



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



*Roberta Moreno da Silva Novo*

**A escuta psicanalítica de crianças em um serviço de atenção  
básica**

**UBERLÂNDIA**

**2019**



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



*Roberta Moreno da Silva Novo*

**A escuta psicanalítica de crianças em um serviço de atenção  
básica**

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.

Área de Concentração: Psicologia

Orientador: Prof. Dr. João Luiz Leitão Paravidini

**UBERLÂNDIA  
2019**



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



*Roberta Moreno da Silva Novo*

## **A escuta psicanalítica de crianças em um serviço de atenção básica**

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: Prof. Dr. João Luiz Leitão Paravidini

### **Banca Examinadora**

Uberlândia, 20 de setembro de 2019.

---

Prof. Dr. João Luiz Leitão Paravidini (Orientador)  
Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia, MG

---

Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Anamaria Silva Neves (Examinador)  
Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia, MG

---

Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup> Elzilaine Domingues Mendes (Examinador)  
Universidade Federal de Goiás/ Regional Catalão- Catalão, GO

---

Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup> Miriam Tachibana (Examinador Suplente)  
Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia, MG

---

Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup> Emilse Terezinha Naves (Examinador Suplente)  
Universidade Federal de Goiás/ Regional Catalão- Catalão, GO

**UBERLÂNDIA**

**2019**

Ficha Catalográfica Online do Sistema de Bibliotecas da UFU  
com dados informados pelo(a) próprio(a) autor(a).

N945 Novo, Roberta Moreno da Silva, 1979-  
2019 A escuta psicanalítica de crianças em um serviço de atenção  
básica [recurso eletrônico] / Roberta Moreno da Silva Novo. - 2019.

Orientador: João Luiz Leitão Paravidini.  
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia,  
Pós-graduação em Psicologia.  
Modo de acesso: Internet.  
Disponível em: <http://dx.doi.org/10.14393/ufu.di.2019.2333>  
Inclui bibliografia.

1. Psicologia. I. Paravidini, João Luiz Leitão , 1961-, (Orient.). II.  
Universidade Federal de Uberlândia. Pós-graduação em Psicologia.  
III. Título.

CDU: 159.9

Bibliotecários responsáveis pela estrutura de acordo com o AACR2:  
Gizele Cristine Nunes do Couto - CRB6/2091  
Nelson Marcos Ferreira - CRB6/3074



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA

## ATA DE DEFESA - PÓS-GRADUAÇÃO

|                                    |  |                 |       |                       |       |
|------------------------------------|--|-----------------|-------|-----------------------|-------|
| Programa de Pós-Graduação em:      | Psicologia   |                 |       |                       |       |
| Defesa de:                         | Dissertação de Mestrado Acadêmico número 334/2019/PGPSI                                    |                 |       |                       |       |
| Data:                              | vinte de setembro de dois mil e dezenove   | Hora de início: | 14:00 | Hora de encerramento: | 16:00 |
| Matrícula do Discente:             | 11712PSI026  |                 |       |                       |       |
| Nome do Discente:                  | Roberta Moreno da Silva Novo   |                 |       |                       |       |
| Título do Trabalho:                | A escuta psicanalítica de crianças em um serviço de atenção básica                         |                 |       |                       |       |
| Área de concentração:              | Psicologia   |                 |       |                       |       |
| Linha de pesquisa:                 | Psicanálise e Cultura  |                 |       |                       |       |
| Projeto de Pesquisa de vinculação: | A constituição do psiquismo e a lógica da ternariedade na formação subjetiva contemporânea |                 |       |                       |       |

Reuniu-se na sala 46, bloco 2C, Campus Umuarama, da Universidade Federal de Uberlândia, a Banca Examinadora, designada pelo Colegiado do Programa de Pós-graduação em Psicologia, assim composta: Professores Doutores: Anamaria Silva Neves - PGPSI/UFU; Elzilaine Domingues Mendes - UFG; João Luiz Leitão Paravidini, orientador da candidata.

Iniciando os trabalhos o presidente da mesa, Dr. João Luiz Leitão Paravidini, apresentou a Comissão Examinadora e a candidata, agradeceu a presença do público, e concedeu à Discente a palavra para a exposição do seu trabalho. A duração da apresentação do Discente e o tempo de arguição e resposta foram conforme as normas do Programa.

A seguir o senhor(a) presidente concedeu a palavra, pela ordem sucessivamente, aos(às) examinadores(as), que passaram a arguir o(a) candidato(a). Ultimeada a arguição, que se desenvolveu dentro dos termos regimentais, a Banca, em sessão secreta, atribuiu o resultado final, considerando o(a) candidato(a):

Aprovada.

Esta defesa faz parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre.

O competente diploma será expedido após cumprimento dos demais requisitos, conforme as normas do Programa, a legislação pertinente e a regulamentação interna da UFU.

Nada mais havendo a tratar foram encerrados os trabalhos. Foi lavrada a presente ata que após lida e achada conforme foi assinada pela Banca Examinadora.



Documento assinado eletronicamente por **João Luiz Leitão Paravidini, Presidente**, em 20/09/2019, às 16:01, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).

---



Documento assinado eletronicamente por **Anamaria Silva Neves, Professor(a) do Magistério Superior**, em 20/09/2019, às 16:03, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).

---



Documento assinado eletronicamente por **Elzilaine Domingues Mendes, Usuário Externo**, em 20/09/2019, às 17:15, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).

---



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [https://www.sei.ufu.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://www.sei.ufu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **1476340** e o código CRC **4C06300E**.

---

**Referência:** Processo nº 23117.073428/2019-88

SEI nº 1476340

*Ao meu filho Lucas com todo  
amor e carinho.*

## **Agradecimentos**

Aos meus pais, João Roberto e Olga, por todo amor e incentivo, por me fazerem amar os livros e os estudos e por sempre esperarem o melhor de mim.

Aos meus irmãos, Rogério e Rafael, por compartilharem comigo tantos momentos bons, pelas brincadeiras de infância e por sempre estarem ao meu lado.

Aos meus amigos queridos, com quem compartilho as alegrias e as inquietações da vida, pelo carinho e pela amizade de tantos anos.

À minha tia Maria, *in memoriam*, com toda sua graça e leveza de viver, por me ensinar a nunca perder a esperança e por ter despertado em mim o interesse pela psicologia.

À Marisa, minha querida analista, por me acompanhar nessa longa travessia e por nunca ter me deixado desistir.

Ao meu orientador, João Luiz, pela escuta atenta, por compartilhar sua sabedoria e especialmente por acreditar em mim, quanto nem eu mesma acreditava.

Aos meus amigos do grupo de pesquisa, em especial Camila, Luma, Rita, Dayeli Bruno, Luiz Márcio e Lucas e a Michelle, por me acolherem, pelo apoio constante neste processo, pelas risadas e discussões.

À Margarete, pelas supervisões e discussões e por compartilhar comigo seus ensinamentos.

Às professoras, Anamaria e Elzilaine, pelas preciosas contribuições em minha banca de qualificação e por acreditarem neste trabalho.

Aos meus professores da Faculdade Pitágoras que tanto me inspiraram, pelos ensinamentos, pela dedicação e carinho.

Às crianças com as quais convivi e trabalhei, que muito me ensinaram, e a quem devo este trabalho.

Minha eterna gratidão a todos que estiveram comigo nesta caminhada.

*“Agora eu era o herói  
E meu cavalo só falava inglês  
A noiva do cowboy era você  
Além das outras três  
Eu enfrentava os batalhões  
Os alemães e seus canhões  
Guardava o meu bodoque  
E ensaiava o rock para as matinês  
Agora eu era o rei  
Era bedel e era também juiz  
E pela minha lei  
A gente era obrigada a ser feliz”*

*João e Maria  
Chico Buarque de Holanda e Sivuca*

## RESUMO

As crianças foram, ao longo da história, relegadas a um segundo plano, a um lugar de silêncio seja na sociedade, nas políticas públicas, nas práticas de cuidados em saúde ou na própria psicanálise. Hoje elas são alvo de diversos discursos e fazeres que visam enquadrá-las, normatizá-las, consertá-las. Deste modo, a escuta psicanalítica com crianças aparece como uma possibilidade de promover uma escuta singular, de subverter a posição das crianças como objeto e tomá-la em posição de sujeito de desejo. Esta pesquisa propõe-se, portanto, analisar as possibilidades de se produzir uma escuta psicanalítica de crianças em um serviço de atenção básica, diante das diversas linhas de forças presentes no contexto institucional e social. Essas linhas de força são compostas por discursos, práticas, éticas, ideais culturais, etc. Para atingir esse objetivo, utilizou-se da psicanálise como referencial teórico e metodológico, especialmente a partir de autores como Vorcaro, Rosa, Moretto, Couto, Serralha. Também foram utilizadas vinhetas clínicas e relatos de experiência, frutos de um trabalho de aproximadamente 3 anos da pesquisadora como psicóloga do Núcleo de Apoio à Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), a fim de sustentar um diálogo com as proposições teóricas psicanalíticas. Nesse percurso, procurou-se discutir a respeito da criação e a estruturação do Nasf dentro da política de Atenção Básica, conforme proposta pelo SUS, e sobre o modo como a criança foi sendo inserida nesses dispositivos. Tratou-se ainda de abordar os ideais da infância e a forma como foram sendo construídos ao longo da história e sobre o quanto as exigências de consertar, curar e normatizar ainda estão presentes nos discursos e nas práticas de cuidado voltados à infância. Buscou-se discutir acerca da escuta analítica e da prática da psicanálise com crianças, pois em uma proposta de escuta para as crianças se faz necessário pensar sobre o modo como entendemos a criança e sobre qual ética se pauta o nosso fazer. Por último, tratou-se da questão da psicanálise na saúde pública e da prática do psicanalista na pólis e que esta deve estar atenta aos contextos e as singularidades dos sujeitos, sempre pautada pela ética da psicanálise, a ética do desejo. Percebeu-se desde modo que a escuta psicanalítica de crianças, apesar das barreiras, se faz possível em um serviço de atenção básica, desde que exista um psicanalista disposto a operar nesse campo, tendo seu fazer pautado na ética da psicanálise e com uma prática implicada com as questões sociais. Constatou-se ainda que para que essa escuta aconteça é preciso que os psicanalistas sejam mais flexíveis e possam dialogar com outros saberes.

**Palavras- chave: psicanálise, infância, saúde pública**

## ABSTRACT

Along the history, children have been relegated to the background, to a place of silence whether in society, public policy, health care practices or psychoanalysis itself. Nowadays they are the target of multiple discourses and actions that aim to frame them, standardize them, fix them. Thus, the psychoanalytic listening with children emerges as a possibility to promote a singular listening, and to subvert the position of children as an object and take them as a subject of desire. This research proposes to analyze the possibilities of producing a psychoanalytical listening of children in a primary health care, therefore the various power lines present in the institutional and social context. These power lines are composed of discourses, practices, ethics, cultural ideals, etc. To achieve this objective, it was used a psychoanalysis as a theoretical reference and methodological specially from authors such as Vorcaro, Rosa, Moretto, Couto, Serralha. Clinical vignettes and experience reports were also used, resulting from the researcher's experience of about 3 years that she worked as a psychologist of the Support Nucleus Family's Healthy (Nasf- AB), in order to sustain a dialogue with the psychoanalytical theoretical propositions. In this way, we tried to discuss about the creation and structuring of the NASF within the Primary Care policy, as it is proposed by the SUS, and about the way the child was inserted in these devices. It was also about addressing the ideals of childhood and how they were built throughout history and how much the requirements to fix, cure and standardize are still present in discourses and care practices that aim the childhood. We sought to discuss about analytical listening and the practice of psychoanalysis with children, because in a listening proposal for children it is necessary to think about the way we understand the child and what ethics is based on our clinical practice. Finally, it was the question of psychoanalysis in public health and the practice of psychoanalyst in the polis and that it must be aware of the contexts and singularities of the subjects, always guided by the ethics of psychoanalysis, the ethics of desire. Thus, it was perceived that the psychoanalytic listening of children, despite the barriers, is possible in a primary care service, provided that there is a psychoanalyst willing to operate in this field, having his doing based on the ethics of psychoanalysis and with an implicated practice with social issues. It was also found that for this listening to happen it is necessary that psychoanalysts are more flexible and can dialogue with other expertise.

