecia estar sendo oferecido por nós. A entrada dele na escola seria uma aposta de que uma separação real da mãe com a criança (e vice-versa) pudesse servir para efetivar a separação simbólica que não ocorreu de fato, visto que parece haver uma certa indiferenciação imaginária entre o que é da mãe e o que é do Pedro. O próprio Fábio os coloca como iguais quando proíbe Júnia de trabalhar e Pedro de frequentar a escola. Eles devem ficar juntos. Parece-nos possível afirmar que a lei paterna está presente na relação, uma vez que a palavra do pai, apesar de, muitas vezes, desvalorizada e posta em dúvida no discurso da mãe, não é totalmente descartada. Por isso, é que asseveramos que Pedro não se encontra numa posição autista nem psicótica. Essa afirmação nos aponta para uma outra questão fundamental, para a reflexão desse caso, ante aos objetivos deste trabalho: se não estamos falando de uma posição nem autista, nem psicótica, para onde este caso conduz nosso pensamento clínico-patológico?

Outros momentos dessas intervenções nos permitiram chegar a tal hipótese. Em uma das primeiras intervenções realizadas, ao entrar numa brincadeira que presentifica o jogo ausência/presença, notamos que Pedro se fez existir, marcando com sua satisfação a presença de um sujeito. Jerusalinsky (1999) nos ensina que esse tipo de brincadeira deve enquadrar-se no que ele chama de jogos constituintes, pois é nela que o bebê começa a capturar sua própria imagem vista ou não vista pelo Outro, promovendo

as primeiras marcas de ausência-presença/posse-falta no bebê. Estamos diante de uma criança em processo de constituição psíquica para qual o Outro ainda está encarnado na figura da mãe como única fonte provedora de satisfação de suas necessidades físicas e pulsionais.

8.3 O caso da Menina Presa na Língua

A Menina Presa na Língua tinha três anos na época em que se iniciaram as propostas de intervenção. Nosso primeiro encontro se deu na escola na qual ela estuda uma vez que o pedido de avaliação veio de lá, e não da família. Num primeiro momento, ficamos apenas observando-a em sala de aula. A diretora dizia que era muito agressiva, arredia e que não falava. Ao observá-la, percebíamos uma menina esperta, que participava das atividades com seus colegas, tentava acompanhá-los nas brincadeiras, mas que, de fato, só conseguia se comunicar por meio de gestos e olhares. Pedimos que a escola chamasse a Mãe para que pudéssemos conversar. A escolha da escola como local de acolhimento parece não ter sido aleatória e veremos mais adiante que foi muito importante para o desenrolar das intervenções. O fato de termos escolhido a escola como lugar desse primeiro encontro nos assegurava, também, um lugar nesse caso, lugar que, durante todo o percurso das intervenções com a Menina e sua família, foi confuso, difícil, remetendo-nos sempre à angústia que o caso nos provocava. A angústia de não ter lugar, pois, como dissemos no início desse trabalho, a demanda feita pelo paciente nos coloca num lugar de suposto saber do qual devemos procurar nos retirar. Nesse caso, não houve demanda, a não ser da escola, a qual compartilhou conosco dessa angústia.

No dia determinado, veio a Avó, que parecia não saber o que estava fazendo ali. Dizia que a Menina falava sim, que falava quando estava em casa. É ela quem cuida dela e de sua Irmã, um ano mais velha. A Mãe das meninas não morava com elas, tinha um companheiro, mas vinha vê-las durante o dia. Às vezes, não aparecia, outras ficava para dormir. Assim como a família apresentada no início deste trabalho, a família da Menina Presa na Língua também nos deu a impressão de não ter uma rotina. Por várias vezes, quando chegávamos para a visita, a Mãe estava dormindo, no meio da tarde ou da manhã. Também não víamos movimentação de almoço, ou nada nesse sentido. No entanto as crianças sempre iam à escola. Esta parece fazer uma marca importante que vai além da inclusão social. Marcas que, de alguma forma, incluíram e sustentaram a Menina na dimensão de um sujeito. Ela quase não falta, apenas nos dias de chuva, nos quais a carroça que a leva não pode andar. Durante toda a nossa conversa nesse primeiro encontro, a Menina permaneceu sentada no colo da Avó. Não se interessou pelos brinquedos de pelúcia ou objetos de desenho que tínhamos colocado em cima da mesa. Fez menção que queria fazer xixi. A Avó entendeu. Perguntamos se ela a levaria para o centro especializado no cuidado da saúde mental de crianças de nosso município. A Avó não se opôs. Assegurou que levaria. Não foi muito além disso. A Menina não falou. A Avó concordou em que talvez ela tivesse dificuldades para falar. Comentou que tinha a língua presa. Fizemos o encaminhamento e, alguns dias depois, entramos em contato com a técnica de referência da instituição que nos informou que a Menina estava sendo avaliada.

Iniciamos, assim, as visitas à família, a qual apresentava também problemas sociais graves, além de problemas de saúde por parte da Bisavó da menina, Mãe da avó, que nunca foram avaliados, pois ela se recusava a ir às consultas. Durante todas as visitas, a agente de saúde nos acompanhava. Esta tinha uma relação interessante com a

família, que sempre a recebia com manifestações de satisfação e uma enxurrada de queixas. As queixas, na verdade, vinham do Tio da menina, que mora ao lado da casa da Bisavó, que mora em frente à casa da Avó.

O Tio é transexual, e é o único da família que tem o hábito de ir com frequência a unidade de saúde. Sempre que chegávamos para a visita, ele se aproximava para conversar com a agente. A nós, fazia uma demanda de atendimento ao mesmo tempo em que dizia que não precisava, que tinha “sua própria psicóloga”. Um outro tio também roubava a cena, quando lamentava seus problemas com álcool. Fora encaminhado várias vezes para tratamento, mas tinha recaídas que não o deixavam seguir sua vida. Em Dezembro de 2009 ele faleceu com uma parada cardíaca. A Mãe e a Avó também fazem uso abusivo de álcool, mas nunca tocaram nesse assunto no sentido de demonstrar algum interesse em parar. É importante mencionar que todas essas conversas aconteciam na rua. No entre as casas da família. Assim como as intervenções com a Menina.

Mais ou menos um mês após nosso primeiro encontro na escola, a Avó nos contou que a Menina Presa na Língua recebeu alta da unidade de saúde mental e que a técnica de referência informou que ela não precisaria ir mais. Resolvemos, portanto, elaborar uma rotina de visitas para podermos acompanhar o caso. Fazíamos o máximo para que o intervalo das visitas não ultrapassasse 15 dias. No entanto a demanda de uma unidade de saúde da família é muito grande e, algumas vezes, não conseguíamos cumprir o desejado. Várias tentativas foram feitas para que a Mãe a levasse até a unidade, mas isso não aconteceu. Ela só levava as filhas quando tinha que pesá-las para manter o cadastro do bolsa família.

Uma única vez consegui conversar com a Mãe fora daquele ambiente confuso que era a casa de sua mãe e avó. Ela chegou à outra unidade (na qual também sou

referência), perguntando se a haviam chamado. Respondi que não, mas que ela poderia entrar. Perguntou se tinha camisinha. Confirmei que sim. Começamos a conversar. Ela revelou que brigava muito com seu companheiro e que ele tinha muito ciúmes dela. Desconfiava que ela o traia. Ameaçava colocar fogo na casa com ela dentro. Perguntei sobre os seus outros relacionamentos. Ela relatou que as meninas eram filhas de um primeiro relacionamento, quando era bem nova (naquele momento, ela tinha 19 anos e sua a filha mais velha, 4). Contou-nos que teve outro filho. O bebê morreu, pois, de acordo com ela, virou na cama e se asfixiou. Ninguém viu. Naquele dia, ela não dormiu em casa. Chegou e viu a polícia. O bebê estava morto. Tinha deixado as crianças aos cuidados da mãe, a qual ela chama pelo nome por considerar como mãe a avó, que foi quem a criou. Perguntei sobre a reação da Menina, que tinha mais ou menos um ano na época do acontecido. Ela disse que ela chorou durante todo o dia ininterruptamente. A Mãe insiste em afirmar que a Menina tem a língua presa. Fala algumas coisas de vez em quando. Ela chorou ao se lembrar do sofrimento da filha. Penso que foi nesse instante que se iniciou algum vínculo entre nós. Algo que é difícil nomear, que parece estar na ordem do indisível, mas que se fez presente naquele momento e que permitiu que outros fossem possíveis.

Seria esse o fato que travou a língua da Menina e de toda sua família? É importante ressaltarmos que esse assunto nunca mais foi mencionado nem pela Mãe e nem pela Avó ou Bisa. Algo que não poderia ser dito mesmo que todos soubessem, e nesse momento, fui incluída nessa lógica, pois também não toquei mais no assunto. Foi um dos poucos momentos em que fiquei só com a Mãe, o que penso ter possibilitado essa revelação. Revelação de um segredo familiar. O que estava escondido ali? Como a Menina reagiu? Fantasias de negligência, alcoolismo, morte de um bebê, um outro que chora sem parar...

Como explicado, as visitas aconteciam no meio da rua. Poucas vezes, entramos nas casas da Avó e Bisavó da Menina. Por algum tempo, a Mãe passava o dia na casa da Avó para ficar com a Menina, enquanto a Irmã estava na escola, e voltava para casa à noite. Isso se iniciou pelo fato de a Avó ter voltado a trabalhar, mas prolongou-se por algum tempo mesmo após ela ter perdido o emprego em decorrência a seus problemas com o álcool.

As visitas aconteciam sempre de uma forma inesperada. Por mais que tentássemos estabelecer um mínimo de rotina, buscando mantê-las no mesmo dia e horário, por exemplo, não conseguíamos, pois nunca éramos esperadas. Ora a Menina não estava, ora a Mãe. A Menina se revezava entre as casas. Ora na da Avó, ora na da Bisavó e ainda, algumas vezes, na de um outro tio-avô (irmão de Avó), que morava com sua família nos fundos da casa da mãe. Inicialmente, a Menina fazia recusa a qualquer aproximação, sempre muito arredia, assim como a escola havia nos relatado. Os familiares falavam que ela dizia algumas palavras, principalmente quando estava brava, e como era brava. A Mãe também é muito arredia. Recebia-nos sempre de forma um tanto grosseira, apesar de sentar no passeio como que nos convidando a ficar. Lembramos de uma vez na qual chegamos a sua casa por volta das três horas da tarde, e ela estava dormindo. A Menina não estava em casa. Ela nos perguntou se não tínhamos mais nada para fazer além de ficar incomodando os outros quando estão dormindo. Rimos. Mas, de fato, o fantasma da intrusão nos rondou por um certo tempo. Falaremos disso mais adiante.

Certo dia, ao chegarmos em frente à casa da Menina Presa na Língua, encontramos a Mãe ninando-a, no meio da rua. A agente comentou que percebeu um olhar diferente, como se a Mãe estivesse mais carinhosa com a Menina. Foi preciso conhecer de perto essa família para percebermos que, apesar de toda essa

desorganização que nos choca no primeiro olhar, nunca percebemos qualquer atitude de negligência por parte da Mãe. Ao contrário, a Menina sempre nos mostrava os presentes que a Mãe trazia quando encontrava coisas no lixo. Bonecas, mochilas, um joguinho de cozinha. A relação das duas era de muito carinho. Às vezes, dava-nos a impressão de que a Menina falava com sua Mãe, e que isso bastava, não precisava falar com mais ninguém.

Nesse dia, a Menina Presa na Língua brincou muito. Pegou, dentro da sua casa, uma barraca e entrou dentro dela com uma boneca. Riu quando iniciei uma brincadeira, ao colocar meu dedo dentro de um buraco que tinha nessa barraca. Puxava-o e eu gritava como se tivesse doído. Queixava-me de que ela havia arrancado meu dedo. Ela ria muito e repetimos a cena por várias vezes.

Desde que a conhecemos, a Menina usa bico. A Avó contou que não consegue tirá-lo. Ela chora muito e pede para que o devolvam. De acordo com a Avó, ela chora e diz “bi”, apontando para a boca. De fato, a Menina se irrita muito quando tiramos o bico da sua boca e fingimos ter sumido. Nesse dia, ela ficou brava e o tomou-o com certa agressividade. Colocou-o na boca. A agente perguntou se ela queria que desse “de mama” para sua boneca. A Menina respondeu que não. Ficou brava novamente. Começou a chover e precisávamos ir embora. Não tínhamos teto⁴. A Menina aceitou nossa aproximação. Demos-lhe um beijo, e ela acenou a pedido da Mãe.

As visitas acabaram tomando este formato: a Menina Presa na Língua buscava seus brinquedos e os trazia para a rua. A agente estava sempre junto e dividia conosco a angústia que esses encontros nos provocavam. Por vezes, parecia-nos que ela questionava o que fazíamos ali. Mas, até então, nunca se recusara em nos acompanhar.

⁴ O termo “Psicanálise sem teto” nos foi apresentado por Lima numa apresentação oral em Março de 2010, na qual ele faz referência às possíveis contribuições da Psicanálise para casos que não se enquadram a nenhuma possibilidade de engessamento técnico, trazendo a tona às discussões sobre as especificidades da clínica no âmbito da Saúde Mental.

Um dia, comunicou que não poderia ir, pois tinha muita coisa para fazer na unidade. Resolvi ir só.

Nesse dia, a Mãe não estava. A Menina me recebeu, na rua, e comecei a brincar como que de “esconde esconde”. Ela ia para trás do carro, e eu fazia como se a tivesse achado. Ria muito. Começou a entrar no quintal da casa da Bisavó. Esta conversava sobre sua vontade de se mudar, mas sentia em deixar os filhos e as netas. Queixava-se de cansaço. A Menina pegou uma máquina fotográfica de brinquedo e começou a tirar fotos, sempre fazendo o barulhinho da máquina, “tic”. Revezamos. Ora eu fazia pose e ela tirava foto, ora ela. Pegou no quintal um porquinho de plástico e me mostrou. Perguntei o que era. Ela não respondeu. Disse para a Bisa que o gato havia comido a língua dela. Ela se escondeu dentro da casa. Voltamos a conversar quando de repente a Menina nos cutucou e falou “leitão”. Rimos muito. Ela, então, correu para dentro da casa. Tive a impressão de ter sido convidada a entrar. Pedi licença e entrei. A casa, na verdade, é um barraco. Não tem divisão de cômodos e o piso é de terra batida. Ao fundo, via-se um amontoado de roupas, duas camas, uma de casal e outra de solteiro na qual estava deitado o Tio. A Avó estava lá. Havia também uma outra criança, filha de uma vizinha de que a Avó estava cuidando. O menino chorava de dor, pois estava com feridas na boca. A Avó informou que ele já havia sido examinado pelo médico. A Menina se sentou na cama para ver a novela que estava passando na televisão. A Avó contou que tomava conta daquele menino, no entanto estava pensando em parar, pois a mãe não estava pagando direito. Perguntei de quem eram as roupas que estavam lá. Ela respondeu que de todo mundo. De fato, aquele amontoado de roupas me chamou muito a atenção. Ou será que me tirou a atenção? Amontoado... Será que não era de gente? Penso, também, na angústia que senti ao estar dentro da casa. Nesse momento percebi a inversão da sensação de desamparo que sentia nos primeiros encontros ao permanecer

na rua, sem teto. Agora, sentia-me desamparada dentro da casa. Queria voltar para a rua. Lá era meu lugar. O comentário sobre as roupas nos parece mesmo de alguém sem lugar, sem ter o que dizer. Pensamos ter sido essa a cena que marcou o retorno do que mencionamos estar na ordem do indizível. Algo parecia mesmo retornar.

A família reclamou dessa “invasão”. O Tio foi até a unidade e pediu à coordenação que não fôssemos mais à casa de sua mãe. A Bisa estava muito brava, pois tínhamos reparado na casa dela.

O comentário parece ter sido algo da ordem de um ato puro, efeito de um deslocamento maciço da transferência que fez retornar a cena traumática da Menina Presa na Língua e de sua família. Fantasias de negligência, o amontoado de gente, coisas que não poderiam ser vistas nem ditas, menino chorando de dor. Não poderia ter reparado naquilo que a família tentava esconder. Que a Menina não diz, e que faz a Mãe chorar.

Por algum tempo, fiquei sem saber o que fazer. Recuei. Repensei nosso lugar nesses atendimentos. Mais uma vez, ficamos sem lugar. Pensamos sobre a demanda. Não há demanda. O que é mesmo demanda? Senti-me invasora, invadida. Não consegui voltar. Era tempo de desistir, elaborar.

Algum tempo depois, ao chegarmos à unidade de saúde, no caminho, encontramos a Mãe, na rua. Paramos. Perguntamos se havia outra maneira de continuarmos o trabalho. Ela assegurou que poderíamos continuar na casa dela. Levaria a Menina no dia combinado. E, nesse dia, não estavam lá. Foi que nos veio a ideia de usar a escola como elo. Alívio. Há um lugar...

Para isso, precisaríamos, mais uma vez (havíamos feito isso para o caso do Pedro), usar outro horário que não o de trabalho. Devido a uma reforma, a escola se encontrava fora da área de abrangência da UBSF, e a agente não poderia mais nos

acompanhar, pois a coordenação não autorizava tal procedimento. Optamos por uma outra pessoa, a qual chamaremos de observadora⁵, que encarnasse o papel do *mais um* nesses atendimentos. Antes de tudo, precisávamos de alguém com quem dividir esse mal-estar que ainda estava presente ao buscarmos retomar as intervenções. Alguém que nos ajudasse a pensar, a fazer, a aguentar.

No primeiro dia, na escola, esperávamos encontrar com a Mãe para solicitar a autorização para as intervenções. A diretora nos relatou que ela esperava a carroça na porta da escola, todos os dias de manhã, para pegar uma “carona”. Nesse dia, ela não apareceu. A observadora nos indagou como faríamos sem a presença da Mãe, uma vez que o que ela havia aprendido é que o importante, nesses casos, é trabalhar a relação da criança com seu cuidador. Respondemos que trabalharíamos com o que tínhamos, diferente do ideal, mas bem real.

Dentro da escola, cumprimentamos a Menina com um abraço. Falamos de quanto tempo não a víamos. Ela estava diferente. Tinha cortado o cabelo bem curtinho. Naquele momento, ainda não sabíamos como se dariam nossos encontros na escola. Não tínhamos um lugar reservado para isso. Ao observá-la com seus colegas e como interagia bem com a cena da sala de aula, resolvemos pedir para a professora que nos deixasse ficar. Apenas ficar ali. Deixaríamos que algo surgisse a partir da nossa presença. A professora colocou uma música para as crianças e, depois, distribuiu a cada uma um pedaço de papel para que desenhassem, completassem o esboço que já havia ali. A Menina desenhava com um lápis de cor e colocava a mãozinha como que para tampar o desenho de nossos olhos. Achou graça em nos esconder o desenho.

⁵ O termo observadora foi escolhido como uma referência ao método de Ester Bick no qual ela o usa para designar alguém que represente uma figura nos atendimentos com os bebês e seus cuidadores que encarne de fato um não saber, despendo-se dos seus hábitos terapêuticos e teorias que embasem seu dia a dia clínico e deixando-se impregnar apenas pelas impressões causadas durante cada encontro (Oliveira-Menegotto, 2006). Essas características e funções exercidas pelo observador na teoria de Bick parecem estar em consonância com a idéia que trazemos da entrada de uma figura que sustente a função do *mais um* nos atendimentos propostos nesse trabalho.

Consideramos importante mencionar que, no âmbito do desenvolvimento motor é possível observar que a Menina Presa na Língua não demonstrava dificuldades. Ao contrário, a diretora da escola a descreveu como uma criança cuidadosa com seus trabalhinhos, revelando, inclusive, certa intolerância quando algum colega faz algo mal feito.

Esse aspecto do desenvolvimento da Menina também é possível observar nos dados obtidos pela ficha de desenvolvimento infantil (anexo 3). A Mãe nos relata um desenvolvimento normal quando se refere às questões motoras. Os problemas aparecem sempre relacionados à comunicação da Menina com as outras pessoas. Fato que é percebido pela Mãe nos primeiros dias de vida da filha, ao afirmar que ela não a olhava enquanto mamava. No entanto é possível perceber que o contrário não acontece, ou seja, a Menina sempre compreendeu, na percepção da Mãe, o que as pessoas diziam a ela. Os problemas aparecem mais intensificados a partir do vigésimo quarto mês, que é, justamente, quando se espera que a criança demonstre o desenvolvimento de instauração psíquica por meio da fala.

Naquele mesmo dia, a professora também nos mostrou a cartinha que a Menina tinha feito para o Papai Noel. Nela estava escrito que ela queria um carrinho de boneca. Perguntamos à Menina se havia sido ela quem tinha escrito aquela carta. Ela sorriu como que afirmando ser de fato seu aquele pedido.

Esse fato nos chamou muito a atenção. A professora não nos explicou como tinha sido “escrita” aquela carta, nem quem tinha ditado. Sem dúvida, a escola assume um papel interessante ao supor na Menina um sujeito que deseja, mesmo que não fale. O fato de ela não falar ou escrever (nessa fase, os coleguinhas da turma já sabiam escrever seu nome) não a impossibilitava de participar de todas as atividades propostas, e isso nos encantava.

Continuamos então nesse caminho de encontros e desencontros. Era fim Novembro, mês de muita chuva. A Menina faltava às aulas, pois tinha que ir de carroça. No entanto, nos dias em que nos encontrávamos, ela demonstrava estar cada vez mais próxima de nós, e nós dela. Certo dia, ao chegarmos à sala de aula, pedimos que nos deixasse sentar ao seu lado. Ela respondeu com um sonoro “não”. Afastamo-nos. Logo depois, tentamos uma reaproximação, ao perceber que sua blusa de frio estava do avesso. Ela aceitou. Olhava para a observadora que estava no canto da sala e ria. Brincava com ela enquanto fingia que não a olhava. A Menina ria. Percebemos que as brincadeiras desse tipo foram se intensificando ao longo dos nossos encontros. Ela não brincava assim com os colegas. Por vezes, alguns deles viam até nós para nos alertar que ela não falava. Enquanto isso, a Menina sempre os observava com atenção e, nesses momentos, era possível mediar tal conversa. Pedíamos que os coleguinhas dissessem isso a ela. Às vezes, fazia cara de brava, outras se envergonhava.

O progresso da Menina com relação à fala e a maior interação com seus colegas começava a ficar nítido tanto para nós, quanto para a escola, que passou a ser nossa grande parceira nessas intervenções. Em uma de nossas visitas durante esse período, a Menina soltou um animado “tia” ao nos ver chegar. Passou também a chamar a professora pelo nome, sendo que, no ano anterior, chamava a outra de mãe.

Começamos a pensar numa possível finalização dos atendimentos nesses moldes. Consideramos ser importante construir essa etapa junto com a família, assim como com a escola.

Procuramos a família para ver como estavam, uma vez que não tínhamos voltado lá desde a história do “amontoado”. A observadora nos acompanhou. Ao chegarmos, a Menina estava com sua irmã na varanda. Pedimos que chamassem a Mãe, que estava dormindo. Ela saiu de casa e, como em geral fazia, sentou-se na calçada. Começou a

nos contar que teve que levar a Menina Presa na Língua ao pronto socorro naquele fim de semana, pois a Irmã tinha colocado algo dentro do ouvido dela. A Menina começou a nos contar o acontecido, gesticulando muito e tentando repetir a sonoridade da voz da Mãe e da Irmã, que se revezavam na narração. Estava com o bico na boca e, por diversas vezes, solicitamos que o tirasse para que buscássemos entender o que dizia. Algumas vezes, ela tirava, falava e logo o colocava de volta na boca. Enquanto conversava com a Mãe, que me contava das brigas que havia tido com uma cunhada, a observadora sentou-se com a Avó na calçada do outro lado da rua. Esta declarava o quanto a Menina tinha se desenvolvido com relação à fala. Questionou, mais uma vez, se não seria o fato de a Menina ter a língua presa que a impedisse de falar. O encontro foi tranquilo. A cena era muito interessante. De um lado da rua, conversava com a Mãe, a observadora, do outro, com a Avó. De repente, a Menina saiu de dentro da casa com um animalzinho na mão e correu atrás da observadora assustando-a, e como assustou! Ela riu muito. Tinha na mão um filhote de coelho que acabara de nascer. Divertiu-se com o medo da observadora que se recusava a chegar perto daquele bichinho. Todos rimos.

Gostaríamos de citar as palavras da observadora ao narrar esse encontro fundamental para situar nosso lugar nessa família, lugar que, hoje, conseguimos vislumbrar estar no campo do acompanhamento, do fazer junto, do estar junto, diferente do lugar que ocupamos como analistas detentores de um saber suposto por aquele que nos procura, mas não menos importante ou eficaz:

Com o trecho da música que cito como epígrafe⁶, penso que é possível expressar, nem que seja um triz apenas, a sede de vida dessa Menina, superando e se superando, falando, ao seu modo, brincando, voando pela rua com sua

⁶ “Sem lenço, sem documento. Nada no bolso ou nas mãos. Eu quero seguir vivendo, amor. Eu vou...”

bicicleta, sem lenço, sem documento, com toda liberdade que lhe é peculiar. Dona da sua rua, dona do seu destino... e mesmo que o bico atrapalhe sua fala, ela diz o tempo todo do seu desejo pela vida, de seu desejo por fazer sua própria história.

Outra cena nos chamou atenção. Antes de sairmos para mais um encontro com a Menina na escola, já pensando em iniciarmos um processo de interrupção dos atendimentos nessa configuração, a observadora nos lembrou que esse era o dia do aniversário da Menina e que talvez pudéssemos fazer algo para demarcar essa data. Compramos um bolo e o levamos para a escola para cantarmos os parabéns. A Menina não tinha ido à aula. Resolvemos ir até a casa dela para podermos comemorar lá. Ao chegarmos, chamamos pela Avó, que informou que a Menina estava dormindo. Ao anunciarmos que tínhamos trazido um bolo para comemorar seu aniversário, ela acordou e montamos a cena da “festa” ali mesmo, na porta da casa delas. Meio sem graça, a Avó nos convidou a entrar. Mas preferimos não. Á esse tempo não tínhamos mais dúvida de que nosso lugar era ali, e isso não nos angustiava mais. A Irmã disse que iria chamar a Bisa. Esta chegou e começou a conversar com a observadora, contando que também faria uma festa surpresa para a Menina no Sábado seguinte àquele dia. A presença dessa outra pessoa, encarnada na figura do *mais um*, possibilitou esse novo encontro entre mim e a Bisa, que nunca mais tinha me dirigido a palavra. Foi um encontro tranquilo. Cantamos parabéns. A Avó trouxe os talheres para comermos o bolo. A Menina, lembrando da cena do coelho, dizia que iria pegá-lo para a observadora que, com muita firmeza, respondia que preferia não. A Menina ria e corria para dentro da casa fingindo ir pegar o bichinho.

Não temos dúvidas de que caminhamos para o fim desses atendimentos. Confiamos na sustentação de que a escola pode dar a essa família e à própria Menina

como sujeito que deseja e que consegue dizer dele, liberta do aprisionamento da língua, mesmo que continue com a língua presa.

8.4 Articulando o fazer e o pensar...

Sem dúvida alguma, consideramos, desde sempre, esse como o caso de nosso trabalho. Não desconsiderando o caso Pedro, mas é a família da Menina Presa na Língua que nos chama a refletir sobre as questões da Ética da Psicanálise em intervenções singulares, totalmente fora dos padrões da clínica tradicional.