**Keywords:** childhood, psychoanalysis, public health

## SUMÁRIO

|  |            |
|--|------------|
| <b>Introdução.....</b>   | <b>10</b>  |
| <b>1. Os Serviços de atenção básica e a estruturação do Nasf .....</b>                             | <b>20</b>  |
| <b>1.1 A atenção básica no Brasil .....</b>  | <b>20</b>  |
| <b>1.2 O surgimento e a implantação do Nasf-AB.....</b>  | <b>22</b>  |
| <b>1.3 A saúde das crianças na atenção básica.....</b>   | <b>28</b>  |
| <b>2. O (Não) lugar da criança.....</b>  | <b>36</b>  |
| <b>2.1 A concepção de infância na modernidade.....</b>   | <b>36</b>  |
| <b>2.2 A atualidade do sofrimento das crianças.....</b>  | <b>38</b>  |
| <b>2.3 Por que não atendemos as crianças?.....</b>   | <b>46</b>  |
| <b>2.4 A criança entre o normatizar, o prevenir e o educar.....</b>                                | <b>49</b>  |
| <b>3. Escuta psicanalítica na clínica com as crianças.....</b>                                     | <b>55</b>  |
| <b>3.1 A escuta psicanalítica.....</b>   | <b>55</b>  |
| <b>3.2 A psicanálise com as crianças.....</b>  | <b>59</b>  |
| <b>3.2.1 <i>Setting</i> analítico.....</b>   | <b>63</b>  |
| <b>3.2.2 Lugar do analista na clínica com as crianças: transferência e desejo do analista.....</b> | <b>67</b>  |
| <b>4. A escuta psicanalítica no serviço público.....</b>   | <b>78</b>  |
| <b>4.1 A psicanálise no serviço público.....</b>   | <b>78</b>  |
| <b>4.2 O psicanalista na pólis.....</b>  | <b>86</b>  |
| <b>4.3 Por uma escuta analítica implicada com as questões sociais.....</b>                         | <b>92</b>  |
| <b>Considerações finais.....</b>   | <b>100</b> |
| <b>Referências.....</b>  | <b>104</b> |

## Introdução

### *O menino que não sabia sorrir*

*Matheus era uma criança franzina de nove anos, tinha um olhar triste, sem vida. Já o havia visto no PSF<sup>1</sup> várias vezes. Matheus estava sempre fazendo exercícios de escrita e leitura com o fonoaudiólogo. Tinha dificuldades para ler e escrever. Eu gostava de dizer um “oi” para Matheus nos corredores, de forma alegre e sorrindo, mas ele só me olhava com um olhar vazio. Matheus continuamente me chamava a atenção: Como seria possível uma criança tão apática, sem vida, com um olhar tão triste e vazio? O que estaria acontecendo com Matheus?*

*Eu sou uma psicóloga e trabalhei junto à equipe do PSF de um município bem pequeno, por mais de três anos.*

*Matheus aparecia nas conversas informais entre os profissionais que o acompanhavam. Esses profissionais diziam que não estavam obtendo resultados com ele e que não percebiam melhoras no trabalho com este paciente. Eu me ofereci para ajudar, mas depois de alguns olhares atravessados me disseram que ele tinha um tipo de distúrbio no processamento auditivo. “Ele ouve, mas não processa as informações como nós, portanto não era um caso para um psicólogo”, foi o que me disseram.*

*Me calei, mas talvez não devesse ter me calado. Tempos depois ele estava se recusando a fazer os exercícios com os outros profissionais e me pediram para falar com ele, para “lhe fazer entender que era importante realizar as tarefas”. Agora tinha problemas de comportamento, seria então caso para um psicólogo!*

*Fui então conversar com Matheus. Ele chega com seu caderninho de exercícios, tento conversar com ele. Ele apenas me responde com uma vozinha fraquinha sem energia, quase se apagando. Sempre perguntava o que queria fazer e ele não dizia, só me olhava, qualquer coisa*

---

<sup>1</sup> PSF – Programa de Saúde da Família

*ele aceitava. Dava sempre um sorrisinho chocho de meio canto de boca.*

*Me contou de sua rotina, na segunda tinha psicopedagogo, na terça fonoaudiólogo, na quarta e na sexta frequentava aulas de reforço, e agora psicóloga também. Lembro-me de dizer: “Nossa você só fica estudando. Que chato! Ele me olhava espantado e eu perguntava: “Você não brinca? De que você gosta de brincar? e novamente com a voz fraquinha dizia que “brincava no celular.”*

*Em um outro dia fomos jogar o “jogo do mico” e Matheus disse que já sabia jogar porque jogava com o psicopedagogo. Ele jogou sem entusiasmo, tanto fazia se ele perdesse ou se ganhasse. Eu ficava provocando-o, dizendo: Vou ganhar, vou ganhar! Ele ficava sem reação, nada parecia lhe mobilizar. Matheus fazia tudo certinho, não faltava, às vezes vinha sozinho para atendimento, ficava sentado esperando ser chamado e entrava com seu caderninho de tarefas.*

*Aquilo estava me incomodando, a brincadeira estava muito sem graça. Em determinado momento escondi, sem que ele visse, minha carta do mico (quem termina com o mico perde, pois, o mico não tem par) e gritei: Ganhei! Ele se assustou porque sabia que se o mico não estivesse com ele certamente estaria comigo. Ele me olhou e não entendeu. Percebeu depois que eu tinha escondido minha carta do mico e soltou uma gargalhada.*

*Foi a primeira vez que eu o tinha visto sorrindo. Algo mudou nas sessões, pois ele começou a fazer graça também e a tentar “roubar no jogo” e me fazer perder. Começamos a inventar novas brincadeiras.*

*Eis que Matheus vai lentamente surgindo, escolhendo suas brincadeiras e uma nova criança vai aparecendo. Descubro que Matheus gosta de Funk, que baixa sozinho jogos em seu celular e que passa madrugadas jogando. Contudo, isso não tinha relevância nas discussões com os outros profissionais que também atendiam o menino.*

*Contei de seu progresso, que ele estava feliz e sorrindo. Esses profissionais me olharam*

*com uma cara de espanto e continuaram dizendo que ele continua escrevendo tudo errado, que ele não melhorou nada. Parece que o que eu percebia no desenvolvimento de Matheus os outros não percebiam.*

*Bom, existem pessoas que ainda não sabem sorrir, outras ainda não conseguem ver!*

Começo com esse pequeno relato para contar um pouco da minha trajetória que resultou na escrita dessa pesquisa.

Trabalhei como psicóloga do Nasf-AB (Núcleo de Atenção à Saúde da Família e Atenção Básica) de um município do interior de Minas Gerais por aproximadamente 3 anos.

O Nasf foi criado em 2008 pelo Ministério da Saúde visando ampliar a resolutividade das Ações da Atenção Básica. Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família se constituem como equipes multiprofissionais que devem atuar apoiando os profissionais da Estratégia de Saúde da Família e das equipes de Atenção Básica. A equipe do Nasf deve atuar de forma a compartilhar saberes em Saúde, buscando auxiliar as equipes no manejo e resolução de problemas, agregando práticas na Atenção Básica. O Trabalho do Nasf se orienta pelo referencial teórico metodológico do apoio matricial. Esse apoio matricial acontece através do compartilhamento de problemas e troca de saberes e práticas entre os diversos profissionais (Brasil, 2014).

Devido a muitas questões que venho a discutir posteriormente nesta pesquisa, o trabalho dos profissionais do Nasf era, na maior parte das vezes, voltado a um atendimento ambulatorial, com consultas individuais ou em grupo, agendados previamente, sendo encaminhadas pelos profissionais da atenção básica.

O Nasf fica sediado em um dos PSF do município, contava com uma psicóloga, uma fisioterapeuta, uma nutricionista, uma fonoaudióloga e uma assistente social. A assistente social era a única da saúde e ficava na maior parte das vezes realizando liberação de pedidos de exames

e visitas domiciliares, praticamente não atuava em conjunto com o Nasf. Existia outra fisioterapeuta que atuava no município na área da saúde e também outra nutricionista para as escolas. Com relação à psicologia, eu era a única psicóloga que respondia pela saúde, com uma carga horária de 20 horas semanais, tinha que atender toda a demanda que chegasse, da saúde das escolas até mesmo deliberações de juízes, oferecendo atendimentos psicológicos para crianças ou famílias em situação de risco. Existiam outras psicólogas que atuavam no município, mas trabalhavam na Assistência Social em programas como o CRAS (Centro de Referência de Assistência Social).

O município em questão é bastante pequeno, possui bem menos do que 10.000 habitantes. Existem apenas 4 PSF na região, sendo 2 na zona rural e 2 na zona urbana. A atividade econômica é predominantemente rural composta de lavouras de café, soja, cana de açúcar e hortifrutigranjeiros. Praticamente a metade da população vive na área rural, que representa a maior parte do território deste município, que por sinal é bastante extensa.

As pessoas frequentam praticamente os mesmos locais de lazer da comunidade, pessoas com melhores condições financeiras saem para outras cidades vizinhas. São tradicionais as festas nas igrejas e toda a comunidade participa. Apesar de muita pobreza, e de existir um grande número de imigrantes das regiões do norte de Minas Gerais, Ceará, e Bahia, (que vêm em busca de melhores condições de vida e trabalho nas lavouras), não existem pessoas em situação de rua, exceto um senhor com transtornos mentais, mas que toda a comunidade o ajuda, ele toma café, se alimenta e toma banho em famílias da comunidade e tem quem o ajuda com a medicação. A comunidade sempre se mobiliza quando uma família está passando por necessidades e a assistência social consegue atender a população mais carente.

Com relação à saúde o PSF é praticamente a única via de acesso da população à saúde. Existe um hospital, para urgências e emergências, que funciona no mesmo prédio do PSF e são praticamente os mesmos profissionais que trabalham lá. É uma cidade onde não nascem bebês,

não é feito nenhum tipo de procedimento mais invasivo, ou cirurgias, esses casos são sempre encaminhados para cidades vizinhas. Não existem CAPS, nem APAES, ou outras instituições de saúde. A população tem um vínculo grande com a equipe de saúde, a maioria dos profissionais são do município.

É uma cidade acolhedora, tem sempre um “cafezinho” para as visitas e não pode faltar o pão de queijo para “prosear”. As notícias “correm rápido”, sejam elas boas ou não. As pessoas, especialmente as mais idosas, ainda passam grande parte do tempo sentadas à porta de suas casas “vendo a vida passar”. É um lugar onde a vida parece “correr mais devagar”.