O modo como o caso foi apresentado permite-nos acompanhar o caminho percorrido ao tentarmos propor uma construção clínica das intervenções. Ao pontuarmos, por diversas vezes, as sensações provocadas pelos momentos de encontros e desencontros com a Menina Presa na Língua e sua família, buscamos transpor as bases teóricas que nos conduziram, uma vez que, nem sempre, era possível nos apoiarmos nelas.

A primeira questão que gostaríamos de propor é com relação ao lugar dos pais no tratamento da criança. Na clínica com bebês, temos que lidar com as diversas vozes parentais ainda não inscritas na criança, uma vez que é uma clínica que se sustenta na intervenção da relação do bebê com aqueles que dele se ocupam (Jerusalinsky, 2005). No entanto, na maioria das vezes, essas vozes vêm personificadas na figura de um cuidador, em geral, um dos pais, não sendo, assim, necessário que escutemos todos aqueles que de alguma forma contribuem para o cuidado da pequena criança.

No caso da Menina, identificar essas figuras foi muito difícil. Ou melhor, eram tantas as figuras cuidadoras que não nos é possível saber quem de fato executa a encarnação do Outro, imprescindível para o processo de instauração subjetiva. Assim

como a Menina circula entre as casas, circulamos todo o tempo na posição de escuta de seus cuidadores. A forma como as intervenções aconteceram nos possibilitou experimentar, assim como hipotetizamos que seja a experiência dela, essa fragmentação do Outro estruturante. Foi possível perceber o quanto nos sentimos perdidos, sem referência e sustentação nos atendimentos da Menina. Por diversas vezes, principalmente com relação à Mãe, encontrávamos a sustentação para nossos atendimentos numa figura familiar, mas logo ela desaparecia, e tínhamos que nos segurar em outra para que as intervenções fossem possíveis. Como nem sempre encontrávamos essa figura, sentíamos-nos desamparados, o que nos causava toda a angústia relatada. Jerusalinsky (2005) considera de extrema importância a identificação das pessoas que ocupam o lugar do Outro Primordial do bebê, quando se trata de intervenções na primeira infância, visto que, são eles que “sustentam a matriz simbólica fundamental desde a qual a existência do bebê assume seu valor; e estão implicados no desenlace da constituição psíquica desse bebê” (p.9).

O Outro encarnado na figura parental é aquele que enlaça o bebê sujeitando-o à rede simbólica (Jerusalinsky, 2005). Acreditamos ser este o ponto nodal no caso da Menina Presa na Língua, pois nunca duvidamos da sua inserção no campo da Linguagem, excluindo, assim, um possível diagnóstico de um quadro sintomático grave, como seria o caso do autismo e da psicose. Nas palavras de Lajonquiere (2008), temos que “costuma-se afirmar na psicanálise que a criança está na linguagem, embora possa ainda não falar” (p.11). Mesmo que inserida no campo do Simbólico, a Menina Presa na Língua não conseguia falar. Isso não a impossibilita de estabelecer laços sociais, sem que, no entanto, situássemos no campo de um desajustamento na sua constituição psíquica, levando em consideração que “é sempre sua posição como sujeito na língua o que define o valor dos atos de uma criança e, portanto sua posição no conjunto social”

(Jerusalinsky, 2008, p.16). Acreditamos que a fragmentação do Outro num momento inicial, no qual a criança precisa de alguém que o encarne como proteção para o desamparo que a invade, tenha impossibilitado a Menina de falar.

Hipotetizamos que, com relação a essa fragmentação do Outro, no caso da Menina, a escola também tenha encarnado esse papel, e, conseqüentemente, contribuído de forma fundamental para a sua constituição psíquica.

Estamos de acordo com a idéia de Jerusalinsky (2005), quando ela nos dá a importância do ambiente escolar para a criança nos dias de hoje. Esta desempenha um papel de extensão da família, uma vez que, a cada dia, as crianças passam mais tempo nesse ambiente no qual as “tias” representam mães substitutas, desempenhando, direta ou indiretamente, a sustentação do exercício da função materna. Nessa lógica, os coleguinhas vão ocupando o lugar dos irmãos e primos, fazendo com que essas crianças experimentem “as primeiras rivalidades em relação a um semelhante que recebe atenção do adulto cuidador” (p.11). Outra função assumida pela escola, de acordo com a autora, é a “da regulação de funções centrais relativas à alimentação, cuidado corporal, organização do sono ou controle dos esfíncteres. Questões todas com efeitos centrais nos primeiros tempos da constituição do sujeito como marcas que se produzem no corpo do bebê e participam da sua incorporação ao âmbito do simbólico” (p.11).

Parece estar claro que a escola ocupa um lugar importante no processo de desenvolvimento psíquico das crianças em geral. Com relação às crianças que apresentam quadros sintomáticos de patologias ligadas à estruturação psíquica, isso nos parece ser ainda mais evidente, apesar de Levin (2005) apontar para o cuidado que devemos ter na escolarização de crianças com deficiência ou problemas mais ou menos graves, uma vez que isso depende sempre da singularidade da situação histórica e familiar em que se apresenta a patologia.

Para a Menina, a escola parece ter tido funções de regulação, interdição, cuidado e suposição de sujeito, oscilando, a nosso ver, na encarnação das funções materna e paterna. De acordo com Bernardino (2004), essa é a função do analista, quando este se ocupa de crianças com problemas relacionados à questão subjetiva. Ele deve “sustentar uma referência ali onde ela falta, enquanto ela falta, até que possa ser sustentada pelos pais ou, na falta disto, pela própria criança quando a função já cumpriu seu efeito” (p.140). Nesse caso, acreditamos que a escola tenha ocupado esse lugar durante os primeiros anos de vida da Menina, e, posteriormente, o tenha dividido conosco quando começamos a acompanhar seu desenvolvimento.

Retomando a ideia das funções do *mais um*, afirmamos que a escola ocupou ainda esse lugar, assegurando, nas relações entre família e analista, uma ligação transferencial, que, de certa forma, sustentou nosso trabalho, e ainda nos garantiu um lugar, sem que a escola tenha que ter saído do seu, possibilitando a interlocução para o trabalho de cuidado da Menina e de sua família, essencial para esse tipo de intervenção.

Outro ponto importante, para prosseguirmos na análise de nossas intervenções com essa família, é a questão relacionada ao *setting* terapêutico. Este tem, como uma de suas funções, atribuir ao analista um lugar de alguma forma mais seguro, trazendo certo amparo aos atendimentos, que sempre são da ordem do imprevisível. Essa ideia nos parece pertinente ao nos atentarmos que o próprio Freud (1912) afirmou que algumas regras criadas por ele na elaboração da teoria psicanalítica servem a sua própria comodidade, ressaltando que outros profissionais poderiam se portar de maneira diferente, dependendo da tarefa a executar.

Na visão de Lancetti (2008), o *setting* “é uma montagem, o cenário ou a situação; espaço dentro-fora facilitador da comunicação inconsciente-incosnciente; relação na qual o psicanalista opera” (p.20). O autor considera a relevância da

discussão, uma vez que a clínica da Saúde Mental nos convoca, a todo o momento, a uma práxis em movimento, fora do consultório, transbordando os saberes preestabelecidos e provocada pela complexidade dos casos atendidos. Para ele, esse movimento tem como resultado produções de novos *settings* terapêuticos, sintonizados com as diferentes configurações sintomáticas encontradas atualmente.

No caso da Menina Presa na Língua, vislumbramos como foi possível (mas angustiante) a construção de um *setting* fora dos padrões da clínica tradicional. Inicialmente, o fato de os encontros acontecerem sempre na rua nos provocava sensações de estarmos sempre perdidos, além de inseguros pela falta de um lugar não só físico, mas também simbólico, representado pela fragilidade da relação transferencial estabelecida com essa família. No entanto, quando nos vimos convidados a entrar na casa da Bisavó, percebemos que já tínhamos um lugar físico estabelecido, a rua, que, como já dissemos garantiu, pelo menos a princípio, certa sensação de proteção ao analista.

Durante a apresentação do caso da Menina Presa na Língua, é possível perceber que a angústia foi sendo amenizada com o passar das intervenções (retornando em alguns momentos como no episódio do “amontoado”), denunciando que, na verdade, o que protege a relação e sustenta a intervenção não é o *setting*, visto como uma estrutura montada para emoldurar a cena analítica, ideia apresentada por Herrmann (1999), mas, sim, a transferência, que, nesse caso, sempre era cortada, mostrando-se muito frágil justamente por não se sustentar numa lógica da neurose de transferência. No entanto isso não impossibilitou a intervenção. Ao contrário, como se percebe no relato, foi possível encontrar um lugar que nos permitiu intervir com essa menina, mesmo fora de uma demanda diretamente endereçada a nós.

O caminho foi difícil e doloroso. E quem disse que seria fácil? Mas acreditamos que ele nos propiciará o trabalho com outras famílias que se encontram numa posição de não endereçamento ao Outro na condição de sujeito suposto saber, (é o caso das psicoses ou de alguns drogadictos, por exemplo), mas que não estão excluídas do campo do sofrimento ou adoecimento psíquico. Demarcamos, assim, existência de um modo singular de estar com o Outro/outro, sem a necessidade de instrumentos ou protocolos que nos deem a ilusão de uma proteção ética.

8.5 O caso Pedro: um segundo tempo que se anunciou

No primeiro tempo da apresentação do caso Pedro fomos tomados pelo mal estar provocado ao analisar nossa própria prática. Colocamos em xeque nossa atuação como analistas locados em unidades de Saúde Mental, que pretendem questionar o lugar do saber especializado, o qual, muitas vezes, anula o sujeito se dizendo totalizante. Mas como vimos, é uma tarefa difícil, que exige um questionamento constante e a introdução de outros dispositivos que garantam que o saber não fique de fato de um lado só, proporcionando assim a verdadeira interlocução, imprescindível quando cuidamos de alguém que sofre.

Optamos então pela entrada de um *mais um*, na verdade, mais de um, que, como veremos, fizeram movimentar os lugares que pareciam estar enrijecidos, impossibilitando a circulação do saber/fazer.

A entrada da figura da observadora nas visitas domiciliares aconteceu concomitante à entrada de Pedro na escola. Júnia parecia frágil com tal situação, demonstrando entusiasmo ao contar as novidades sobre a escola, ao mesmo tempo em que relatava dormir durante todo o tempo em que o filho permanecia nela. Nos

encontros que se seguiram, ela falava muito, não conseguia ouvir nossas intervenções ou mesmo as da própria escola, que sempre reforçava a boa adaptação da criança ao novo ambiente.

É importante ressaltar que a escola de Pedro é a mesma da Menina Presa na Língua. Mais uma vez, ela teve papel fundamental no processo de desenvolvimento subjetivo de Pedro, apostando, desde sempre, na sua condição para estar ali com as outras crianças.

Para exemplificar o olhar que temos para essa escola como um dispositivo que é uma marca importante nesse processo, nos adiantar-nos-emos ao tempo cronológico desta apresentação, relatando a cena na qual solicitamos, a pedido de Júnia, que Pedro repetisse aquela série, possibilitando-lhe ficar naquela escola por mais tempo. Compartilhamos com a mãe a angústia precipitada do fantasma de Pedro ter que ir para outra escola quando sua idade não mais permitir que ele fique lá. Mais uma vez, a relação transferencial nos prega uma peça, pois nos identificamos com a mãe ao tentar dizer para a escola o que era melhor para Pedro. Esta, sustentando, nesse momento, uma função de corte dessa relação simbiótica (mãe/analista – criança), respondeu-nos que isso não seria possível, pois, dentre outros motivos, pensam que seria muito ruim para Pedro ver que todos os outros colegas foram para outra sala, e ele, sem motivo algum, não. Contam-nos que ele já pega no lápis assim como os outros colegas, e que, sempre que tem a oportunidade, foge para a sala dos mais velhos, onde os brinquedos se misturam com letras e números pregados nas paredes.

Pedro, de fato, se desenvolve bem na escola. Participa das atividades com as outras crianças, obedece aos pedidos das professoras, permanece sentado durante as refeições (mesmo algumas vezes recusando a fazê-las), movimenta-se em fila quando solicitado, entre outras surpresas, que confundem muito seus pais a ponto de os fazerem

se perguntar por que não tinham o colocado lá antes. Mais uma vez, pensamos na escola como encarnação da função paterna, que como já dissemos, aparece esburacada quando encarnada pela figura do pai. De acordo com Bernardino (2004):

quando o outro parental falha e deixa vaga a encarnação desta função, nossa proposição é que não há, a princípio, fechamento por parte da criança, deste lugar, mas pelo contrário: a criança ficaria à espera deste outro. Sua estrutura se manteria em suspensão, através de defesas que podem ter o caráter psicótico, mas não podem servir para um diagnóstico estrutural (p.36).

Isso torna evidente o que estamos buscando expor sobre essa movimentação de lugares, onde um dispositivo entra no jogo para encarnar a função estruturante de outro que não esta dando conta de sustentá-la. Nesse caso, temos que falhamos na sustentação da função paterna, que, antes assegurávamos na condição de referência da mãe para questionar-se sobre alguns cuidados com relação a seu filho, dando lugar, assim, à entrada da escola como encarnação para tal função, produzindo, no próprio Pedro, como uma das funções do *mais um*, efeitos de sujeito (Jimenez, 1994). Acreditamos que essa entrada de novos dispositivos é o que chamamos de *savoir faire* com a falta, sendo o que poderá garantir que Pedro saia da posição de submissão a um Outro todo poderoso, para uma relação com um Outro barrado (Bernardino, 2004).