As crianças frequentam a mesma escola que é pública, independente da classe social. Apesar de toda a modernidade, brincam nas ruas e nas praças, saem de casa sozinhas, andam de bicicleta pela cidade, frequentam a escolinha de futebol.

Venho de uma formação anterior através de uma Residência Multiprofissional em Saúde Mental. Experiência muito rica, mas difícil. Estar diante de muito sofrimento, desenvolver um trabalho multiprofissional, tentar levar uma escuta diferente dos discursos circundantes não é tarefa fácil.

Nesse meio a psicanálise era muito criticada, pelo seu não entendimento, por uma visão do senso comum, por ser vista como uma prática clínica (clínica entendida como uma prática elitizada, com divã, altos pagamentos, atendimentos individuais, tratamento demorado). Apesar disso, pude encontrar muitos psicanalistas, para minha felicidade, atuantes em seus meios e que contribuíram muito com o meu aprendizado.

Após essa experiência iniciei meu trabalho nesse município em questão. No início me angustiava muito, tinha muitas perguntas, me sentia culpada por acabar fazendo atendimentos individuais. Era difícil conciliar o discurso da saúde mental, da saúde coletiva com o da psicanálise. Ficava me questionando se o que eu fazia era mesmo psicanálise.

Contudo foi no meu encontro com as crianças que pude ter algumas respostas. Esses

atendimentos foram muito significativos para mim. Elas tinham as respostas que muitas vezes eu não tinha e foram elas que me mostraram o quão importante era esse trabalho.

Durante minha atuação nesse município foi surgindo uma situação curiosa. A demanda para atendimentos de crianças era muito grande e começou a aumentar. Especialmente após ter sido convidada por uma amiga, que é diretora de um Centro de Educação Infantil da rede pública, para falar com os pais sobre os processos de adaptação na creche. Após esse acontecimento, muitos pais me procuraram pedindo ajuda para seus filhos, com dificuldades de aprendizagem, de adaptação e de comportamento. Além disso, a própria instituição, ao ver em mim uma possibilidade de ajuda, encaminhou várias crianças.

Deste modo começaram a surgir muitas crianças para atendimentos e fui me encontrando nesta prática. Elas me mostraram que o que eu fazia era importante e que lá era o lugar delas. Me recordo de uma situação em que a mãe de uma paciente que eu já atendia há um tempo havia ameaçado tirar a criança do tratamento se ela não se comportasse como ela queria e essa menina muito frustrada me disse: “Roberta, eu não quero parar de vir aqui porque eu sei que aqui é o meu lugar”. Nunca tinha lido dito com palavras que lá era o lugar dela e essa fala me marcou muito.

O tema infância sempre me causou apreço, desde a graduação já vinha participando de cursos e grupos de estudo sobre a infância e, ao me deparar com essa demanda em minha prática, foi se impondo para mim como algo que precisava de novas conjecturas. Fazia-se necessário, portanto, pensar sobre a infância e sobre a prática da psicanálise com crianças.

A Psicanálise com crianças sempre nos lança ao inesperado, nos desafia. Temos que brincar, desenhar, contar histórias. Elas se comunicam de forma diferente do adulto. Fazem perguntas íntimas, ou permanecem em silêncio. É preciso sempre inventar.

No início desta pesquisa comecei a me interrogar mais sobre a psicanálise com as crianças e me interessava a relação do analista com a criança, a questão da transferência.

Acreditava que algo especial havia nesta relação. Contudo, com os estudos, com as supervisões e as discussões no grupo de pesquisa foram surgindo questões muito importantes sobre o ideal da infância, sobre como os discursos e as práticas revelavam uma forma de entender a infância e fazia-se necessário interrogar tais pontos. A maneira como a psicanálise entende as situações, muitas vezes era muito diversa da maioria dos profissionais.

Além do mais, nosso país enfrenta um importante problema de desigualdade social que impossibilita o acesso à maioria da população aos serviços de psicologia e psicanálise. Goidanich (2001) coloca que existe uma grande demanda que não chega aos consultórios particulares e que essa demanda se beneficiaria muito com a inserção da psicanálise na rede pública. Essa inserção parece ser um caminho possível de ser trilhado, desde que exista um interesse por parte das políticas públicas de saúde e dos próprios psicanalistas que, para isso, precisam se afastar de uma postura rígida e se desprender de suas próprias resistências.

Freud, em 1918, em *Linhas de Progresso em terapia psicanalítica* já previa como necessária e possível a psicanálise na saúde pública, lembrando que a psicanálise naquela época ainda não tinha um vasto alcance e deveria existir uma forma de levar a psicanálise a todas as camadas da população de forma gratuita. Para Freud caberia aos futuros analistas desenvolver a técnica para alcançar um maior número de pessoas.

No entanto, qualquer que seja a forma que essa psicoterapia para o povo possa assumir, quaisquer que sejam os elementos dos quais se compoem, os seus ingredientes mais efetivos e mais importantes continuarão a ser, certamente, aqueles tomados à psicanálise estrita e não tendenciosa (Freud, 1918 [1990], p.181).

Conforme Barreto (1999), existe um distanciamento entre a psicanálise e as classes menos favorecidas. Alguns psicanalistas argumentam que a psicanálise, por suas características, estaria ao alcance de poucos e que, ao ampliar esse alcance, levaria a uma degradação da psicanálise. O autor acredita que é necessário conciliar o rico acervo psicanalítico e as particularidades de determinada realidade sócio econômica e cultural e que, seria justamente

nesse ponto, em que deveria aparecer a capacidade criativa e conciliadora da psicanálise.

No Brasil a saúde pública é organizada através do Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS é um dos maiores e mais complexo sistema público de saúde, conquista da população, fruto de amplo debate e de movimentos populares. Um dos pilares do SUS é a atenção básica, quem tem foco na promoção e prevenção de saúde.

Nesse sentido, a atenção básica surge como potencialidade no Sistema Único de Saúde, por ter como foco de ação a família e por acontecer no território, e desde modo promover maior vínculo entre os profissionais de saúde e os usuários do serviço.

Devido a todo o potencial de ação da atenção básica e sua importância no sistema público de saúde propomos um questionamento: como oferecer um lugar de escuta para as crianças, na atenção básica, diante de todos os atravessamentos presentes no contexto institucional e social?

Portanto, esta pesquisa tem por objetivo analisar as possibilidades de se produzir uma escuta psicanalítica de crianças em um serviço de atenção básica, diante das diferentes linhas de forças presentes no contexto institucional e social. Cabe ressaltar que tais linhas de forças são compostas de discursos, práticas, éticas, culturas, etc., tais como encontrados na medicina ou psicologia baseada em evidências, nos ideais da infância na contemporaneidade, nos discursos pedagógico ou moral, tão presentes nos tratamentos em saúde pública.

A noção de linhas de força é foucaultiana. Para Deleuze (1990), Foucault define um dispositivo como um conjunto de linhas de diversas naturezas. Estas linhas aproximam-se, afastam-se, ramificam-se ou podem se quebrar. As linhas não apenas compõem o dispositivo, elas o atravessam. Os dispositivos são compostos por linhas de visibilidade, linhas de enunciação, linhas de força e linhas de dessubjetificação. As linhas de força são relacionadas à dimensão de poder e vão de um ponto a outro nas linhas de visibilidade e de enunciação e retificam as curvas dessas linhas, tiram tangentes, cobrem seus trajetos, são invisíveis e

indizíveis.

Para Foucault (1984) um dispositivo é, portanto, definido como:

um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito e o não dito são os elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode estabelecer entre estes elementos (Foucault, 1984, p. 244).

Entendemos, portanto, que as linhas de força são aquelas relacionadas com a dimensão de poder e criam jogos estratégicos de saber sobre as práticas e os discursos que compõem um dispositivo.

Deste modo, para responder a esses questionamentos, realizamos uma pesquisa bibliográfica cujo referencial teórico foi a psicanálise, norteadas por autores como Vorcaro, Rosa, Moretto, Couto, Serralha. Ao longo desse trabalho, utilizei relatos da minha experiência de trabalho, discussões e vinhetas da clínica que se fizeram importantes. Eles são fruto de um trabalho de aproximadamente 3 anos como psicóloga do Núcleo de Apoio à Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB). Estes relatos tiveram o intuito de sustentar e enriquecer as discussões levantadas neste estudo. Em muitos momentos nos quais a escrita se paralisava, era através desses relatos que conseguia continuar e dar luz ao presente trabalho. Assim sendo, entendo que eles também serão importantes para o leitor pensar sobre todas as questões que incidem em um fazer sobre a infância.

Nesse sentido seguimos o seguinte percurso metodológico. Primeiramente discutimos de forma sucinta sobre a criação e a estruturação do Nasf, dentro da noção de Atenção Básica proposta pelo SUS. Apontamos as dificuldades desse dispositivo que deve voltar suas atividades para a prevenção e promoção de saúde, atuando junto a uma equipe de atenção básica. Existe um longo caminho a percorrer entre as propostas da lei e a sua efetivação na prática, considerando a realidade e contextos diferentes dos municípios.

No segundo capítulo tratamos sobre como os ideais da infância foram sendo construídos

ao longo da história e quais forças se fizeram presentes. Percebemos o quanto o ideal de consertar, curar, normatizar estão presentes nos discursos e nas práticas de cuidado voltados à infância e como as propostas de lei para a saúde mental da criança e dos adolescentes demoraram para avançar.

Posteriormente se fez necessário discutir sobre a escuta analítica e sobre a prática da psicanálise com crianças e do quanto esta última ainda é alvo de polêmicas e debates. Em uma proposta de escuta para as crianças se faz necessário pensar sobre o modo como entendemos a criança e sobre qual ética se pauta nosso fazer.

Por último, tratamos da questão da psicanálise na saúde pública e sobre a prática do psicanalista na pólis que deve estar atenta aos contextos e as singularidades dos sujeitos, sempre pautada na ética da psicanálise, na ética do desejo.

## **1. Os serviços de atenção básica e a estruturação do Nasf**

Neste capítulo pretendemos apresentar, em linhas gerais, como foi sendo implantado o Nasf dentro da estrutura dos serviços de atenção básica, pensando dentro do contexto de um município de pequeno porte. Entendemos que a atenção básica é muito importante por ser onde majoritariamente acontece, ou deveria acontecer, o primeiro contato da população com os serviços de saúde, e em alguns casos pode ser praticamente a única via de acesso da população às instituições de saúde.

### **1.1 A atenção básica no Brasil**

De modo geral, a gestão dos serviços em saúde está organizada em níveis de atenção. São estes: atenção básica ou primária, atenção secundária ou intermediária e a atenção terciária ou de alta complexidade (Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais [SES] 2019).

A Atenção Básica (AB) se constitui como o primeiro nível de atenção em saúde e é conhecida como sendo “porta de entrada dos usuários” aos serviços de saúde. Sua principal característica é ocorrer no território, onde a população já tem um vínculo maior com os profissionais de saúde, e esse cuidado pode acontecer de forma a considerar melhor o contexto da população (Brasil, 2012).