Temos, também nesse exemplo de intervenção da escola, uma outra função sendo exercida: a de demarcar um tempo de maturação, que, de acordo com Bernardino (2004), não pode ser desconsiderado, pois “a dimensão orgânica é a matéria prima sobre a qual vai operar o significante” (p.77). Pensamos que, ao impulsionar a ida de Pedro para uma série seguinte, a escola estabelece, tanto para ele, quanto para seus pais (e para nós), que é tempo de crescer.

A outra encarnação dessa função a que nos referimos, a função *mais um*, é a figura da observadora (a mesma presente no caso da Menina Presa na Língua). Esta é recebida muito bem por Júnia, a qual a inclui nos primeiros encontros com muitas perguntas na intenção de fazê-la responder o que acha sobre Pedro. Mais uma vez, percebemos o quanto Júnia oscila entre a posição de detentora de um saber absoluto sobre seu filho e a angústia do silêncio do outro com relação a ele, tentando fazer com que essa nova figura responda a sua demanda.

Com relação a Pedro, notamos que, a princípio, não se importou muito com a presença de alguém desconhecido. Parecia contente com o fato de ir para a escola, era algo novo e com que ainda teria que lidar.

Com a entrada desses novos dispositivos na rotina familiar, Júnia se movimenta de uma forma um tanto interessante. Faz menção, diversas vezes, sobre seu desejo de trabalhar enquanto Pedro fica na escola. Fábio pede que ela espere, que espere que o filho se adapte primeiro. Quem precisa se adaptar mesmo? Percebemos, também, que, por alguns dias, após a entrada da observadora nas visitas, Júnia não nos espera com a casa molhada, sinalizando que não a tinha limpado antes de chegarmos, como fazia anteriormente. Houve um (des)arranjo no funcionamento tanto familiar quanto dos atendimentos. Júnia consegue, por algum tempo, esboçar certa angústia do seu próprio sofrimento, falar sobre sua difícil relação com o marido e do quanto gostaria de se separar dele.

Outro fato importante que, a nosso ver, também aponta para essa (des)estruturação das funções, antes muito bem demarcadas (incluindo a de Pedro como o bebê que não entende), é a tentativa de tirar o bico de Pedro. É importante lembrar que ele não o usava durante o tempo em que ficava na escola. A professora relatou que ele o guarda na mochila, assim que chega na sala. No entanto pudemos observar que uma das

primeiras coisas que faz ao chegar em casa é tirá-lo da mochila colocá-lo de volta na boca. Júnia contou que tirou o bico, mas que o guardou no fundo de uma gaveta. Resistiu ao choro durante mais ou menos quatro dias, até que Pedro não requisitou mais o objeto. Entretanto ela o manteve guardado na gaveta por um tempo. Certo dia, quando o filho chorava por algum outro motivo ela lhe ofereceu o bico na tentativa de fazê-lo parar. Ele então, surpreendentemente, recusou, jogando-o para bem longe, fazendo valer seu desejo de crescer.

Algum tempo depois, mais ou menos umas três semanas após a entrada de Pedro na escola, Júnia, retirou-o de um turno. Explicou que ele não estava comendo e temia que adoecesse. Também não faz xixi na escola. Dissemos a ela que era só por um tempo, que ele demonstrava estar se adaptando e que era comum que crianças tivessem mudanças de comportamento quando iam para a escola pela primeira vez. Ela não ouviu. Nesses dias, mostrava uma resistência enorme durante os atendimentos. Falava sem parar. Era difícil ouvi-la. A televisão ou o som ficavam sempre ligados em alto volume. Saíamos de lá exaustas, esgotadas. Não conseguíamos sequer falar sobre o que aconteceu durante o caminho de volta. O silêncio nos tomava.

Era preciso que eu e a observadora nos encontrássemos em outros momentos para conversarmos sobre as visitas. Momentos esses que enriqueceram muito nossas análises e que, de fato, permitiram um constante questionamento sobre nossa posição, nosso *savoir-faire*. Dividíamos a angústia provocada pela emersão da nossa própria falta, que se fazia agora aparecer a cada encontro. A observadora conseguia nos apontar falas que, muitas vezes, não nos era possível ouvir, incluindo as de Pedro, que sempre se movimentou muito durante os encontros, ao passo que Júnia nos tomava com sua fala que não cessava.

Enquanto Júnia se endereçava a um interlocutor que sustentava sua impossibilidade de um saber absoluto sobre seu filho, nós também garantíamos esse lugar durante esses encontros, fazendo com que a observadora também nos indagasse e nos retirasse do lugar de saber. Nas palavras de Jimenez et al. (1994), temos que:

“Enlaçar o impossível é o próprio veio da produção, endereçado a um outro interlocutor possível que dará mais um passo na direção do impossível. É nesse mais um passo que se amarra a função do mais um, que é aquele que estará apostando na direção do trabalho de cada membro do cartel, com a condição de que o mais um tenha um certo saber sobre sua posição de menos um (...). Então, o mais um, sabendo de alguma maneira que sua essência é a falta, que o sujeito na sua essência mais radical é desejo, move o cartel com seu desejo de saber, com sua transferência de trabalho” (p.138, 139).

As considerações da observadora sempre nos surpreendem. Gostaríamos de transpor suas anotações que parecem demarcar sua própria falta, sua angústia de suportar esse lugar de dentro/fora na relação com a família de Pedro. Esse relato foi produzido depois do primeiro encontro que tivemos com Fábio após a entrada de Pedro na escola e da observadora nos atendimentos:

Durante o atendimento tive dois rompantes, comecei a rir por duas vezes, era um riso desesperado, e o mais desesperador é que por mais que tentasse, não conseguia contê-lo. O atendimento é muito diferente, interessante e nos desafia... O horário, a televisão ligada, a família toda presente, todos falando ao mesmo tempo e não querendo ouvir, apenas falar. Ao sairmos, já no carro, o riso tomou conta novamente, era quase impossível dizer do que havíamos vivido, no momento, antes de qualquer possibilidade de reflexão, só poderíamos mesmo rir. Minha cabeça não sabia nem o que e nem como pensar.

A considerável melhora de Pedro com relação aos sintomas dos quais os pais se queixavam, considerando serem eles os motivos pelos quais ele não frequentava outros lugares, proporcionou uma outra mudança na rotina dessa família. Antes, Júnia se queixava que Fábio não a ajudava nos cuidados com o filho. A relação dele com Marcos sempre foi muito difícil, e ele costumava passar o tempo em que não trabalhava longe de casa. Júnia nos conta que Fábio tem jantado todos os dias em casa e que também faz questão de acompanhá-los nos fins de semana. Júnia se mostra ora satisfeita com essa situação, mas como sempre, ora se irrita com o modo como Fábio trata Pedro e Marcos, fazendo queixas com relação a sua agressividade e falta de educação.

Às vésperas do aniversário de Pedro, perguntamos como eles costumavam comemorar essa data. Júnia nos alegou que nunca comemoraram, pois ele não entenderia a situação. Sugerimos que tentassem dessa vez e conversamos sobre a importância da data para uma criança. Na semana seguinte, Júnia nos contou que, no dia do aniversário, ela e Fábio brigaram, pois ele comprou um bolo diferente do que ela queria, dizendo que Pedro não gostava daquele. Percebemos o quanto ainda é difícil para ela incluir Fábio na relação com Pedro, ou melhor, deixar que os dois criem uma relação. A inclusão dele no seu discurso ainda é para maldizer, sempre o diminuindo como pai e marido. Mas ele continua lá, e ela também.

A condição de Pedro como uma criança que ainda oscila nas estruturas demonstrando uma impossibilidade de se sustentar no campo do Simbólico, ainda nos preocupa. Concordamos com Bernardino (2004), ao nomear essas pequenas crianças como novos sujeitos descobertos pela psicanálise, ou seja, um sujeito “assujeitado à linguagem, mas desejanste; capaz de repetir, mas também de criar” (p.146). Júnia também precisará de um lugar para ser sujeito, separada de Pedro, mas que por enquanto, ainda não consegue aguentar. Esse, assim como os outros, provavelmente,

inaugurará um outro tempo nesse processo. Tempo no qual outras figuras encarnarão o papel do *mais um*, tanto para Pedro quanto para Júnia, e que esperamos funcionarem, assim como este funcionou, como momentos-chave, que, como nos orienta Bernardino (2004), são intercalados por momentos de suspensão, os quais marcam as mudanças do lugar do Outro para a criança.

9. Discussão

Era uma casa muito engraçada
 não tinha teto não tinha nada
 ninguém podia entrar nela não
 porque na casa não tinha chão
 ninguém podia dormir na rede
 porque na casa não tinha parede
 ninguém podia fazer xixi
 porque pinico não tinha ali
 Mas era feita com muito esmero na rua
 dos bobos número zero.

Vinícius de Moraes

Avançamos, neste momento, num caminho difícil, mas essencial para pensarmos a clínica, a qual nos propomos anunciar, como algo possível. Para isso, buscamos analisar nossas intervenções nos casos relatados, a partir do que consideramos serem as peculiaridades daquilo que se apresenta como clínica extensa. Por conseguinte, essa clínica fundamentou uma discussão do que, anteriormente, se apresentou na forma de questões, as quais foram levantadas a fim de nortear nossa discussão sobre os dispositivos essenciais para uma prática de cuidado do *infans* e sua família. Optamos por discorrer sobre essas questões levando em consideração a ordem com a qual elas foram apresentadas no trabalho, retomando-as, sempre que necessário, ao longo da discussão.

Inicialmente, abordamos a possibilidade da transmissão da ética psicanalítica a práticas que se situam fora dos moldes da clínica tradicional. Vimos que essa é uma prática possível, desde que apoiada na ideia de que transmitir essa ética significa atuar como sujeitos castrados, ou seja, criar condições para que a transmissão da Lei – que interdita a tomada do *infans* e de sua família como objeto de um saber suposto todo – mantenha-se operante. A posição de onde se articula a intervenção é, portanto, contrária a toda pretensão universalizante e totalizante, quer esta tome a forma de regras morais

ou de um saber médico-psicológico que torne, *a priori* a emergência do sujeito um fato de difícil acontecimento. Nesse sentido, a teoria lacaniana sobre a função do *mais um* pode ser útil para pensar na montagem de um dispositivo que funcione como um regulador da ética das intervenções, na medida em que ele pode operar como o que atualiza a castração do Outro interventor, descompletando o saber médico-psicológico (universitário). O *mais um* pode funcionar como um agente que aponta e denuncia os momentos em que as transferências podem fazer obstáculo à transmissão da Lei e da castração a partir da qual o sujeito pode advir. Sendo assim, parece-nos possível articular essa teoria com as práticas de cuidado já existentes nos projetos do SUS, em especial, o Programa de Saúde da Família, uma vez que a estruturação da equipe multidisciplinar, em torno de uma desespecialização do saber médico, propicia uma montagem institucional mais próxima daquilo que estamos propondo como possibilidade de atuação ética, apesar de, como veremos, não ser possível sustentá-la durante todo o tempo devido às barreiras narcísicas e institucionais.

Como veremos adiante, a simples introdução de diferentes dispositivos no projeto terapêutico das famílias participantes deste trabalho não foi garantia para que atuássemos na condição ética a que nos propomos. Em vários momentos, em razão, principalmente, de questões transferenciais, escorregamos na posição narcísica de mestria, tomando as crianças, ou mesmo suas famílias, como objetos com os quais interviríamos a partir de uma posição não castrada. Foi preciso que esses dispositivos que encarnaram a função do *mais um* atuassem como tal, realçando a castração e atualizando a Lei. Na condição de guardiães da subjetividade, questionaram os efeitos imaginários e identificatórios provocados nas relações estabelecidas durante todo o nosso processo de atuação. Assim, destacamos, ao longo desta discussão, as várias operações do *mais um*, que se efetivaram na condição de atualizar a castração nas

relações entre analista-criança, analista-equipe, analista-mãe, observadora-analista, escola-analista, escola-mãe, analista-equipe, dentre outras.

Mais adiante, ao discorrer sobre o processo de constituição subjetiva que ocorre num tempo sobre o qual nos propomos atuar, refletimos sobre o papel das figuras parentais, encarnadas nas funções materna e paterna, e como elas podem ocorrer (ou não) para o sujeito em tempo de infância que se encontra inserido nos moldes das estruturas familiares contemporâneas, ou seja, fora dos padrões patriarcais que antecederam nossa geração. Nessa lógica, questionamos se, junto com a dissolução dos valores e normas que regiam essa organização dos laços familiares, ter-se-ia diluído a sustentação dos modos de produção da subjetividade propostos pela teoria psicanalítica, uma vez que esses se fundamentam na importância dos laços estabelecidos nos primeiros anos de vida do bebê para sua saúde psíquica.

Diante de tais questionamentos, retomamos a ideia de que o bebê se constitui no encontro de suas respostas, inicialmente, instintivas, com as fantasias contidas no imaginário parental, representado, num primeiro momento, pela encarnação do Outro Primordial na figura materna (ou naquele que a encarna). Esse fato destitui esse *infans* de uma posição passiva ante o desamparo, antes de tudo, vivenciado, dando-nos a ideia de que essa constituição subjetiva pode ser tomada como um processo contínuo, uma vez que se parece com a posição (não passiva) que o sujeito deve sustentar perante a angústia que retorna durante toda a sua vida. Com essa afirmação, não destituímos o valor primordial dessa primeira etapa, ou seja, afirmamos que o sujeito continua a se constituir a partir da (re)vivência constante dessa angústia, mesmo depois de ter passado pelos fantasmas edipianos.

Assim, as funções materna e paterna (operantes no processo de constituição psíquica no *infans*) atuam de forma singular para cada sujeito, fazendo,

conseqüentemente, com que ele também responda de forma singular ao Outro que encarna tais funções. Se as configurações vinculares – quer tomem a forma da família burguesa, da família ampliada, ou outras – variam ao longo do tempo, isto não impede, *a priori*, a vigência das funções materna e paterna para a constituição de um sujeito no *infans*. Hoje em dia, vislumbramos as modificações das imagens do pai e da mãe associadas às transformações dos ideais sociais articulados aos papéis atribuídos ao masculino e feminino. No entanto percebemos que as funções materna e paterna continuam operando, de maneira fragmentada, quando incorporadas aos muitos personagens responsáveis pelos cuidados do bebê, ou associadas a uma mudança nas estruturas familiares contemporâneas, como resultado de uma crise ética, relacionada a novas demandas e à desmoralização das regras sociais (Kehl, 2002). Ressaltamos então que a inoperância dessas funções não está atrelada a essa fragmentação, porquanto não estamos atribuindo a isso conotação patológica alguma. Esta se relaciona com a condição desse bebê de vivenciar seu desamparo, juntamente com a sustentação que esses outros dispositivos dão às funções exercidas diante desse processo de subjetivação.

Com base na análise apresentada de como se dá o advento do sujeito nos moldes da teoria psicanalítica, é possível concluir, por meio das palavras de Teperman (2002), que “é a partir do laço com o Outro que um sujeito pode advir” (p. 151). Para que a criança se reconheça como sujeito desejante, é preciso que um Outro a reconheça e que a tome como sujeito. Em muitos casos, e por inúmeros motivos, observamos que o Outro (encarnado nos pais ou em outros) se encontra em dificuldade para operar o laço que possibilitaria a constituição de um sujeito no *infans*. Nesse caso, notamos que os bebês respondem, no corpo e com atrasos significativos no plano do desenvolvimento, aos impasses do investimento parental. Essas respostas somáticas e esses atrasos na

aquisição de funções (motoras, cognitivas, etc) são o índice de que a estruturação psíquica não ocorreu de forma satisfatória. Evidencia-se, nessa situação, a importância e a especificidade dos trabalhos de intervenção precoce nos quais o analista ou qualquer outro profissional encarregado do cuidado, no contexto de uma unidade de saúde, intermedeia a relação pais-bebê, a fim de que as funções materna e paterna possam ter a possibilidade de virem a ser operantes.

Jerusalinsky (2002) chama-nos a atenção para o fato de que, em muitas crianças atendidas em centros especializados em Saúde Mental, os problemas apresentados vinham se instalando e agravando há tempo. Foi o caso, por exemplo, de Pedro que, como já dissemos, já havia passado por outros profissionais sem que estes se atentassem para sua condição paradoxal ante a constituição psíquica. Outro problema que temos de enfrentar no que se refere à questão da intervenção precoce é que a implantação de serviços clínicos interdisciplinares não foi constituída como uma prática governamental de Saúde Pública preventiva.

É importante ressaltar que, ao falarmos de intervenções que se pretendem preventivas no âmbito da saúde mental da criança, estamos partindo do princípio, sustentado pela psicanálise, de que alguns quadros psicopatológicos são manifestados pela não-instauração de estruturas psíquicas. Isto acarreta, dentre outros, “déficits de tipo cognitivo” (Laznik, 1997, p. 35). De acordo com Laznik (1997), ao sustentarmos tal posicionamento, admitimos a ideia de uma multifatorialidade da origem das doenças mentais, deixando de lado o debate entre psicogênese e organogênese.

Sabe-se que é prioritário para o Ministério da Saúde o cuidado preventivo de gestantes e crianças, especialmente no que diz respeito às ações em saúde na Atenção Primária (PSF). No entanto, até o momento, não há uma política pública que

fundamente ações sistematizadas voltadas para essa população no tocante à Saúde Mental.

Porém é possível citar algumas experiências isoladas no que se refere ao cuidado de crianças e suas famílias. Experiências exitosas em países europeus, principalmente, França e Inglaterra, têm demonstrado que a intervenção precoce na relação mãe-bebê (em situações que podem vir a dificultar enormemente a criação do vínculo materno-filial imprescindível para a constituição da subjetividade da criança) é de fundamental importância para prevenir o desenvolvimento de patologias extremamente graves, tais como: severos transtornos psicossomáticos, transtornos globais do desenvolvimento (autismo, psicoses infantis, etc) e outros. Um exemplo disso é a Maison Verte (Casa Verde) em Paris. Considerada como um lugar de encontro de crianças e seus pais, e não uma instituição de tratamento, foi criada, em 1979, pela psicanalista Dolto e outros colaboradores. Angustiada ao perceber que as crianças eram atendidas apenas em idade avançada com seus sintomas já declarados, Dolto investiu num projeto de intervenção precoce, acolhendo, inclusive, as mães grávidas em um espaço que proporciona a essas famílias um ambiente de interação e conversa tendo como foco principal as relações (Dolto; Roudinesco, 1989).

Mesmo sendo possível identificar algumas práticas nesse sentido, a atuação do psicanalista nas instituições de saúde com enfoque preventivo ainda é um campo em construção e, por isso, diversos autores têm se ocupado em refletir sobre as possibilidades e dificuldades dessa prática.

A posição de Rinaldi (s/d) sobre o que estamos mencionando é que: “resta verificar, na prática dos serviços de saúde mental, a operatividade desta proposta de trabalho” (p.7). Isso significa dizer que temos avançado como produção teórica no que se refere ao fazer do analista ante as demandas institucionais, principalmente no campo

da saúde. No entanto, a nosso ver, só é possível pensar essa clínica mediante nossa prática. Prática essa que, exatamente por sua singularidade, coloca em xeque nossa condição narcísica diante do saber especializado.

O discurso das instituições de saúde nos chama, a todo o momento, para um inflacionamento egoico ante a uma demanda de saber/poder, especialmente, quando estamos lidando com um público carente. A figura de um Outro onipotente, ou seja, daquele que deve dar ao sujeito aquilo que lhe falta (e não estamos nos referindo somente a uma falta simbólica, mas também a uma falta real) torna-se materializada no Estado e transferida para os profissionais da saúde, detentores do saber médico/psicológico. Assim, somos colocados no lugar de provedores, pois, na grande maioria das vezes, o desamparo vivenciado por essa falta é sentido no corpo, ocasionando a perda da saúde. Portanto, caberia ao médico responder a essa demanda de cura do sofrimento do sujeito.

A Ética da Psicanálise, como lugar de escuta, convida-nos à prática do contrário, ou seja, à prática de um esvaziamento do saber e, conseqüentemente, do poder, fazendo com que o sujeito possa se produzir justamente no espaço deixado pelo saber do mestre nos intervalos do seu discurso. Pensamos que a interlocução entre a psicanálise e a prática da Saúde Mental só pode ser possível por meio desse esvaziamento, que é justamente o que possibilita que as intervenções possam se originar a partir da Ética da Psicanálise. Isso é o que o próprio Freud (1912) nos adverte quando fala, por exemplo, da prática da sugestão:

Na prática, é verdade, nada se pode dizer contra um psicoterapeuta que combine certa quantidade de análise com alguma influência sugestiva, a fim de chegar a um resultado perceptível em tempo mais curto – tal como é necessário, por exemplo, nas instituições. Mas é lícito insistir em que ele próprio não se ache em

dúvida quanto ao que está fazendo e saiba que seu método não é o da verdadeira psicanálise (p.157).

Essa exposição de Freud nos leva a refletir sobre a questão da dicotomia entre sugestão e Psicanálise, sendo que aquela se torna um dispositivo quase que indispensável quando estamos situados no campo da Saúde Pública. O fato é que pensar essa dicotomia não é o objetivo de nosso trabalho, quando nos propomos a analisar nossa atuação como profissionais inseridos no serviço público. Ao levantar essa questão, estamos preocupados em discutir como a prática da sugestão e do cuidado fora dos padrões analíticos, podem estar perpassadas pela ética psicanalítica.

Retomando o caso de Pedro, temos que, em diversos momentos, foram necessárias intervenções as quais podemos situar nesse campo sugestivo. Em um deles, explicamos à família que era necessário que Pedro frequentasse uma escola regular e, mesmo diante da resistência da mãe ao apresentar o filho como uma criança totalmente incapaz de tal tarefa – relembremos a cena em que ela fala do filho como uma criança impossível de se controlar ao dirigir-se a diretora da primeira escola que procurou –, insistimos em fazer junto com ela uma segunda tentativa. O fato é que, ao fazermos isso, atuamos no lugar do *mais um* para essa mãe, situando-a numa posição castrada diante do saber que supunha ter sobre aquela criança. Na condição de analistas, a sugestão colocou-nos na posição de Outro não castrado, mestre que encarna o saber sobre a criança e sua família (posição necessária para o estabelecimento de uma relação transferencial) operando, assim, por meio da ética psicanalítica, por ter possibilitado, nesse momento, um efeito de castração na mãe. Aqui, não se tratou de fazer uso da sugestão para tomar essa criança como objeto, mas, sim, de tirá-la dessa posição diante do saber materno.

Diante disso, o que nos propomos discutir neste ponto é exatamente se as intervenções realizadas neste trabalho, que se produziram dentro de um campo institucional, que como já dissemos, propicia uma dinâmica na qual o saber tende a apontar para uma única via, podem se sustentar por meio das premissas psicanalíticas.

Com relação ao caso Pedro, não nos resta dúvidas dos efeitos positivos ocasionados pela promoção e sustentação de um movimento feito por essa família com relação a sua criança. O discurso dos pais de Pedro parecia estagnado na ideia de que ele não entende, e, preso nesse lugar, também não conseguia fazer-se existir fora dos seus sintomas. Isso nos parece estar em sintonia com uma das definições de Jerusalinsky (2002) da clínica com bebês/primeiríssima infância:

A clínica com bebês fica situada justamente no avesso desses *best-sellers* de aconselhamentos a pais e “técnicas estimulantes de aptidões do bebê”, não só porque ocorre a partir do ponto em que os ideais sobre a maternidade, a paternidade e a primeira infância encontram um fracasso em sua realização, mas porque o trabalho clínico diante de tal fracasso opera pela escuta, sustentação e intervenção dos interrogantes pelos quais cada pai e mãe ficam singularmente implicados com o seu filho, em lugar de partir do aconselhamento anônimo (p.23).

Queremos esclarecer que a promoção de um lugar de escuta pôde sustentar um outro olhar dos pais de Pedro para o seu filho, abrindo espaços, pelas intervenções feitas, para que esse menino pudesse estabelecer outros vínculos, a fim de que outros dispositivos sociais operassem ajudando a superar os impasses subjetivos em que Pedro se encontra. Assim, o norte da escuta foi a constituição de uma condição psíquica e social que pôde sustentar o devir do sujeito do desejo. Retomando a ideia da transmissão da Ética da Psicanálise, temos que nossa atuação, sempre que conseguimos

sustentar a posição de Pedro como sujeito que entende, pode se situar na posição do *mais um*, à medida em que, por um certo tempo, questionou a ideia dos pais do contrário, ou seja, a crença de que o filho é incapaz de entender.

Do mesmo modo, a nossa atuação no caso da Menina Presa na Língua também pôde operacionalizar um movimento que a tirou de um lugar a partir do qual ela não podia falar. As intervenções caminharam no sentido de oferecer uma escuta que pudesse funcionar como suporte para o sofrimento e para a condição paradoxal apresentada por aquela família singularmente estruturada.

O que nos permite afirmar que essas intervenções foram atravessadas pelo campo da ética psicanalítica é a forma como o saber pôde se descompletar, mostrando sua estrutura de não todo. É possível vislumbrar que a posição do *mais um*, entre cujas principais funções é justamente a de ser o “gonzo que articula a psicanálise em intensão com a psicanálise em extensão” (Jimenez, 1994, p.12), em ambos os casos, também circulou. O que estamos querendo dizer é que não foi só a observadora quem assumiu a posição do *mais um* durante os atendimentos. Como exemplo, citamos a cena na qual a escola não permitiu que Pedro repetisse o ano, a nosso pedido. Pensamos que foi esta quem assumiu a posição do *mais um* ao questionar nosso saber sobre o cuidado daquela criança.

Durante a apresentação e análise dos casos foi possível apontar para aquilo que teorizamos no início deste trabalho como possibilidade de transmissão de uma Ética da Psicanálise a práticas não enquadradas na clínica psicanalítica clássica, e, ainda, a profissionais que, de alguma forma, encontram-se incluídos no cuidado do sujeito.

No caso de Pedro e sua família, apesar de as intervenções terem sido feitas no formato de visitas domiciliares, encontramos uma possibilidade de formação de um *setting* que nos assegurava uma certa estabilidade, mesmo que ilusória, proporcionando

um caso mais tranqüilo de atender e analisar, apesar de estarmos atuando com uma criança portadora de um quadro sintomático importante, no que se refere às questões de constituição psíquica.

No caso da Menina, encontrávamo-nos totalmente fora dos padrões da clínica psicanalítica tradicional ao atuarmos no meio da rua, fato que parece ter nos destituído de dispositivos técnicos e, conseqüentemente, nos causado intensa angústia. Será que foi justamente essa impossibilidade de situar o projeto terapêutico dessa família no campo teórico que nos garantiu uma atuação perpassada pelo que estamos chamando de Ética da Psicanálise, permitindo-nos um constante *savoir faire* com a falta? Pensamos que, nesse caso, sim. Foi possível posicionar essa atuação no âmbito da ética psicanalítica justamente pelo fato de termos conseguido atuar nessas condições, ou seja, diante da fragmentação do cuidado dispensado à Menina, sentíamos-nos, também, nesse lugar: desamparados por deter um saber que não dava conta de tamanha singularidade evidenciada nessa organização familiar. Essas condições, as quais mencionamos, nada têm a ver com a miséria com a qual nos deparamos inicialmente, mas, sim, com uma relação tranferencial estabelecida de forma ímpar, tornando-se, então, indizível. Aqui, tanto com relação a nós quanto com a equipe, uma vez que encontrávamos inseridos no trabalho da unidade e, portanto, imersos nos efeitos produzidos pelo discurso lá existente, temos a própria família da Menina Presa na Língua atuando como *mais um*, uma vez que, diante dessa equipe, atuávamos numa posição de pertencimento, o que nos impossibilitou uma atuação como agente dessa castração.