A atenção secundária é constituída pelos serviços especializados em nível ambulatorial ou hospitalar, com densidade tecnológica intermediária entre a atenção primária e a terciária. Compreende os serviços médicos especializados de apoio diagnóstico e terapêuticos e os serviços de atendimento de urgência e emergência. Já a atenção terciária é composta por terapias e procedimentos de elevada especialização e organiza também os procedimentos de alta tecnologia e/ou alto custo (SES, 2019).

A atenção básica é um eixo estruturante do Sistema Único de Saúde (SUS) e, no Brasil,

a AB é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. Ela deve ser o contato preferencial dos usuários e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde (Brasil, 2012).

Durante a implementação do SUS (Sistema Único de saúde), diversas experiências de cuidado e programas foram precursores da estruturação da rede de atenção básica no Brasil. Dentre eles, destacam-se na década de 1990, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991 e o Programa de Saúde da Família (PSF) criado em 1994.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) foi criada em 2006, revisada em 2011 e, recentemente, em 2017 foi reformulada com a Portaria nº 2.436 de 21 de setembro. A PNAB considera os termos Atenção Básica (AB) e Atenção Primária (AP) como equivalentes e define no Art. 2 a atenção básica:

A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (Portaria nº 2.436, 2017).

A Portaria assegura que a atenção básica será ofertada de maneira gratuita e integralmente aos usuários, conforme suas necessidades e demandas do território, sendo proibida qualquer forma de exclusão. Destaca ainda que a atenção básica constitui a principal porta de entrada e centro de comunicação da rede, sendo coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços (Portaria nº 2.436, 2017).

Considerando a diversidade e a complexidade das situações com as quais a AB precisa lidar a PNAB prevê o trabalho em equipe multiprofissional com ações compartilhadas (Brasil, 2017).

A atenção básica é o nível de atenção prioritária do SUS. É impossível promover a saúde de forma integral sem a atenção básica. Ela possui um grande potencial de ação devido ao

vínculo que existe entre os profissionais de saúde e a população, pelo trabalho multiprofissional e por ter seu foco na família em seu contexto social e cultural.

## **1.2 O surgimento e a implantação do Nasf-AB**

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) constitui-se como um dispositivo estratégico para a melhoria da qualidade e da resolutividade da atenção básica. Ele foi criado em 2008 pelo Ministério da Saúde, através da Portaria nº 154, visando apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da Família (ESF) nos serviços. Os Nasf são compostos por uma equipe multidisciplinar e interdisciplinar formada por categorias de profissionais de saúde complementares às equipes da atenção básica (Brasil, 2014).

O Nasf tem dois públicos alvos de forma direta: as equipes de atenção básica e os usuários em seus contextos de vida. Ele deve organizar seu trabalho de modo a priorizar o atendimento compartilhado e interdisciplinar, privilegiando a troca de conhecimentos e a responsabilização mútua. O Nasf pode atuar ajudando as equipes na análise e na proposição de soluções conjuntas, ou diretamente realizando ações clínicas ou coletivas com os usuários de modo integrado e corresponsável e ainda pode, e deve, auxiliar na organização do processo de trabalho das equipes. Assim, suas ações abrangem tanto a dimensão clínica e sanitária quanto a pedagógica (Brasil, 2014).

O principal ponto de atuação das equipes Nasf é como matriciadora que visa dar suporte assistencial e técnico-pedagógico para as equipes de referência. O apoio matricial se constitui através de um conjunto de profissionais que devem prestar apoio as equipes de referência. O apoio matricial se estabelece através de duas dimensões de suporte: assistencial e técnico-pedagógico. A dimensão assistencial vai produzir uma clínica direta com os usuários e a dimensão técnico-pedagógica vai gerar apoio educativo para a equipe. Assim, a equipe Nasf se constitui como uma retaguarda especializada para as equipes de atenção básica (Brasil, 2009).

O Nasf abrange nove áreas estratégicas. São elas: saúde da criança/do adolescente e do jovem; saúde mental; reabilitação/saúde integral da pessoa idosa; alimentação e nutrição; serviço social; saúde da mulher; assistência farmacêutica; atividade física/ práticas corporais; práticas integrativas e complementares (Brasil, 2009).

Cabe destacar que segundo a portaria nº 154 os Nasf não se estabelecem como porta de entrada e devem atuar de modo conjunto com as redes de saúde a partir de demandas identificadas em conjunto com as equipes de saúde da Família. Enfatiza ainda que, os Nasf não se constituem como serviços com unidades físicas independentes e não são de livre acesso para atendimento individual ou coletivo. Eles devem estabelecer seu trabalho a partir das necessidades das pessoas de seu território e das dificuldades de todos os profissionais que atuam na atenção básica (Portaria nº 154, 2008).

A portaria sugere que, devido a epidemiologia dos transtornos mentais, o Nasf tenha pelo menos um profissional de saúde mental. Portanto, uma das frentes de ações dos Nasf-AB é a saúde mental, visando apoiar e instrumentalizar as equipes para o cuidado em saúde mental na atenção primária (Portaria nº 154, 2008).

Com a aprovação da nova Política de Atenção Básica (PNAB) por meio da portaria 2.436 de 2017 os Núcleo de Apoio à Saúde da Família passam a ser chamados de Núcleo de Atenção à Saúde da Família e Atenção Básica Nasf-AB (Portaria nº 2.436, 2017).

Entretanto, apesar de haver se passado mais de dez anos da criação dos Nasf, esse programa ainda encontra diversas barreiras e ainda não consegue atuar em toda sua potencialidade. Ainda existem profissionais e usuários que desconhecem o programa, apresentando muitas dúvidas sobre a atuação do programa na realidade prática.

Campos (2016) relata que participou e deu apoio na fase de implementação dos Nasf no país, o que lhe possibilitou diversas experiências. O autor coloca que em alguns municípios os profissionais do Nasf atuavam como consultores, utilizando modalidades restritas do modelo

de interconsultas, e em outros municípios agiam sobre os determinantes sociais dos problemas de saúde com estratégias de promoção de saúde. Nesses dois casos observou que haveria uma subestimação e até mesmo uma interdição para o trabalho clínico, geralmente em nome do trabalho coletivo, além do mais, nessas situações o núcleo de formação do profissional não importava mais e, todos se transformavam em “sanitaristas”.

Campos (2016) assinala que em outros municípios, especialmente onde os profissionais estavam abandonados à própria sorte, com pouco investimento da gestão, havia uma tendência para funcionamento parecido com os ambulatórios, onde cada profissão trabalhava com atendimentos individuais ou em pequenos grupos e a ligação entre os profissionais era apenas burocrática, através de encaminhamentos em formulários. O autor também observou situações onde os profissionais do Nasf se colocavam como “supervisores” das equipes de saúde da família.

No município onde trabalhei, o Nasf inicialmente foi implantado sem muita atenção por parte da gestão. Os profissionais atuavam em um prédio isolado, realizando atendimentos clínicos, através de encaminhamentos informais de outros profissionais. Quase não havia diálogo entre os profissionais, salvo algumas reuniões de equipe, geralmente mais focadas em processos de gestão de trabalho.

Não existia grande conhecimento nem da gestão e nem dos outros profissionais de saúde, de como era ou deveria ser o trabalho do Nasf. Posteriormente, com novos profissionais atuando no Nasf e devido às exigências da Secretaria Regional de Saúde do estado algumas mudanças começaram a ser implantadas. Foram realizadas reuniões com os enfermeiros responsáveis pelas unidades de saúde, e reuniões com as equipes de saúde. Contudo, essas mudanças eram, em grande parte das vezes, entendidas apenas como uma formalidade e a maioria desses gestores não participavam dessas reuniões ou se sentiam intimidados com as cobranças para essa participação e alegavam que tinham muito trabalho ou coisas “mais

importantes” a serem resolvidas em suas unidades.

Outra mudança importante foi a mudança do local de atuação do Nasf. Foram cedidas salas de atendimentos individuais aos profissionais do Nasf dentro de uma das unidades básicas de saúde do município. Fato esse que gerou, de início, muita resistência dos profissionais destas unidades, por questões, entre outras, como a falta de espaço e a organização do trabalho, por aumentar o fluxo de pacientes nesta unidade.

O Nasf foi implantado como sendo algo à parte da atenção básica e não era visto como apoio aos profissionais. As atividades propostas pela equipe do Nasf eram entendidas como uma tarefa a mais para a equipe. Geralmente, o Nasf realizava as atividades de modo isolado, sem o envolvimento da equipe.

Existia muita falta de informação sobre as funções do Nasf. Já aconteceram situações onde presenciei os gestores de saúde dizerem que era para darmos prioridade aos atendimentos individuais, pois era o que a população cobrava.

Com o passar do tempo, alguns profissionais foram percebendo a importância do Nasf e a gestão, na medida que a população foi gostando dos atendimentos, começou a dar mais visibilidade e incentivo aos trabalhos desses profissionais. Contudo, também pude perceber muita rivalidade entre os profissionais, como se o Nasf viesse para “mandar” ou viesse tirar” o lugar da equipe de saúde”. Assim, mesmo com a proximidade física, os grupos permaneciam isolados dentro das unidades. Disputa por materiais básicos, por espaço, rivalidade por diferenças salariais por diferenças nas cobranças e nas atividades e horários de trabalhos diversos.

Tinha muita cobrança, por parte das Secretaria Regional de Saúde do Estado, para que o Nasf não realizasse mais atendimentos individuais, mas era apenas uma cobrança de forma vertical, sem ajudar os profissionais a pensar em soluções e sem ouvir o que tínhamos para falar e por outro lado, uma equipe que continuava a fazer encaminhamentos atrás de

encaminhamentos para atendimentos individuais. A população cobrando atendimentos e uma gestão que não dava suporte necessário as equipes. Também existia muita exigência por parte dos gestores pela produtividade. Nas discussões não importava se o trabalho foi produtivo, mas no fim o que interessava era conseguir atingir um maior número de pessoas, sem se importar para que, e o quanto isso repercutia publicamente.

Entretanto, vejo potencialidades no serviço, à medida que a população vai conhecendo o trabalho, tem acesso a um outro tipo de cuidado começa a cobrar e os profissionais começam a perceber a importância do apoio do Nasf.

Campos (2016) observa que o desafio dos Nasf é atuar de forma integrada, combinando diversas estratégias distintas, conforme a situação, tendo como norte uma visão ampliada de saúde:

(...) o desafio para as equipes do Nasf seria o de operarem em todas essas dimensões, reformulando-as radicalmente ao integrá-las com a lógica de uma visão ampliada da produção de saúde. Conforme o caso, de acordo com as circunstâncias e fase do processo, conforme os riscos e problemas de saúde no território em questão, os profissionais do Nasf precisam utilizar tanto recursos da clínica quanto ações de saúde coletiva (Campos, 2016, p. 41).

Campos (2016) ressalta que o apoio matricial necessita de um importante grau de autonomia, pois é necessário desenvolver projetos e trabalhar no território. O controle e a burocracia, por meio de protocolos enrijecidos, atrapalham a eficiência e a efetividade. As equipes devem se organizar de maneira “plástica”, e “precisam se manter abertas ao singular. Cada situação exigirá uma combinação específica dessas distintas estratégias” (Campos, 2016, p. 41).

A proposta do Nasf é inovadora e vem se desenvolvendo ao longo do tempo, contudo, o que vemos na prática ainda difere muito do proposto. Pensar no Nasf é pensar em uma nova forma de produzir o cuidado em saúde. O trabalho em equipe, o apoio matricial são questões que ainda precisam ser bastante trabalhadas, é difícil que elas aconteçam se a equipe tem uma visão fragmentada do indivíduo e onde cada um permanece atuando de forma isolada.