Nesse sentido, é possível assegurar que o que se produziu neste trabalho foi uma clínica que emergiu por meio de uma ruptura com a clínica psicanalítica padrão, sustentando um formato singular para cada caso, e, conseqüentemente, para cada sujeito. Como foi possível observar na apresentação e discussão dos casos,

evidenciamos todas as intervenções, incluindo não só as que tiveram algum efeito positivo, como também as que, de alguma forma, expuseram uma posição contrária ao que nos propomos. A partir disso, também nos é possível afirmar que atuamos em consonância com a ética psicanalítica, ao sustentarmos a transmissão desta a partir de uma “exposição a céu aberto tanto da produção como das crises de trabalho” (Jimenez, 1994, p.26). Jimenez assevera, ainda, que essa “é uma forma de transmissão na qual, se o sucesso ensina, também o fracasso ensina” (p.26).

Com relação à família de Pedro, por exemplo, após uma tomada de consciência de que nossa atuação caminhava para uma direção na qual o saber deslizava em uma única via (mãe-analista), tratamos de introduzir uma figura que, num lugar de presença, e não de ausência, sustentou a encarnação de um terceiro, fazendo operar uma separação e reparando, desse modo, os efeitos negativos da transferência. A entrada da figura da observadora e da escola serviu, inicialmente, como uma diluição da relação transferencial que caminhava no sentido de, assim como a mãe, tomarmos Pedro como objeto de nosso saber, assumindo (como foi possível ver na apresentação do caso) de forma totalitária o cuidado dessa criança.

Na história da Menina, a observadora também entrou na cena para corrigir tais efeitos, que, nesse caso, provocaram uma ruptura ao fazer retornar em nós, na forma de ato, a angústia da Menina, que precisou silenciar o que, de fato, não pôde ser revelado naquela família. O desejo de estar com a criança, que, por muito tempo, nos sustentou numa posição de desnudamento técnico, ao atuarmos no meio da rua, cedeu à sensação de desamparo intensamente vivenciada, o que nos fez recuar cogitando a possibilidade de interrupção dessas visitas. A entrada de um terceiro, que, nesse caso, oscilou na figura da observadora e da escola, fez-nos retomar, assegurando-nos um lugar nos atendimentos, mesmo que sustentado na condição de um não saber, pois, a essa altura,

estava claro que nada nesse caso poderia ser construído *a priori*. Prosseguimos discutindo intervenção por intervenção, planejando a próxima sempre a partir dos efeitos produzidos pela anterior.

Já no que se refere à transmissão dessa prática – pautada na singularidade do sujeito e evidenciada mediante a nossa própria castração – à equipe da unidade em questão, destacamos algumas questões.

Em primeiro lugar, gostaríamos de pontuar algumas dificuldades operacionais nesta UBSF. Pensamos ser imprescindível a participação do agente comunitário em qualquer atuação do técnico de Saúde Mental, uma vez que, na grande maioria das vezes, ele é o intermediador do vínculo da família com o profissional da unidade de saúde. É o agente quem entra na casa dessa família, é a ele quem, muitas vezes, são confiadas as confidências, e, principalmente, é ele quem dá continuidade às propostas de intervenção dos técnicos, sejam elas no âmbito da Saúde Mental ou em qualquer outro referente ao cuidado do usuário.

Além disso, acreditamos que o agente pode (e deve) atuar como *mais um* na relação de transferência estabelecida não só com a figura do especialista em Saúde Mental, mas também com os outros técnicos, garantindo, mesmo que minimamente, que o saber possa deslizar, fazendo com que diferentes dispositivos atuantes no cuidado do sujeito possam encarnar diferentes referências de saber/suposto saber.

Assim, quando falamos de profissionais não psicanalistas estamos incluindo todos aqueles que, de alguma forma, participam do cuidado de pacientes usuários dos diversos programas de saúde existentes. No entanto, ao enfatizar os projetos que têm dado vida ao Programa de Saúde da Família, pensamos que o agente comunitário merece destaque especial, assim como todos aqueles profissionais possuidores de um saber não especializado, os quais trabalham na unidade e são, ao mesmo tempo,

moradores da comunidade. É justamente por essa condição paradoxal de dentro e fora do agente de saúde, que destacamos, mais uma vez, o lugar privilegiado do Programa de Saúde da Família, sem, no entanto, excluir os outros dispositivos de cuidado. É precisamente esse paradoxo de dentro e fora que garante ao *mais um* exercer a sua principal função: a de transmitir um certo saber sobre a falta. Nas palavras de Trobas (1994), temos que:

Digamos que sua presença se torne simplesmente prática, cômoda, porque pelo fato de ele estar lá, no entender das pessoas a função do terceiro se faz evidente, nisto a que eles supostos a se endereçar. Este *mais-um* permitiria manter a procura dos participantes superando os obstáculos do blábláblá e mais geralmente os efeitos do grupo. É em relação a esses efeitos do grupo que esses participantes demandam ao *mais um* de não juntar-se a eles, quer dizer, se manter tranqüilo (p.39).

Enfatizando essa posição de destaque ante o cuidado do sujeito, citamos ainda:

É o agente de saúde quem agencia e promove a formação de um campo de continência em seu território e responde desse lugar institucional que lhe autoriza as ações, a partir de sua singularidade. Evidencia-se a sabedoria que não está nos livros, mas que tem a ver com o aprendizado da vida (Feneric; Walter; Zeoula, 2004).

A questão é que faltam agentes de saúde e as áreas descobertas ficam sem a devida atenção. Foi o caso da família do Pedro. Não havia, desde Janeiro de 2009, agente nessa área. Além disso, a coordenação da UBSF em questão não compartilha com as ideias propostas pela lógica da desinstitucionalização da loucura e da clínica extensa, não se dispondo a qualquer tipo de intervenção conjunta, principalmente, tratando-se dos casos mais graves. Por esses motivos, é que resolvemos fazer as visitas

domiciliares inicialmente sem o agente, uma vez que não acreditamos na possibilidade dessa equipe atuar num caso como esse. Temos, aqui, evidenciada a relação transferencial negativa estabelecida entre nós e a equipe, o que, a nosso ver, impossibilitou que atuássemos como o *mais um* com relação a essa, e vice versa, ressaltando as barreiras institucionais que podem dificultar, ou mesmo, impossibilitar a transmissão desse saber ético.

Outro problema evidenciado por meio dessa possibilidade de “fazermos sozinhos” foi a saída de Pedro da unidade de atenção psicossocial especializada em saúde mental infantil, quando, ao fazermos tal sugestão, ao contrário da cena que indicamos a escola, tomamos a criança como objeto de nosso saber, e, identificados com o imaginário da mãe, afirmamos a ideia de que ninguém mais daria conta de cuidar dele. Apesar de ter partido de Júnia, e, posteriormente, de Fábio, a ideia de que a unidade especializada no tratamento de crianças com problemas de desenvolvimento psíquico não estava se sustentando como uma possibilidade de tratamento para o filho, pensamos que nossa atuação como analistas, colocados na relação transferencial como responsáveis pelo caminho que Pedro deveria percorrer para sua melhora, fez com que os pais se sentissem seguros para tal atitude. Por que não chamar a equipe desta unidade para uma possível parceria de atuação junto ao caso? Por que não ter apontado à equipe a insatisfação da mãe com relação aos atendimentos quando ela começou a aparecer?

Pensamos que isso possivelmente tenha acontecido devido a um descrédito nosso com relação à unidade. Descrédito não ao trabalho desta, uma vez que uma experiência de estágio curricular nos possibilitou circular por ela, conhecendo as possibilidades de tratamento lá oferecidas. Acreditamos num descrédito com relação ao trabalho feito com Pedro, o que resultou no estabelecimento de uma relação transferencial negativa da mãe com relação à instituição. Novamente, tomados por um

aprisionamento transferencial estabelecido por essa relação, não conseguimos atuar como *mais um* para essa família.

Outro fator importante para refletirmos sobre as barreiras institucionais para que o trabalho ocorra sob a Ética da Psicanálise, é o tempo do profissional que atua nas unidades básicas de saúde. Devemos ressaltar que, no município de Uberlândia, o psicólogo trabalha na UBSF em torno de dois dias semanais durante um período do dia. Este deve ser o suficiente de acordo com as premissas da prática antimanicomial a qual coloca o paciente portador de sofrimento psíquico na condição de um usuário do Sistema de Saúde, não sendo possível uma separação entre esses campos. Sabemos que, atualmente, há uma grande demanda da população por serviços relacionados à Saúde Mental. Isso acontece, na nossa percepção, principalmente pelo aumento do número de usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) que fazem uso de psicotrópicos. O serviço da Saúde Mental, que deve ser exercido não apenas por profissionais especialistas, mas por toda a equipe responsável pelo cuidado desse paciente, precisa conseguir organizar essa demanda, priorizando os casos mais graves, não devendo simplesmente desconsiderar os casos menos graves. Para isso, é preciso que a equipe disponha de uma série de outros dispositivos comunitários que a ajudem a atuar no cuidado dessas pessoas, estabelecendo uma prática que vise à descentralização dos projetos de intervenção na figura do especialista, tornando toda a equipe responsável pelo cuidado desses pacientes.

Assim, o especialista pode se situar na figura do *mais um* para a equipe na condição de alguém que, estando de fora, consegue apontar para a falta do saber que tenta apropriar-se do paciente na forma de objeto, fazendo com que esse saber deslize não apenas no sentido profissional-paciente, como também profissional-profissional.

Acreditamos que somente a partir dessa lógica, que é a que sustenta a ideia das equipes matriciais no lugar da figura do especialista nas unidades para aqueles casos menos graves, é que seria possível uma organização dessa demanda, possibilitando ao profissional atuar no cuidado do paciente junto a sua equipe de referência

No caso da família de Pedro, e, posteriormente, nas intervenções com a Menina Presa na Língua, foi necessário que outro horário, fora daquele de trabalho, fosse disponibilizado para os atendimentos semanais, pois, diante da demanda dos outros pacientes, tais atendimentos não estavam sendo possíveis. Considerando que ambos sejam casos prioritários de Saúde Mental, principalmente no que se refere às especificidades da clínica da primeiríssima infância, e exigiriam maior atenção dos profissionais da UBSF, lançamos a seguinte questão: seria possível que essas crianças fossem, juntamente com sua família, atendidas semanalmente no horário de trabalho do psicólogo da UBSF? Vimos que não. No entanto pensamos que tais atendimentos não teriam sido necessários, se tivéssemos compartilhado o projeto terapêutico dessa família com outros dispositivos disponíveis na comunidade ou mesmo com a própria equipe da UBSF responsável pela área. O efeito que teria esse compartilhamento não nos é possível saber, mas podemos afirmar que atendimentos com o formato apresentado, ou seja, de visitas domiciliares semanais, totalmente centradas na figura do especialista, não cabem na prática do psicólogo de uma UBSF.

Esses seriam alguns dos impasses institucionais que poderiam impedir que a clínica extensa ocorresse no âmbito das práticas de intervenção na Saúde Pública no que se refere não só ao cuidado com crianças, mas com o usuário em geral.

Com relação à transmissão dessa mesma ética a outros profissionais e dispositivos de cuidado, vimos que isso, nesse momento, não foi possível com a equipe da UBSF em questão, por haver uma enorme resistência da coordenação que, como

referência de liderança, contaminava toda a equipe com a ideia de que a Saúde Mental deve ser vista e tratada como algo separado da saúde em geral e, ainda, com técnicas específicas para atendimentos que ela julgasse eficazes. Esse fato, como já dissemos, ocasionou numa impossibilidade de que a equipe se direcionasse a nós como referência para o questionamento da prática e vice-versa, ou seja, nós também não nos referimos a ela nessa posição, não efetivando, nesse momento, a prática do *mais um*. É possível afirmar que não houve, de ambos os lados, a possibilidade de estabelecer uma dinâmica transferencial que viabilizasse o trabalho conjunto, rompendo os obstáculos contra-transferenciais erguidos. Isso torna evidente que um dos nossos objetivos não pôde ser alcançado no sentido de elaborar um projeto terapêutico dessas famílias junto à equipe de atenção primária. Entretanto a possibilidade dessa prática, não só em dispositivos de cuidado na atenção primária, como também em outras unidades de saúde, mesmo que especialistas em Saúde Mental, como no caso dos CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), por exemplo, se mostra possível.

A atuação da escola também evidencia que essa transmissão é possível. Kupfer (2000) aponta para a importância da aproximação da psicanálise com a educação, ressaltando o papel da escola no tratamento de crianças portadoras de transtornos mentais, tendo como uma de suas funções a de promover a “retomada da estruturação psíquica interrompida pela eclosão da psicose infantil ou, ainda, a sustentação do mínimo de sujeito que uma criança possa ter construído” (p.83).

Em ambos os casos, tanto do Pedro quanto da Menina, como foi possível observar, muitas vezes, era a própria escola que nos destituía do lugar de saber e não o contrário. Assim é que afirmamos que a transmissão dessa ética se deu, justamente, por essa possibilidade de interlocução com esse dispositivo, que atuou durante todo o tempo

sustentando o lugar lá reservado para essas crianças numa posição de sujeito, e não de deficiência.

Outra questão colocada durante este trabalho foi com relação a como o profissional de saúde pode atuar com intervenções que visem não só ao tratamento, mas também à prevenção de crianças em risco no processo de subjetivação, levando em conta as várias peculiaridades do serviço, dentre elas, a constância de famílias que se encontram fora dos moldes de organização patriarcal.

Retomando essa ideia, vimos que não é possível falar em famílias desestruturadas, no sentido de percebemos que elas vêm se estruturando conforme as novas demandas contemporâneas feitas sob a ordem discursiva vigente. Em consequência disso, as crianças também se apoderam de estratégias para dar conta do desamparo vivenciado face a fragmentação das funções parentais.