É importante lembrar que nem todos os profissionais, que estão em serviço estão preocupados com a população, ou em fazer seu trabalho da melhor forma, ou têm condições para assim fazê-lo. Alguns, por motivos diversos, estão ali apenas pelo salário, estão alocados de outras áreas, não gostam desse trabalho, foram mudados de atividade devido a questões políticas. Sem falarmos das condições de trabalho e salários, da formação que tiveram, da falta de uma formação continuada, das constantes cobranças e da falta de cuidado para com estes profissionais.

Outros servidores são efetivos e estão na prefeitura há muitos anos e ganham até mais que alguns gestores e não aceitam a cadeia de comando. Os gestores não gostam muito de cobrar dos funcionários um melhor desempenho pois, por questões políticas, não desejam entrar em atritos, cada um acaba fazendo o seu trabalho da forma que lhe convém. Muitos gestores estão no cargo apenas por apoio político à atual administração e são de outras áreas ou têm outras experiências. Todas essas questões acarretam dificuldade de colocar em prática um trabalho multidisciplinar e de alinhar os saberes e as práticas.

No início do meu trabalho me angustiava muito. Venho de uma formação em saúde coletiva e estava atuando praticamente com atendimentos clínicos de forma individual e me sentia muito culpada. Apesar de ver e entender que existia muita demanda para esse tipo de atendimento e saber que o que fazia era importante, mesmo assim não sabia como justificar.

Couto (2003) fala dessa “tensão” no campo das políticas públicas em saúde mental para crianças e adolescentes e a clínica. Ressalta que o trabalho com esses sujeitos tem mostrado “a necessidade de manter viva uma permanente tensão entre o geral e o particular, entre o cuidado de todos e o tratamento de cada um, um a cada vez” (Couto, 2003, p. 197) e argumenta:

Por isso, a meu ver, esta tensão. A política é dura, é para todos e não pode ceder disto, ela é universalista. A clínica é delicada, minimalista, é para um de cada vez, é singular e não pode, igualmente, ceder disto. Dessa forma, o campo da saúde mental é tenso e complexo, por princípio. A tensão entre o geral e o singular deverá ser nossa bússola, sinalizando que qualquer hegemonia de uma das vertentes indicará a perda de rumo e, conseqüentemente, a necessidade de retomá-lo (Couto, 2003, p. 197).

Segundo Fernandes (2013), a psicanálise e as ações humanizadoras e universalistas propostas pelo SUS precisam dialetizar entre si. A psicanálise aponta para a singularidade dos sujeitos e é importante que as dimensões sociais e subjetivas sejam incorporadas às terapêuticas. Para a autora, as ações e estratégias das equipes de atenção básica estão orientadas no saber epidemiológico e, deste modo, as demandas são definidas a priori, o que tende a acarretar a burocratização do processo e das relações de equipe, limitando o protagonismo dos profissionais. Além disso, a formação das equipes ocorre, em sua maioria, em hospitais e prontos-socorros onde a preservação da vida é o mais importante, deixando para um plano secundário o diálogo e a troca de saberes e a disposição para a escuta de problemas que não fazem parte do campo orgânico.

Deste modo, a política é para todos, mas a clínica atua na singularidade, com uma ética que favorece a diferença. O “para todos” é importante para o planejamento, para a alocação de recursos. Contudo, não deve ser uma barreira para que o cuidado na singularidade também aconteça, é necessário levar em conta o caso a caso e o contexto onde as pessoas vivem.

### **1.3 A saúde das crianças na atenção básica**

Faz-se importante, nesse momento, pensarmos de que forma a atenção e o cuidado em saúde para as crianças foram se estabelecendo nas políticas públicas e sendo absorvidas nas práticas de atenção e cuidado para essa população.

Com relação à saúde da criança, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) em 2015 com a Portaria nº 1.130, a qual

sintetiza de maneira clara e objetiva os eixos de ações que compõem a atenção integral à saúde da criança. O documento aponta estratégias e dispositivos para a articulação das ações e dos serviços de saúde, a fim de facilitar sua implementação pelas gestões estadual e municipal e pelos profissionais de saúde (Brasil, 2018).

A PNAISC se organiza a partir das redes de atenção à saúde e de seus eixos estratégicos, onde a AB configura-se como coordenadora do cuidado à criança e ponto central desse processo. Dentre os eixos estratégicos destacam-se: aleitamento materno e alimentação complementar saudável; promoção e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento integral; atenção a crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas; atenção à saúde de crianças com deficiência ou em situações específicas e de vulnerabilidade; vigilância e prevenção do óbito infantil, fetal e materno (Brasil, 2015).

Porém, a implementação dessa política na prática ainda atravessa barreiras. Segundo Damasceno et al. (2016), os serviços de atenção primária à saúde são heterogênicos e as questões essenciais ao atendimento da criança necessitam de mudanças estruturais e processuais nos serviços a fim de melhor planejar e executar ações.

Damasceno et al. (2016) demonstram, a partir de alguns estudos, que apesar dos progressos e de ampliar a oferta de serviços, a atenção básica não tem alcançado resolutividade necessária a esse nível de atenção. Muitas vezes o cuidado da criança na atenção básica ainda está pautado por um modelo biomédico, onde o profissional detém o saber e a família é um mero receptor de informações.

O Nasf tem como uma das frentes de trabalho a atenção integral à saúde da criança. Cabendo ao Nasf discutir com as equipes vinculadas o planejamento de ações de saúde da criança. Estão aí incluídas ações de promoção da saúde integral da criança, promoção, proteção e incentivo ao aleitamento materno, atenção à saúde do recém-nascido, prevenção da violência e promoção da cultura de paz, além de investigação de óbitos infantis (Brasil, 2009).

O que tenho percebido no município onde trabalhei é que as crianças ficam praticamente fora da atenção básica. Existe uma cultura muito forte na região de que quem cuida da criança tem que ser o especialista. A puericultura<sup>2</sup>, que na atenção básica, poderia ser realizada pelo enfermeiro do PSF ou pelo médico da atenção básica é realizada pelo pediatra, pois os pais não aceitam que a criança seja acompanhada por outros profissionais, pois consideram que o melhor acompanhamento seria feito pelo especialista.

Deste modo, as crianças menores são atendidas pelos pediatras que se encontram na atenção secundária, no hospital. Não há comunicação da atenção secundária com a primária, não tenho notícias se é realizado algum tipo acompanhamento precoce de agravos na saúde mental da criança, e se ele é realizado esse trabalho não passa pela atenção básica. As crianças maiores até passam por médicos e outros cuidados na atenção básica, mas o que percebi é que elas chegavam até a psicologia muito mais por intermédio da escola.

Existem programas de vacinação, aleitamento materno, saúde bucal, mas são mais específicos, não existindo um trabalho multiprofissional efetivo nesses campos. Temos também o trabalho do Programa Saúde na Escola (PSE), um programa governamental que visa integrar saúde e educação, e os profissionais de saúde realizam atividades de promoção e prevenção nas escolas da região.

Acompanhei algumas atividades que eram, em sua maioria, mais pontuais como palestras, pesagem e medidas das crianças, aplicação de flúor. No entanto, em uma dessas atividades, o fonoaudiólogo do Nasf estava realizando um trabalho interessante onde ia à escola semanalmente realizar atividades de prevenção e estímulo com as crianças. Foi um trabalho elogiado pelos pais e muito bem acolhido pelas escolas. Entretanto, por tomar muito tempo do profissional e por ser visto como de menor valor, a gestão resolveu reduzir essas atividades para

---

<sup>2</sup> A puericultura na Atenção Básica é uma prática de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança nos primeiros 24 meses de vida. Na estratégia de Saúde da família a puericultura é geralmente desenvolvida pelo médico da atenção básica ou pelo enfermeiro do PSF.

sobrar mais tempo para os atendimentos clínicos, entendidos como mais importantes. Parece que a prevenção e a promoção se tornam uma questão secundária, de menor valor. Ainda prevalece na cultura, nos discursos e nas práticas uma visão fragmentada do cuidado em saúde.

Percebemos que nem sempre a atenção básica atua, especialmente no que se refere à criança, tendo seu foco na atenção e promoção da saúde. Sabemos da importância que existe para atender essa demanda, de um trabalho multiprofissional, focado na visão da criança de forma integral e contextualizado. As motivações para essas barreiras são muitas, e não cabe no objetivo deste trabalho, neste momento.

Historicamente as ações voltadas para a infância e a adolescência estavam atreladas a um ideário de proteção que levou à construção de um modelo de assistência que tende a institucionalização, além de uma concepção segmentada das crianças e adolescentes. No início do século XX, com a crescente preocupação com as crianças e adolescentes que representavam o futuro da nação, foram engendradas um conjunto de medidas pautadas na lógica higienista e de inspiração normativa e jurídica que levaram a uma expansão da oferta de instituições fechadas para o cuidado de crianças em sua maioria sob a tutela do campo filantrópico. Como resultado desse longo processo de assistência à criança e ao adolescente, temos por um lado a institucionalização do cuidado e, por outro, a criminalização da infância pobre (Brasil, 2005).

Tradicionalmente as políticas públicas foram marcadas pelo controle do Estado sobre os indivíduos e por um modo de assistência construído tendo por base a institucionalização na busca pela garantia da proteção social (Brasil, 2014).

No que se refere à saúde mental, pode-se assinalar que no Brasil a lacuna existente no setor público, para a atenção e o cuidado com as crianças e adolescentes, favoreceu o fortalecimento de instituições totais que não priorizam ações e terapêuticas direcionadas a uma atenção integral e para a reinserção familiar, social e cultural. Esse vazio no setor público aliado a falta de uma diretriz para instituir o cuidado para crianças e adolescentes foi preenchido por

instituições, em grande parte, de natureza privada e/ou filantrópicas (Brasil, 2005).

Segundo Couto (2012), pode-se afirmar que até o final do século XX não existia uma política de saúde mental para crianças e adolescentes. A redemocratização do país nos anos 80, a criação do SUS, o Estatuto da Criança e do Adolescente e o Processo de Reforma Psiquiátrica possibilitaram a construção de uma política de saúde mental para crianças e adolescentes no Brasil.

Entretanto, Couto (2012) salienta que ocorreu uma inserção tardia da saúde mental infanto juvenil na agenda de Saúde Pública e no processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira. As ações que contribuíram de forma efetiva para a construção dessa agenda se desenvolveram a partir de 2001. Dentre essas ações destacam-se a Lei Nacional que redirecionou a atenção em saúde mental como política pública (Lei 10.216), a III Conferência Nacional de Saúde Mental, a qual, pela primeira vez, incorporou na agenda da política as questões de crianças e adolescentes.

Para Guerra (2003), apesar de todo o avanço que vem se aprofundando na assistência em saúde mental de adultos, que sofrem transtornos mentais, ele nem sempre alcança as crianças e adolescentes. Segundo a autora:

Ainda são poucas e localizadas as iniciativas e ações nesse setor. Estes continuam submetidos a uma assistência caracterizada ora por uma desinformação técnico-política que fomenta sua segregação, inclusive na interface com a educação, ora por uma carência de iniciativas para a implementação de serviços e dispositivos específicos para essa clientela, ora pela ausência de uma ética comprometida com o respeito à singularidade desses sujeitos (Guerra, 2003, p. 171).