O que vimos nesse trabalho é que a atuação dos agentes de saúde (lembrando que estamos incluídos neste termo) deve levar isso em consideração para uma atuação ética, uma vez que, questionar as regras enunciadas a partir de uma perspectiva moral como aquelas que regulam as relações também faz parte da prática do *mais um*.

De acordo com Laznik (1997), fazer a prevenção em casos de crianças em risco de constituição psíquica quer dizer intervir no laço pais-criança lembrando que a idade é um ponto central dessa discussão, porquanto são os primeiros anos de vida de uma criança que permitem uma certa plasticidade do aparelho psíquico, na qual o analista possa atuar, sustentando às figuras de cuidado a condição de encarnarem as funções primordiais.

No primeiro caso apresentado – da Menina grávida – e o da Menina Presa na Língua, vimos que não podemos falar em famílias desestruturadas quando nos deparamos com famílias que se encontram fora do funcionamento socialmente aceito,

ou seja, fora de padrões carregados de conotações morais e normativas sobre as funções exercidas pelas figuras parentais. Vimos que são famílias com uma organização singular que sustentam as funções simbólicas de uma maneira também singular. Mesmo sem conseguir identificar as encarnações das funções primordiais que foram exercidas no caso da Menina Presa na Língua, vimos que a instauração psíquica ocorreu. É possível afirmar que as funções materna e paterna são exercidas independentemente do modo como a família se organiza, uma vez que, como é o caso de Pedro, um aparente ordenamento familiar não sustenta um funcionamento satisfatório dessas funções.

Lançando mão das considerações teóricas sobre a constituição psíquica, o profissional deve então atuar na relação que essa criança estabelece com as diferentes figuras parentais que, nessas configurações familiares, muitas vezes, se revezam na encarnação das funções primordiais, fazendo com que seja necessário que ele inclua essas figuras no seu plano de cuidado, fazendo sempre as interlocuções necessárias para uma atuação ética.

Sem dúvida alguma, o que propomos é uma clínica exigente, uma clínica que demanda uma disposição grande do analista não só psíquica, mas também do seu próprio tempo, que, como já ressaltamos, é curto quando nos referimos ao tempo que ele passa numa unidade de saúde, sendo essa uma peculiaridade do serviço. Esse profissional deve conseguir conciliar essa clínica singular com uma práxis política que possibilite um atendimento, cuja métrica é a equidade, para todos os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). De acordo com Guerra (2005), essa clínica em extensão na rede pública exige um tipo de intervenção “político-clínico” (p. 143), levando em consideração a importância de outros dispositivos não psicanalíticos necessários para operacionalizar as intervenções.

Esse fato deixa mais claro que essa só é uma clínica possível se o profissional conseguir articulá-la com outros saberes, ampliando, assim, seu alcance e sua extensão (Guerra, 2005). Um outro recurso existente capaz de operacionalizar essa prática é a implantação das equipes matriciais no lugar de profissionais dentro de cada unidade de saúde não especializada em Saúde Mental. Esses dispositivos atuariam como o *mais um* das equipes de saúde, fazendo, por meio de encontros regulares, com que o saber possa deslizar entre eles, tendo ainda, como efeito consequente desse deslizamento, a potencialização das habilidades dos diversos técnicos para o cuidado do paciente em sofrimento psíquico e de suas famílias. De acordo com Guerra (2005), essa é uma prática que tem conseqüências “ao mesmo tempo sobre a equipe e sobre o sujeito que frequenta a instituição, convocando os técnicos a uma posição de aprendizes. Esse aspecto destaca-se na clínica ampliada mais com crianças, pois mais que os adultos, elas convocam os operadores da Saúde Mental a ocuparem uma posição de mestria, trazendo com maior contundência o risco de uma pedagogia moral” (p.147).

Caminhamos para o fim desta discussão tendo a sensação de que ela se encerra apenas para este momento. Pensar a clínica deve ser um movimento constante fazendo com se produza um saber não-pronto, nunca finalizado. É o que nos propomos: dar sempre continuidade a esse pensar, deixando que algo surja a cada leitura, desconstruindo o que antes parecia sólido, fazendo com que nossas interlocuções estejam sempre atravessadas por um movimento ético, pois a clínica opera como *mais um*, descompletando o saber que construímos a partir de cada caso acompanhado, o que revela que o saber é estruturalmente não todo.

10. Considerações Finais

Caminhando no sentido da finalização desse trabalho, parece-nos difícil retomar o que se fez angústia, o que possibilitou o movimento, o que sustentou o desejo. As questões que inicialmente se apresentavam organizadas, foram pouco a pouco sendo diluídas, transformadas, confirmando que, de fato, “o caminho se faz ao caminhar” (Bacarin, 2000).

É possível destacar que o que fomentou esse trabalho foi a possibilidade de articulação das premissas psicanalíticas com intervenções que se situam num campo que, aparentemente, distancia-se da técnica apresentada por Freud e seus sucessores. No entanto, o dia a dia com essa prática, mostrava-nos o quanto a Psicanálise pode contribuir para a estruturação de projetos que se dediquem ao cuidado do sujeito em sofrimento psíquico no campo da Saúde Pública. Chamava nossa atenção o fato de que esses projetos não alcançam, ainda, a questão de crianças pequenas que apresentem sinais de risco subjetivo e, por isso, dedicamo-nos a pensar essa problemática.

Foi nesse percurso que deparamo-nos com as reflexões acerca da Ética da Psicanálise. Essa foi fundamental para direcionar, tanto nosso estudo, quanto nossa atuação, num sentido que nos levou a intervenções, que, mesmo não situadas dentro de uma padronização técnica – constituída ao longo da evolução da teoria – estavam perpassadas pela ética sustentada pelo discurso psicanalítico. Submetidos a ela, buscamos intervir na condição de sujeitos castrados, faltosos, detentores de um saber não todo.

A fundamentação teórica sobre o processo de constituição do psiquismo também nos auxiliou nessa articulação, ao possibilitar a reflexão sobre a importância das figuras

parentais e o papel que elas encarnam na condição de agentes da Lei, propiciando, assim, a inserção do *infans* no campo da Linguagem.

A exposição das experiências deste estudo nos mostrou que essa é uma articulação possível e que as práticas no âmbito da Saúde Pública têm sido pensadas a partir da lógica da descentralização do cuidado da figura do médico. No que se refere ao trabalho nas unidades de saúde da família, Goulart (2008) nos esclarece que este se baseia nos seguintes ideais:

- 1) o processo de trabalho tendo como resultado a intervenção do médico e de outros profissionais dentro de um âmbito generalista; 2) a proteção voltada não apenas para indivíduos-singulares, mas para coletivos (famílias, grupos, comunidades), resultando em um novo tipo de prática social de saúde; 3) o desenvolvimento de vínculos entre a clientela e os prestadores de serviços, de natureza administrativa, geográfica ou mesmo ética (Goulart, 2007, p.28).

A proposta inicial desta pesquisa era a de que ela fosse pensada dentro do contexto do PSF, uma vez que, este, por ser um projeto contemporâneo, está sendo implantado com base nesses novos ideais de cuidado. Entretanto, o que pudemos vislumbrar, é que a transmissão do saber psicanalítico pode se dar em toda e qualquer ação de saúde, mesmo em contextos não especializados em Saúde Mental.

No que se refere às peculiaridades da clínica da primeira infância, também é possível afirmar que a *práxis* da atenção primária oferece um campo de atuação ideal para a articulação desse saber sobre a falta, posto que, como nos afirmou Goulart, a atenção nesses novos dispositivos de cuidado, deve ser voltada não só para a criança, mas, sim, para toda sua família e outros grupos que fazem parte do seu cuidado, propiciando a intervenção na relação que essa criança estabelece com suas referências de afeto.

A partir de todas essas reflexões, o que se produziu foi um saber sobre a clínica, e não uma forma de intervenção (lembrando que essa nunca foi a nossa proposta). Guerra (2005) ressalta que “fazer do ‘cada um’ uma proposta coletiva para as políticas públicas não significa universalizar intervenções e construir manuais de orientação, mas tomar o particular como orientação na construção de qualquer proposta pública no campo da saúde mental infanto-juvenil” (p.148).

Com relação a essa clínica do singular dentro das práticas públicas, Lobosque (2001) afirma que a novidade dessa ruptura do modo como se fazia clínica, está, justamente, em tomar o singular dentro do campo do coletivo, abordando o sofrimento psíquico grave nos novos dispositivos assistenciais. Essa forma de cuidado só se sustenta quando a lógica do atendimento não se subordina aos procedimentos de consulta e sessão.

Acreditamos que este trabalho tenha um efeito de transmissão ética, permitindo a emersão de outros a partir das reflexões aqui levantadas. Esperamos que esta lógica do cuidado possa ser levada a outros lugares além do consultório padrão.

O nosso desejo nos leva à crença na possibilidade dessa clínica do desejo, da falta, do sujeito... A nossa prática nos traz a angústia necessária para a concretização desse pensar, desse fazer, que nos seduz a todo momento. E nos faz pensar... e nos faz fazer...

11. Referências Bibliográficas

Arona, Elizaete da Costa. Implantação do matriciamento nos serviços de saúde de Capivari. *Saude soc.*, São Paulo, 2010 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000500005&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 06 fev. 2010.

Alberti, S. O Cartel e Real de uma dissolução. In: Jimenez, S. *O Cartel: conceito e funcionamento na escola de Lacan*. Rio de Janeiro: Campus, 1994.

Baccarin, M. I. *Aprendendo a pensar, pensando o aprender : as origens afetivas do pensar*. Tese (Doutorado), Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2000

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

Birman, Joel. O mal-estar na modernidade e a psicanálise: a psicanálise à prova do social. *Physis*, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312005000300010&lng=en&nrm=iso>. acesso on03 Abril, 2009. doi: 10.1590/S0103-73312005000300010.

Brasil. Lei nº 8069, de 13 de Julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial*, Brasília, DF, 16 jul. 1990. P. 13.563.

- Cabas, A. G. *Curso e discurso da obra de Jacques Lacan*. São Paulo: Moraes, 1982.
- Cabas, A. G. Do mais-um. In: Jimenez, S. *O Cartel: conceito e funcionamento na escola de Lacan*. Rio de Janeiro: Campus, 1994.
- Calligaris, C. *Introdução a uma clínica psicanalítica (seminários)*. Salvador: Cooperativa Cultural Jacques Lacan, 1986.
- Dolto, F; Roudinesco E. Elementos para uma história: uma conversa. In: *Seguindo os passos de Françoise Dolto*. Campinas: Papyrus, 1989.
- Dor, J. *O pai e sua função em psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1991.
- Feldstein, R.; Fink, B.; Jaanus, M. *Para ler o seminário 11 de Lacan: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1997.
- FREUD, S. (1895). *Projeto de uma psicologia científica*. Rio de Janeiro: Imago, 1995.
- _____. (1912). Recomendações aos médicos que exercem a Psicanálise. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1990.

_____. (1913). Sobre o início do tratamento: novas recomendações sobre a técnica da Psicanálise I. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1990.

_____. (1927). O futuro de uma ilusão. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, vol. XXI. Rio de Janeiro: Imago, 1990.

_____. (1929). O mal-estar na civilização. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, vol. XXI. Rio de Janeiro: Imago, 1990.

_____. (1933). Feminilidade. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, vol. XXI. Rio de Janeiro: Imago, 1990.

_____. (1933). Sobre o narcisismo: uma introdução. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1990.

Garcia – Roza, L. A. *Freud e o inconsciente*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2005.

Goulart, F. *Saúde da Família: boas práticas e círculos virtuosos*. Uberlândia: EDUFU, 2007.

Guerra, A. M. C. A psicanálise no campo da Saúde Mental Infanto-Juvenil. *Psychê*, São Paulo, 2005.

Herrmann, F.(1983) *O que é Psicanálise?* São Paulo: Ed. Brasiliense, 1983.

_____ (2004). Pesquisa Psicanalítica. In *Ciência e Cultura*, 56(4), 25-28.

Imbert, F. *A questão da ética no campo educativo*. (G. J. F. Teixeira, Trad.). Petrópolis, RJ: Vozes, 2001.

Jerusalinsky, A. *Psicanálise e desenvolvimento infantil: um enfoque transdisciplinar*. Porto Alegre: Artes e Ofícios, 1999.

_____. *Saber falar: como se adquire a língua?* Rio de Janeiro: Vozes, 2008.

Jerusalinsky, J. *Enquanto o futuro não vem: a Psicanálise na clínica interdisciplinar com bebês*. Salvador: Álgama, 2002.

_____. Quem é o Outro do sujeito na primeira infância? Considerações sobre o lugar da família na clínica com bebês. IV Encontro Latino Americano dos Estados Gerais da Psicanálise, São Paulo, 2005. Disponível em: <http://WWW.estadosgerais.org/encontro/IV/PT/trabalhos.php>. acesso em Janeiro, 2010.

Jimenez, S. O cartel. In: Jimenez, S. *O Cartel: conceito e funcionamento na escola de Lacan*. Rio de Janeiro: Campus, 1994.

_____; Kleeve P.; Paz, V; Autran, A. L. Cartel: do trabalho de transferência à transferência de trabalho. In: Jimenez, S. *O Cartel: conceito e funcionamento na escola de Lacan*. Rio de Janeiro: Campus, 1994.

Jorge, M. A. C.; Ferreira, N. P. *Lacan: O grande freudiano*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

Kamers, M.(2005). *Do universal da maternagem ao singular da função materna*. Dissertação (Mestrado), Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Kehl, M. R. *Sobre ética e Psicanálise*. São Paulo: Companhia das Letras, 2002.

Kupfer, M. C. *Educação para o futuro: Psicanálise e educação*. São Paulo: Escuta, 2000.

Kupfer, M. C. M.; Voltolini, R. Uso de indicadores em pesquisas de orientação psicanalítica: um debate conceitual. In: *Psicanálise com crianças: clínica e pesquisa*. São Paulo: Escuta, 2008.

Lacan, J. (1949). O estágio do espelho como formador do eu. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998.

_____. (1955-1956). *O seminário – Livro 3: as psicoses*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1992.

_____. (1959). *O seminário – Livro 7: a ética da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1991.

_____. (1964). *O seminário - Livro 11: os quatro conceitos da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1995.

Lanjonquiere, L. Apresentação. In Jerusalinsky, A. *Saber falar: como se adquire a língua?* Rio de Janeiro: Vozes, 2008.

Laplanche e Pontalis. *Vocabulário de Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

Lancetti, A. Saúde Mental nas entranhas da metrópole. In: *Saúdeloucura*, número 7, s/d.

Lancetti, A. *Clínica Peripatética*. São Paulo: Hucitec, 2008.

Laznik, M. C. Poderíamos pensar numa prevenção da síndrome autística? In: Wanderley, D. B. *Palavras em torno do berço*. Salvador, BA: Ágalma, 1997.

Levin, E. *Clínica e educação com crianças do outro espelho*. Rio de Janeiro: Vozes, 2005.

Lobosque, A. M. *Experiências da loucura*. Rio de Janeiro: Garamond, 2001.

Miguel, N. B. S. *Complexo de Édipo: novas psicopatologias, novas mulheres, novos homens*. São Paulo: Casa do psicólogo, 2007.

Nasio, J. D. *Édipo: o complexo do qual nenhuma criança escapa*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2007.

Oliveira-Menegotto, Lisiane Machado de et al . O método Bick de observação de bebês como método de pesquisa. *Psicol. clin.*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, 2006 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652006000200007&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 11 abr. 2010. doi: 10.1590/S0103-56652006000200007.

Paravidini, J. L. L. *A identificação e o diagnóstico precoces de sinais de risco de autismo infantil*. Tese (Doutorado), Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2002.

Pinto, J.M. A instituição acadêmica e a legitimação da vocação científica da psicanálise. *Psicologia Reflexão e Crítica*, V12 n.3, Porto Alegre, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em Janeiro, 2010.

_____. Resistência do texto: o método psicanalítico entre a literalização e a contingência. *Ágora: estudos em teoria psicanalítica*, V.4 n.1, Rio de Janeiro, Jan./Jun. 2001. Disponível em: <http://WWW.scielo.br>. Acesso em Janeiro, 2010.

Prata, M. R. Da norma disciplinar à iniciativa: os processos subjetivos e os parâmetros normativos contemporâneos. In: *Formas de subjetivação*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2004.

Quinet, A. *Teoria e Clínica da Psicose*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1997.

Rassial, J.J. *O sujeito em estado limite*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2000.

Rinaldi, D. L. O desejo de analista na “prática entre muitos”: os desafios da psicanálise no campo da saúde mental. Recuperado em 10 de Abril, 2009, de http://www.maieutica.com.br/biblio/Doris_Luz_Rinaldi.doc.

Rosa, L.E. Cartel: lugar do trabalho de dissolução. In: Jimenez, S. *O Cartel: conceito e funcionamento na escola de Lacan*. Rio de Janeiro: Campus, 1994.

Roudinesco, E. *A família em desordem*. Rio de Janeiro: Jorge Zaharn Ed, 2003.

Teperman, D. Intervenção psicanalítica precoce: efeitos da suposição do sujeito. In: *O bebê e a modernidade: abordagens teórico-clínicas*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

Trobas, G. Do grupo ao cartel, do líder ao mais-um. In: Jimenez, S. *O Cartel: conceito e funcionamento na escola de Lacan*. Rio de Janeiro: Campus, 1994.

Trobas, L.M. Produto próprio de cada um. In: Jimenez, S. *O Cartel: conceito e funcionamento na escola de Lacan*. Rio de Janeiro: Campus, 1994.

12. Anexos

Anexo A

FICHA DE ACOMPANHAMENTO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL

Nome: _____ Nasc.: _____ Data: _____

1 - NUNCA 2 - ÀS VEZES 3- SEMPRE

	1	2	3
01 – DE ZERO AOS SEIS MESES			
A- Até o terceiro mês			
1- Interage com a mãe, através do olhar, enquanto mama.			
2- Sorri diante dos rostos dos familiares.			
3- É responsivo à aproximação das pessoas, buscando-as com os olhos, movimentando os braços e pernas.			
4- Demonstra reconhecer as vozes do pai ou da mãe, através de balbucios, movimentos corporais e choramingos.			
B- Dos três aos seis meses			
5- Manifesta alegria diante das pessoas (movimentos de pernas, vocalizações).			
6- Manifesta reações diante de sua imagem no espelho, tentando pegá-la, tocando a si mesmo, apontando para a imagem.			
7- Vocaliza várias sílabas definidas.			
8- Percebe os objetos que estão próximos, tentando alcançá-los e tocá-los.			
9- Distingue os rostos familiares dos rostos estranhos.			
10- Faz uso de várias entonações de voz com a finalidade de comunicar-se.			
11- Já se senta com o apoio de um adulto.			
02 - DOS SEIS AOS NOVE MESES	1	2	3
1- Brinca de jogar os objetos no chão ou de esconde-esconde.			
2- Reconhece as expressões faciais de raiva, alegria e aprovação das pessoas que o rodeiam			
3- Solicita ser pego no colo, estendendo os braços ou inclinando seu corpo em direção ao corpo do adulto			
4- Faz imitações ou gestos simbólicos, como dar adeus.			
5- Busca consolo quando se machuca.			
6- Mastiga alimentos sólidos.			
7- Engatinha.			
8- Senta-se sozinho.			
03 - DOS QUINZE AOS DEZOITO MESES	1	2	3
1- Brinca de faz-de-conta com objetos.			
2- Compreende o que as outras pessoas querem lhe expressar.			
3- Chama pelas pessoas.			
4- Beija e abraça o pescoço de quem o segura no colo.			
5- Aponta com o dedo para as coisas que quer.			
6- Mantém-se concentrado nas suas brincadeiras por tempo prolongado			
7- Colabora na sua alimentação ajudando com a colher.			
8- Aceita diferentes tipos de alimentos.			
9- Desenvolve-se bem na fala			
10- Desenvolve-se bem no andar.			
04 - DOS VINTE E QUATRO MESES AOS TRINTA MESES	1	2	3
1- Sabe dizer não com a cabeça.			
2- Fala seu próprio nome.			
3- Constrói frases próprias com várias palavras.			
4- Utiliza os pronomes pessoais – eu, tu ou você.			
5- Fala enquanto brinca, repetindo cenas vistas ou vividas.			
6- Interessa-se por estórias infantis.			
7- É capaz de reproduzir, em parte, as estórias infantis que lhe são contadas.			
8- Compartilha seus brinquedos com outras crianças.			
9- Desenvolve-se bem em suas capacidades corporais através de movimentos como pular, correr, dançar, subir, descer.			
10- É capaz de ajudar em pequenas tarefas domésticas.			
11- Alimenta-se sozinho.			

Anexo B

FICHA DE ACOMPANHAMENTO DO DESENVOLVIMENTO INFANTILNome: Pedro Nasc.: 02/07/05 Data: 19/01/09

1 - NUNCA 2 - ÀS VEZES 3- SEMPRE

01 – DE ZERO AOS SEIS MESES	1	2	3
A- Até o terceiro mês			
1- Interage com a mãe, através do olhar, enquanto mama. <i>Não lembra</i>			
2- Sorri diante dos rostos dos familiares.			X
3- É responsivo à aproximação das pessoas, buscando-as com os olhos, movimentando os braços e pernas.	X		
4- Demonstra reconhecer as vozes do pai ou da mãe, através de balbucios, movimentos corporais e choramingos. <i>Não lembra</i>			
B- Dos três aos seis meses			
5- Manifesta alegria diante das pessoas (movimentos de pernas, vocalizações).			X
6- Manifesta reações diante de sua imagem no espelho, tentando pegá-la, tocando a si mesmo, apontando para a imagem.			X
7- Vocaliza várias sílabas definidas.	X		
8- Percebe os objetos que estão próximos, tentando alcançá-los e tocá-los.			X
9- Distingue os rostos familiares dos rostos estranhos.	X		
10- Faz uso de várias entonações de voz com a finalidade de comunicar-se.	X		
11- Já se senta com o apoio de um adulto.			X
02 - DOS SEIS AOS NOVE MESES	1	2	3
1- Brinca de jogar os objetos no chão ou de esconde-esconde.			X
2- Reconhece as expressões faciais de raiva, alegria e aprovação das pessoas que o rodeiam <i>não lembra</i>			
3- Solicita ser pego no colo, estendendo os braços ou inclinando seu corpo em direção ao corpo do adulto			X
4- Faz imitações ou gestos simbólicos, como dar adeus.			X
5- Busca consolo quando se machuca.			X
6- Mastiga alimentos sólidos.			X
7- Engatinha.			X
8- Senta-se sozinho.			X
03 - DOS QUINZE AOS DEZOITO MESES	1	2	3
1- Brinca de faz-de-conta com objetos.	X		
2- Compreende o que as outras pessoas querem lhe expressar.	X		
3- Chama pelas pessoas.	X		
4- Beija e abraça o pescoço de quem o segura no colo.	X		
5- Aponta com o dedo para as coisas que quer.			X
6- Mantém-se concentrado nas suas brincadeiras por tempo prolongado		X	
7- Colabora na sua alimentação ajudando com a colher.			X
8- Aceita diferentes tipos de alimentos.	X		
9- Desenvolve-se bem na fala	X		
10- Desenvolve-se bem no andar.			X
04 - DOS VINTE E QUATRO MESES AOS TRINTA MESES	1	2	3
1- Sabe dizer não com a cabeça.		X	
2- Fala seu próprio nome.	X		
3- Constrói frases próprias com várias palavras.	X		
4- Utiliza os pronomes pessoais – eu, tu ou você.	X		
5- Fala enquanto brinca, repetindo cenas vistas ou vividas.	X		
6- Interessa-se por estórias infantis.	X		
7- É capaz de reproduzir, em parte, as estórias infantis que lhe são contadas.	X		
8- Compartilha seus brinquedos com outras crianças.	X		
9- Desenvolve-se bem em suas capacidades corporais através de movimentos como pular, correr, dançar, subir, descer.			X
10- É capaz de ajudar em pequenas tarefas domésticas.		X	
11- Alimenta-se sozinho.		X	

Anexo C

FICHA DE ACOMPANHAMENTO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL

Nome: Menina Presa na Língua Nasc.: 22/03/2005

Data: 19/02/2009

1 - NUNCA 2 - ÀS VEZES 3- SEMPRE

01 – DE ZERO AOS SEIS MESES	1	2	3
A- Até o terceiro mês			
1- Interege com a mãe, através do olhar, enquanto mama.	X		
2- Sorri diante dos rostos dos familiares.			X
3- É responsivo à aproximação das pessoas, buscando-as com os olhos, movimentando os braços e pernas.			
4- Demonstra reconhecer as vozes do pai ou da mãe, através de balbucios, movimentos corporais e choramingos.			X
B- Dos três aos seis meses			
5- Manifesta alegria diante das pessoas (movimentos de pernas, vocalizações).			X
6- Manifesta reações diante de sua imagem no espelho, tentando pegá-la, tocando a si mesmo, apontando para a imagem.			
7- Vocaliza várias sílabas definidas.	X		
8- Percebe os objetos que estão próximos, tentando alcançá-los e tocá-los.			X
9- Distingue os rostos familiares dos rostos estranhos.			X
10- Faz uso de várias entonações de voz com a finalidade de comunicar-se.			
11- Já se senta com o apoio de um adulto.			X
02 - DOS SEIS AOS NOVE MESES	1	2	3
1- Brinca de jogar os objetos no chão ou de esconde-esconde.			X
2- Reconhece as expressões faciais de raiva, alegria e aprovação das pessoas que o rodeiam			X
3- Solicita ser pego no colo, estendendo os braços ou inclinando seu corpo em direção ao corpo do adulto			X
4- Faz imitações ou gestos simbólicos, como dar adeus.			X
5- Busca consolo quando se machuca.			X
6- Mastiga alimentos sólidos.			X
7- Engatinha.			X
8- Senta-se sozinho.			X
03 - DOS QUINZE AOS DEZOITO MESES	1	2	3
1- Brinca de faz-de-conta com objetos.			X
2- Compreende o que as outras pessoas querem lhe expressar.			X
3- Chama pelas pessoas.	X		
4- Beija e abraça o pescoço de quem o segura no colo.	X		
5- Aponta com o dedo para as coisas que quer.			X
6- Mantém-se concentrado nas suas brincadeiras por tempo prolongado			X
7- Colabora na sua alimentação ajudando com a colher.			
8- Aceita diferentes tipos de alimentos.			X
9- Desenvolve-se bem na fala	X		
10- Desenvolve-se bem no andar.			X
04 - DOS VINTE E QUATRO MESES AOS TRINTA MESES	1	2	3
1- Sabe dizer não com a cabeça.			X
2- Fala seu próprio nome.	X		
3- Constrói frases próprias com várias palavras.	X		
4- Utiliza os pronomes pessoais – eu, tu ou você.	X		
5- Fala enquanto brinca, repetindo cenas vistas ou vividas.	X		
6- Interessa-se por estórias infantis.			
7- É capaz de reproduzir, em parte, as estórias infantis que lhe são contadas.	X		
8- Compartilha seus brinquedos com outras crianças.	X		
9- Desenvolve-se bem em suas capacidades corporais através de movimentos como pular, correr, dançar, subir, descer.			X
10- É capaz de ajudar em pequenas tarefas domésticas.			X
11- Alimenta-se sozinho.	X		