A política de saúde mental para crianças e adolescentes no país é promissora, mas ainda não está consolidada, sendo necessários investimentos substanciais do SUS na oferta de serviços, na formação de profissionais e na estruturação de mecanismos democráticos de participação e deliberação (Couto, 2012).

Entendemos que as políticas públicas para crianças e adolescentes vem caminhando de

forma mais lenta do que a dos adultos. Existe uma lacuna no serviço público em relação ao cuidado em saúde mental com as crianças. As pautas sobre as crianças e adolescentes começaram a surgir nas discussões sobre a saúde mental apenas recentemente e, apesar dos avanços, existem muitas barreiras. Especialmente no que se refere a um trabalho preventivo.

Para Guerra (2005), a clínica ampliada na saúde mental das crianças e adolescentes na rede pública exige uma prática diferenciada que requer atos inéditos de condução clínica, bem como a retomada da vida social e política inclusiva. Essa clínica, para a autora, exige a prática em equipe, mas, no serviço público, muitas vezes, se corre o risco de desresponsabilização ao construir uma “clínica do encaminhamento”, ao invés de uma “clínica do acolhimento”, que é muito diversa:

Acolher implica escutar, diagnosticar a situação, ampliar o campo da queixa, buscando a implicação do sujeito, e em tomar responsabilmente a si o encargo da condução do caso. O que não quer dizer atender o que é demandado, mas permitir uma escansão por meio da qual possa ser escutado o que está sendo dito através daquela queixa que se apresenta (Guerra, 2005, p.14).

Ademais, é importante refletirmos que as políticas públicas demoram um tempo ainda para que sejam implantadas nas práticas de cuidado. As transformações necessárias para que as políticas públicas se efetivem na prática demoram para acontecer, dependem de um processo amplo e complexo. Uma coisa é o que é proposto na lei e outra é o que acontece na prática no cotidiano dos municípios. Lembrando que muitos municípios não têm muitos recursos, não possuem uma rede de atenção à saúde mental estruturada como em grandes centros, ou seja, cada município possui um contexto próprio.

Fonseca (2018) observa que ideais higienistas ultrapassados são retomados nas atuais políticas públicas voltadas à primeira infância, sob a égide do discurso universitário. A autora lembra que o higienismo da virada do século XIX para o século XX pautava as condutas médico-pedagógicas em concepções científicas que serviam de alicerce para o conhecimento

sobre as necessidades das populações carentes e, conseqüentemente, para o atendimento proposto para elas.

Fonseca (2018), ao analisar o programa federal Criança Feliz (2016), afirma que existe uma retomada do ideário higienista amparado no discurso universitário ou do mestre moderno de Lacan, como aquele discurso que toma o outro como objeto de um saber dado. Para a autora, esse “higienismo moderno” (p.34) visa conformar o sujeito a um contexto social tido como normal. Deste modo, os sujeitos ficam reféns de orientações de profissionais que falam de um saber que lhes é alheio. Além disso, esse programa traz a ideia implícita de que a criança é feliz, ao associar a infância à alegria e à inocência, atendendo aos desejos dos adultos. Assim, a felicidade se torna um parâmetro para as políticas públicas e seus requintados sistemas de controle.

Gomes, Cintra, Ricas e Vecchia (2015) realizaram uma pesquisa com profissionais médicos vinculados às equipes de Atenção Primária à Saúde e buscaram compreender os sentidos e significados sobre a saúde mental infantil destes profissionais através de seus discursos. Os autores ressaltaram, dentre outras questões, os desafios da implantação de uma rede de atenção em saúde mental para as crianças.

Gomes et. al. (2015) assinalaram que a criança não se encontra em sua singularidade presente nos discursos destes profissionais, sendo aludida de modo genérico. Falas como: “todas as histórias são parecidas” ou “ não me lembro dos detalhes” revelaram as dificuldades em falar das histórias destas crianças e de perceber as particularidades de cada uma, muitas vezes justificando como se isso não fosse ainda responsabilidade deles, pois seriam encaminhadas para outros setores, ou por não se considerarem capazes de lidar com o sofrimento mental das crianças. Os autores também destacaram que geralmente o foco é colocado na doença orgânica, e observam que deste modo a criança é negligenciada duplamente: por serem crianças e por seu sofrimento ser de ordem emocional.

Apesar do estudo ter sido realizado em um município específico e não pretender a generalizações, ele apresenta discursos que temos observado em nossas práticas na saúde pública, não só de profissionais médicos, mas também de diversos outros profissionais atuando nas instituições de saúde.

No município em questão os serviços de atenção básica ainda não funcionam de forma plena, tendo seu foco na prevenção e promoção de saúde, ele funciona, muitas vezes, como atenção de nível secundário. As ações focalizam as doenças e ainda existe uma cultura em entender a saúde de forma fragmentada e assistencial.

Prevalece uma infância que não é contemplada de modo integral nesses serviços; e toda uma cultura, discursos e práticas que entendem a infância com um viés moralista, assistencialista, que entende as crianças como incapazes que as colocam em um lugar de objeto. Enfim, uma cultura que não é capaz de entender ainda as subjetividades das crianças, entender que elas têm demandas, que elas sofrem, têm desejos.

Nessa perspectiva como entendemos que a criança tem suas especificidades no modo de sofrer e que ela se insere de forma diferente do adulto na cultura. Julgamos então importante discutir sobre como os discursos que envolvem a infância foram se estruturando ao longo do tempo em nossa sociedade e de que maneira eles incidem nos sintomas produzidos pelas crianças e nos cuidados destinados a elas.

## **2 O (Não) lugar da Criança**

### **2.1 A concepção de infância na modernidade**

Neste capítulo pretendemos discutir o lugar que a infância vem ocupando em nossa sociedade e de que forma os ideais da infância que marcaram a forma de cuidar das crianças foram sendo erigidos. As práticas que envolvem o cuidado à infância são permeadas por discursos e saberes que vão mudando ao longo do tempo e da história, a partir das transformações sociais e culturais.

Como nos diz Sauret (1998, p. 12): “a criança não existiu sempre”. Para o autor a infância, pelo menos no ocidente, como uma etapa da vida é fruto da ciência moderna e da Revolução Francesa. A ciência moderna que foi fundada na razão cartesiana, disposta a deduzir do saber um ponto de certeza e incidindo sobre o ser desvencilhado de toda sua marca de sujeito. Já a Revolução Francesa abandona a antiga divisão entre clero, nobreza e o terceiro estado e busca, junto da ciência moderna, um novo cidadão que é livre, responsável e acredita ter encontrado uma base concreta na oposição entre o adulto e a criança. Assim sendo, a criança é oferecida aos especialistas da ciência e da educação em nome dessa objetificação científica.

Conforme Mendonça (2013) a modernidade proporcionou uma nova forma de viver, em que a vida privada passa a ocupar um lugar diferenciado e os laços afetivos passaram a ser de uma outra ordem. Os filhos começam a ter uma outra significação para os pais e estes passaram a se preocupar com a saúde, a higiene e a educação destes.

Segundo Vorcaro (2004), a tomada da criança pelo discurso da modernidade conferiu-lhe importância até a posição de extremo privilégio, lugar para a aposta no futuro da civilização. Era, portanto, necessário conhecê-la sob todos os aspectos e assegurar para que se previnam todo os riscos, superem os efeitos danosos do meio familiar para otimizar suas potencialidades.

Para Vorcaro (2004), o discurso social busca por meio de seus aparatos de controle detectar qualquer obstáculo que a criança possa representar para seu projeto. À criança é

delegada a função de responder ao futuro da nação e ao narcisismo parental. E frente ao mal-estar provocado por estas crianças estão diversos dispositivos para assegurar e recuperar esse projeto.

Afinal, surpreendendo neurologistas ou pediatras; mantendo hiatos e sobras redutíveis aos quadros classificatórios de patologias orgânicas; destituindo pedagogos, fonoaudiólogos ou fisioterapeutas, por não responder com a aquisição esperada; ferindo o narcisismo dos pais, por não aderir ao filho suposto, a criança provoca mal-estar aos dispositivos sociais, que não podem nomeá-la em consonância aos parâmetros validados na ciência (Vorcaro, 2004, p. 36).

Assim, de acordo com Vorcaro (2004), diante desta lacuna o diagnóstico psiquiátrico-psicológico surge como um instrumento esclarecedor de processos patológicos que não podem ser classificados, ou de manifestações que atestam resistência ao padrão de adaptação escolar. Portanto, o diagnóstico psiquiátrico-psicológico procura descrever e compreender o que é na criança irreconhecível pelo ideal parental e mais ainda, indicar terapêuticas reconduzindo-as à normalidade e para que possam, deste modo, aliviar o mal-estar que a infância produz para o projeto social.

Segundo Vorcaro (2011), a psiquiatria infantil é fruto de um processo de “tutelização social” pela convergência dos “apetites profiláticos dos psiquiatras e as exigências disciplinares dos aparelhos sociais” (Vorcaro, 2011, p 221).

Na modernidade, como observa Vorcaro (2011), a criança representa a aposta no futuro da nação e tornou-se objeto de disputa de poderes criando novos saberes e formas de controle:

O discurso psiquiátrico, através de seus agentes e de seus aparelhos, oferece a segurança do rigor científico, para detectar o entrave que a criança pode representar ao projeto social. Assim, ao mal-estar provocado pela criança, que não pode ser reconhecida pelo saber pediátrico, pedagógico ou parental, a clínica psiquiátrica diagnostica (Vorcaro, 2011, p. 221).

Não só o discurso médico, mas também a psicologia colaborou na modernidade para esse projeto social. Para Legnani e Almeida (2014), a psicologia do desenvolvimento também contribuiu para o projeto da modernidade ao representar a infância como uma etapa da vida

marcada pela imaturidade que se transformaria ao longo do desenvolvimento até atingir a plenitude na idade adulta.

Deste modo, segundo Legnani e Almeida (2014), a psicologia do desenvolvimento respondeu, desde seus primórdios, às demandas de controle e regulação social dos comportamentos. Classificando e mensurando condutas, estabelecendo padrões para se mensurar funções intelectuais e aptidões, auxiliando de tal modo, a consolidar um ideal de “criança normal”.

Diversos discursos atuaram de forma harmônica favorecendo a demanda da ciência como responsável pelas promissoras mudanças do ser humano e da sociedade. De tal modo, a infância ocupou um lugar de destaque nos discursos normativos das sociedades, especialmente no século XIX e XX (Legnani & Almeida, 2014).

A criança na modernidade passa a ocupar uma posição de privilégio, de aposta no “futuro da nação”, despertando o interesse de estudiosos, de educadores, de moralistas. Apesar disso, a criança que está fora dos padrões, que não se adapta, que não tem seu desenvolvimento de acordo com a norma provoca mal estar para a família, para os especialistas, para as instituições. Nesse cenário, o diagnóstico psiquiátrico se destaca e vem se afirmando para nomear, descrever, explicar o que está fora dos padrões, apresentar soluções e resgatar o “projeto da modernidade”, oferecer respostas.

## **2.2 A atualidade do sofrimento das crianças**

As mudanças em nossa sociedade ocidental, especialmente nas últimas décadas, provocaram transformações na família, na sociedade e na maneira de ver e cuidar das crianças. A sociedade contemporânea estimula o individualismo, o consumo desenfreado, uma busca constante de felicidade, o imediatismo. A criança passa a ocupar um lugar diferente do que

ocupava antes.

Mendonça (2013) observa que hoje o sujeito almeja o prazer a todo o custo e o imperativo do gozo está cada vez mais evidente como norma, levando a um apagamento da alteridade. Além disso, com as mudanças sociais, políticas e econômicas, têm surgido novas formas de organização familiar. Todas essas transformações afetam diretamente as crianças.

Ainda, conforme Mendonça (2013), a criança não ocupa o mesmo lugar que ocupava antes: “Se antes ela era o signo do futuro e, por isso, ocupava o lugar de majestade, hoje ela parece ser considerada um fardo, uma vez que se constitui em um empecilho aos pais diante de seus próprios projetos individuais” (Mendonça 2013, p.129).

Cirino (2001) ressalta que a atual sociedade se vê marcada pelo consumo acelerado de informações e bens que logo se tornam obsoletos. Tem-se a ideia, graças ao discurso da ciência, de que com esses objetos existiria a garantia de satisfação. Contudo, esse gozo prometido não é alcançável, levando à tristeza, decepção, frustração. E acrescenta: “a sociedade, regida por essa lógica, produz sujeitos insaciáveis, vorazes, em sua demanda de consumo. Independentemente da idade todos são consumidores e acreditam serem únicos e especiais por adquirirem determinado objeto, a minha marca” (Cirino, 2001, p. 43).

Mendonça (2013), assinala que hoje temos um discurso que eleva a criança à categoria de bem precioso e que passa a impressão de que ela está sendo bastante investida e amparada, devido à presença de diversos especialistas em torno dela. No entanto, apesar dessa impressão, as crianças vêm sofrendo de um desamparo. Elas são colocadas como um objeto de gozo, pois o que aparece é um desejo sem lei, exigindo a satisfação a todo o custo. Assim:

O Outro não ‘abrindo mão’ de sua satisfação narcísica, acaba por não sustentar um olhar, uma palavra, que possa servir de anteparo para a criança contra os ataques pulsionais, comprometendo, assim, a constituição da imagem do corpo daquela e, conseqüentemente, o seu processo de simbolização, o que aponta para a existência de uma precariedade da função do Outro primordial (Mendonça, 2013, p. 118).

Mendonça (2013) ressalta que mudanças também têm sido verificadas na clínica. O que se apresentava em tempos atrás eram conflitos edípicos, ou seja, o sofrimento era centrado no conflito psíquico ente o desejo e a lei, estando a clínica moldada pela fantasia e pela pulsão de vida. Hoje o que se evidencia é o excesso pulsional e as formas de dor contemporâneas remetem à fragilidade narcísica - hiperatividade, anorexias, pânico apatia, fenômenos psicossomáticos, compulsões. Ou seja, a clínica na contemporaneidade é marcada pela desorganização da falta de representação, das compulsões, enfim da prevalência da pulsão de morte.

A autora levanta a hipótese de que as crianças na atualidade estão pouco investidas, pois o Outro primordial não está sustentado sua função materna, levando a efeitos danosos na constituição psíquica:

Assim não é raro encontrarmos crianças devastadas, deprimidas e debilitadas; sujeitos devastados na sua subjetividade, devido à precariedade de um olhar primordial, de um olhar desejanse e consistente, que tem como função retirar o infante de um estado de desamparo, uma vez que ele realiza um contorno ao que é da ordem do *real* [ grifo do autor ], possibilitando outro destino para o excesso pulsional. Portanto, tem sido comum a criança mostrar a sua desorganização, o seu excesso, através da hiperatividade, anorexia, pânico, apatia, fenômenos psicossomáticos, e atos antissociais, enfim, uma série de atos que apontam como sendo o único destino para o seu excesso pulsional, indicando a prevalência da pulsão de morte sobre a pulsão de vida no psiquismo. Compreendo que a precariedade desse primeiro investimento, cujo efeito sobre o sujeito é a fragilização simbólica, o deixa imerso na pulsão de morte, a mercê de seu gozo, portanto distante da sua condição de ser desejanse (Mendonça, 2013 p. 120).

Segundo Bernardino e Kupfer (2008), na alta modernidade, percebe-se o declínio da função paterna, o questionamento da tradição, a falência simbólica, a mudança dos papéis sociais. Essas mudanças culturais acabam incidindo sobre a família contemporânea.

Bernardino e Kupfer (2008) propõem que certas evidências revelam a inversão na relação entre adultos e crianças, sendo a criança a grande responsável pelas escolhas da família. Elas levantam a hipótese de que o lugar que as crianças ocupam nas famílias ocidentais neste século é o de “mestre do gozo”. Ao invés dos pais transmitirem a falta aos filhos, eles invertem esta relação sendo os filhos que apontam para as inúmeras possibilidades de gozo que os objetos

oferecidos pelo campo social prometem. “Trata-se de satisfazer a este grande campo social, externo, anônimo e globalizante, que tem o seguinte imperativo categórico: consuma, encha-se de objetos, seja feliz, seja eficiente, goze” (Bernardino & Kupfer, 2008, p. 674).

Conforme Rosa e Lacet (2012), na atualidade os pais procuram resgatar seu narcisismo perdido através de seus filhos. Assim, “os filhos passam a ter o papel de ideal na cultura, funcionando como espelhos narcísicos para os pais, que os criam muitas vezes como uma espécie de seres sem falta - ocupando então um certo lugar de gozo” (Rosa & Lacet, 2012 p.364).

Apesar disso, Rosa e Lacet (2012) assinalam que, embora haja a tentativa de tamponar a falta, esta aparece nos diversos sintomas apresentados na infância. Portanto, ao invés dos pais transmitirem aos filhos a falta, os pais lhes dirigem a demanda de preenchimento totalizante da falta. Além disso, o discurso infantil é atravessado pelas novas tecnologias e percebe-se nas crianças a dificuldade de simbolizar.

Para Jerusalinsky (2003) na atualidade são ofertadas às crianças uma infinidade de brinquedos e objetos que procuraram antecipar-se a qualquer criação. Esses objetos vêm com diversas advertências e instruções que oferecem, tanto aos pais quanto às crianças, uma “poupança de pensamento”. Os pais não precisam mais se preocupar se os brinquedos são ou não adequados para os filhos, e estes últimos não precisam passar por fatigantes experimentações. Essa espécie de “poupança de pensamento” acaba alcançando o discurso social e em uma sociedade onde tudo já vem pronto, as crianças se adaptam facilmente ao apagamento do movimento entre o momento da demanda e o da satisfação.

Desta maneira, vemos que na contemporaneidade apesar de aparentar que as crianças são super investidas devido à presença de diversos especialistas, elas estão em condição de desamparo, não são ouvidas em seu sofrimento. Existe muita demanda sobre as crianças, se espera muito delas. Além de que, as crianças representam um segmento importante para o

mercado consumista. Neste cenário somos solicitados a atuar o tempo todo e é importante identificar qual demanda estamos respondendo.

Retomando o caso do Matheus apresentado no começo deste trabalho, foi possível perceber que o paciente só foi encaminhado ao psicólogo porque a criança apresentava um “mau comportamento”. Naquela situação a criança recusava-se a fazer as atividades propostas. Tem-se a ideia de que o psicólogo pode corrigir esta criança ou de que exista um “comportamento normal”, algo ideal a ser seguido. Na clínica ou nas instituições somos convocados a resgatar esse ideal de perfeição.

Conforme Hachet (2006), o psicanalista, devido às pressões da sociedade, da escola ou dos pais, pode ter sua função pervertida por lhe atribuírem uma função normalizadora. Se espera do analista que ele garanta que as crianças estejam em conformidade com os ideais de saúde mental e física, por meio de terapêuticas corretivas, re-educativas. Tem-se a expectativa de uma criança: “calma, sadia, de corpo e espírito, bonita, inteligente, que sabe falar, ler, escrever e contar perfeitamente, que se sai bem na escola e não apresente nenhum problema àqueles que estão à sua volta” (Hachet, 2006, p 28).

Não obstante, tal situação revela um paradoxo. Como seria possível cumprir nosso papel de analista se a sociedade quer extinguir um sintoma que tem toda razão de existir? O sintoma de uma criança comporta uma grande mensagem e é preciso escutá-la (Hachet, 2006).

A ciência promete, segundo Hachet (2006), transformar “nossos monstros” em criaturas dóceis, robotizadas, de acordo com os ideais e normas sociais e negar o que é do sujeito, seu saber, seu desejo: “a sociedade se obstina a não ouvir o verdadeiro sofrimento que se esconde por trás do sintoma ou de “seu distúrbio de conduta” (Hachet, 2006, p. 29),.

Hachet (2006) ressalta que para a criança estar adaptada à escola não basta apenas o sucesso, mas também estar livre de distúrbios que possam atrapalhar a tranquilidade do ambiente.

As demandas que chegam para atendimento são muitas vezes da escola. A maior parte são de situações que interferem na qualidade do ambiente escolar. Por exemplo: a criança que briga e bate nos coleguinhas, aquela que “não tem limites”, aquela que não respeita as regras, ou aquelas que não leem ou não escrevem no “tempo certo”. Parece haver algo na infância que não queremos escutar.

Estão sempre tentando consertar, corrigir, adequar, educar. Até mesmo outros profissionais que trabalham na saúde com uma criança ou grupos, como fisioterapeutas, enfermeiros, fonoaudiólogos, querem encaminhar para o psicólogo as crianças quando estas não fazem o que é esperado delas, quando elas ficam correndo, se negam a fazer as atividades esperadas, “fazem bagunça”.

Os pais também estão perdidos em suas funções. Recentemente a mãe de uma criança que está em atendimento veio falar comigo muito irritada com a demora de alguns minutos para o atendimento de seu filho dizendo que eu não podia demorar pois era muito difícil ficar com o filho na sala de espera.

Conforme Matsuo e Carreira (2015), atualmente vemos uma crescente demanda endereçada às crianças, das quais se espera desenvolvimento rápido, independência precoce e acondicionamento diante das novas tecnologias que liberam os adultos e os pais de suas funções. Como resposta encontramos nas crianças sintomas como hiperatividade, déficit de atenção, agressividade e problemas de aprendizagem.

As crianças se encontram em condição preocupante, pois estão em lugar de vulnerabilidade (em relação ao discurso da ciência que segue a serviço do capitalismo, patologizando a infância). Além do mais, os pais e também as instituições, de modo geral, parecem estar mais tecnicizadas e intolerantes às queixas infantis: não há espaço para a escuta, existe desresponsabilização por essas crianças e uma crescente patologização, visando torná-las mais aceitáveis e toleráveis (Matsuo & Carreira, 2015).

Nesse sentido, na contemporaneidade a psiquiatria e a farmacologia vem ganhando um lugar de destaque ao oferecer respostas e soluções rápidas. Para Birman (2012) existe na pós-modernidade uma “crença absoluta na droga” como instrumento terapêutico por excelência. A psiquiatria e a psicofarmacologia têm uma certeza sobre os efeitos da medicação, sem questionar seus fundamentos, já que estariam oferecendo soluções eficazes para os sintomas e para as enfermidades. Trabalhando como uma “modalidade de engenharia e tecnocracia do espírito humano” esse novo saber age como se estivesse diante de uma “entidade natural” destituída de toda a subjetividade e dimensões da existência humana (Birman, 2012, p.49).

Birman (2012) observa ainda que a psiquiatria biológica não reconhece as dimensões positivas das inquietações e perturbações para o sujeito e que o sintoma tem uma positividade simbólica. A angústia possibilita uma simbolização.

O projeto psicopatológico moderno vai na direção de eliminar a dor e o sofrimento humano como se estes pudessem ser extintos, mas infelizmente as insatisfações, as perdas, as decepções, continuam a encaixar a existência humana. Deste modo, os psicofármacos são objetos sedutores, atraentes porque sustentam essa ilusão de que a dor poderia ser eliminada sem qualquer esforço psíquico para isso. As drogas revelariam seu poder mágico “pois poderiam demolir os terrores humanos sem qualquer esforço para isso” (Birman, 2012, p.58).

Para Birman, o objeto droga é um instrumento de uma “psiquiatria massificante” que é instrumentalizada para as classes populares marginalizadas em estado bruto sem considerar as “perturbações do espírito” como singularidades dos sujeitos, e o que se mostra é um apagamento.

Vorcaro (2011) chama de “efeito bumerangue” o fato de que à medida que o discurso psiquiátrico exclui o saber parental constitutivo do laço social da criança ele amplia a ordem de grandeza dos quadros clínicos psicopatológicos.

Um diagnóstico de transtorno psiquiátrico pode atingir a subjetivação da criança. A

importância de um discurso atinge tamanho privilégio que a criança sujeito se perde. Os pais suspendem seu desejo de filho ideal e a eles só resta transferir suas funções ao saber especializado pois eles não têm o saber necessário para cuidar e proteger essa criança. Os pais se tornam assim, funcionários desse saber (Vorcaro, 2011).

Para Vorcaro (2011), a nomeação de um transtorno psíquico pode deslocar a identidade atribuída a criança e deslocar a posição dos pais, pois a criança não pode ser reconhecida e nem cuidada por meio do saber parental e essa função passa a ser deslocada para especialistas.

Na medida em que o especialista é localizado pelos pais como o agente de saúde plena, aquele que os substitui enquanto sanciona o futuro da criança e a que eles se submetem, sua palavra prognosticadora tem primazia tal que, ao antecipar o adulto que esta criança será, torna-se referência fixa em que os pais orientam seu laço com a criança. Afinal, pelo bem da criança e diante dos argumentos científicos do especialista, não resta alternativa aos pais senão guiar-se pelo saber anônimo da verdade da ciência, já que não podem mais orientar-se pelo seu desejo (Vorcaro, 2011, p. 227).

Muitas vezes, a nomeação diagnóstica pode ter tamanha importância que destitui o nome próprio da criança que passa a ser substituído pelo nome da síndrome.

Segundo Vorcaro (2011), existe uma grande quantidade de diagnósticos inconclusivos na criança, levando a definições a partir de critérios não generalizáveis, com hiatos que não se reduzem a quadros classificatórios que surpreende os profissionais, não responde ao esperado, fere o narcisismo dos pais. “A criança provoca mal-estar aos dispositivos sociais, que não podem nomeá-la em consonância aos parâmetros validados na ciência” (Vorcaro, 2011, p. 221).

No município onde trabalhei a questão da medicalização da infância ainda é insipiente. O psiquiatra que atende no município não atende crianças e as demandas são encaminhadas para outros municípios através do TFD<sup>3</sup> o que leva bastante tempo e muitos pais acabam

---

<sup>3</sup> TFD – Tratamento fora do domicílio. É um benefício que usuários do Sistema Único de Saúde podem receber quando são esgotados todos os meios de tratamento ou diagnóstico dentro do próprio município. Dessa forma os pacientes podem fazer exames ou tratamentos que não podem ser feitos em seu município através deste documento.

abandonando essa busca pelo especialista devido à demora e o cansaço. Este cenário pode ser positivo, pois revela uma brecha onde os profissionais podem propor novas terapêuticas e formas de cuidados para estas crianças, sem recorrerem, de forma automática, aos especialistas. É um espaço que cabe aos profissionais se implicarem e mostrarem formas mais individualizadas de tratamento.

Também é importante lembrar que nem todas as crianças sofrem do mesmo modo. Existem diferentes contextos e realidades e nem todas são afetadas da mesma forma. Ainda existem as crianças em situação de violência, de abandono, crianças nas ruas, crianças trabalhadoras.

Fica evidente como lentamente os ideais de normatizar de consertar a infância vão se apoiando no discurso científico que apresenta soluções através de diversos especialistas ávidos a apresentar todas as respostas.

### **2.3 Por que não atendemos as crianças?**

Serralha (2018) coloca que a “invisibilidade” das crianças com relação à saúde mental na atenção básica é frequente, especialmente por parte dos profissionais de psicologia. Por mais que trabalhem com as famílias este trabalho é dirigido, na maioria das vezes, para os adultos da casa.

Na instituição onde trabalhava não existiam atividades ou programas voltados à saúde mental das crianças. Havia atividades de vacinação, escovação e pesagem das crianças e algumas palestras realizadas na escola. São atividades, em sua maioria, voltadas para a preservação da vida.

Também pude perceber que a questão da saúde mental das crianças é muitas vezes negligenciada. Não foram raras as vezes em que escutei questionamentos do tipo: Por que você está atendendo aquela criança, a mãe dela é que é louca? Outras vezes, onde algumas crianças eram encaminhadas da escola e iríamos discutir os casos me diziam que era a mãe da criança

que “era doida” e que precisava de atendimento.

Por outro lado, quando me disponibilizei para escutar essas mães e as crianças, ouvi delas que era um alívio alguém ajudar a cuidar de seus filhos, pois estavam cansadas de só serem culpadas pelo comportamento destes e não receberem ajuda e estavam preocupadas com seus filhos.

Em uma determinada situação um profissional que atendia uma criança estava muito irritado com o comportamento da criança em seu atendimento, dizendo que essa criança “ só rolava no chão e não fazia nada do que ele mandava, que só queria brincar” chegou a gravar a birra da criança e mostrou para a mãe e para a equipe para provar que era impossível atendê-la. Como a mãe “não fez nada”, segundo ele, resolveu encaminhá-la para atendimento, dizendo que era a mãe quem precisava de atendimento.

Quando converso com essa mãe que chega muito resistente me dizendo que não aguentava mais todos dizendo que ela não sabia cuidar do filho, mas que ninguém ajudava ela. Ofereço um lugar de escuta para essa criança e percebo que ela fica menos resistente e sente como se estivesse encontrado ali um lugar de apoio e após isso começa a me procurar diversas vezes para conversar sobre o filho e participar mais. Contudo, o mesmo profissional ficou irritado me questionando quem eu estava atendendo se era a mãe ou o filho e quando digo que nesse momento resolvi escutar a criança fica muito irritado me dizendo que eu deveria atender a mãe dessa criança.

Apesar de entendermos o sintoma da criança também como um sintoma familiar isso não significa que devemos prescindir de oferecer um lugar de escuta para essa criança. É muito comum no serviço público escutar discursos que culpabilizam os pais, profissionais que se colocam como detentores de um conhecimento e que veem a família apenas como um receptor passivo. Parece que estão sempre ávidos a encontrar o mais rápido possível os culpados, sempre tem alguém pronto a ensinar como educar, como criar como cuidar de uma criança.

Serralha (2018) também aponta que em sua experiência presenciou situações em que profissionais das UBS (Unidades Básicas de Saúde) se negavam a atender crianças sendo o único responsável da psicologia de duas ou três unidades de saúde. Segundo a autora, é inadmissível que no serviço público um profissional escolha a quem atender, pois não existem profissionais suficientes para que se divida a demanda entre eles, muitas vezes este profissional é o único lotado para tal função no território. Mesmo quando ele não se recusa a atender essa demanda diretamente, o profissional diante da grande demanda acaba privilegiando os casos que se sente mais preparado para atender. Além disso, quando o profissional não atende esta criança ele tem dificuldade para encaminhá-la devido ao reduzido número de profissionais que o fazem. Dessa forma, a criança acaba desassistida.

A exemplo dessa situação, quando comecei meu trabalho no Nasf fui questionada pela gestão sobre qual público iria atender e surpresa disse que não tinha, que o atendimento era para todos e a pessoa ainda insiste e questiona: “até mesmo crianças? Isso demonstra que não é incomum um profissional se recusar a atender determinado público, especialmente as crianças.

É inadmissível pensar que um profissional que se disponha a trabalhar na saúde pública negue atendimento a uma determinada população ou que a administração não se utilize de mecanismos para garantir que o profissional a ser contratado atenda toda a população. Especialmente quando pensamos em municípios com poucos profissionais e poucos recursos esse ato tem repercussões gigantescas.

#### **2.4 A criança entre o normatizar, o prevenir e o educar**

*“O menino dos cavalos”*

*Gabriel era uma criança de sete anos. Um dia sua mãe, que também é funcionária do PSF, me pede ajuda pois a escola estava lhe dizendo que seu filho precisava passar por um*

*psicólogo, devido à problemas de comportamento na instituição. Nas entrevistas iniciais a mãe conta uma história muito confusa sobre a criança, ficando claro que a mãe não tinha realmente uma demanda para seu filho e que estava naquela situação apenas pressionada pela escola. Resolvo conversar com a criança em algumas sessões para entender melhor a situação.*

*Menino muito esperto e curioso, morava com a família na zona rural do município, Sempre me contava histórias do pai e dos irmãos. Gostava dos animais da fazenda, dos cavalos e das vacas, e costumava ficar junto ao pai no trabalho e no cuidado com os animais. Seu mundo era esse: os cavalos, a fazenda...*

*Gabriel chegava fazendo muitas perguntas, queria ver todos os brinquedos. Nos dias em que eram seus atendimentos sempre “trombava” com ele, que estava correndo pelos corredores. Ele ficava conversando com as pessoas, entrando nas salas dos outros profissionais, olhando as coisas.*

*Após alguns encontros, resolvo que, naquele momento, Gabriel não tinha uma demanda para atendimento. Não percebi uma demanda nem da mãe e muito menos da criança que, além de faltar muito às sessões agendadas, estava mais disposta a correr e brincar pelas dependências do PSF. Converso novamente com a mãe, falo do quanto Gabriel era esperto e curioso. A mãe fica feliz e concorda, pergunto se ela acha que o filho precisa de atendimento. Essa mãe diz que acha que não, que o filho é alegre e feliz, que ele gosta de ficar com o pai trabalhando na fazenda, cuidando das vacas e dos cavalos. Fala que as professoras é que ficam cobrando. Diz que o marido também acha que ele não precisa de nada dessas coisas, nem de psicólogo e nem de fonoaudiólogo e muito menos de escola, que ele não estudou e que isso nunca lhe fez falta. Resolvo encerrar os atendimentos por hora e combino com a mãe que qualquer coisa que ela precisasse poderia me procurar novamente. Contudo, Gabriel continua em atendimento com outro profissional, devido a questões na fala e na escrita.*

*Um dia um profissional de saúde me procura irritado me perguntando por que eu havia*

*dado alta para essa criança. Quando lhe explico os motivos, ele nem sequer me escuta, continua dizendo que Gabriel não tem educação, que quando vê seu lanche na sala já vai comendo sem pedir, que ele vai na cozinha e come o lanche dos outros funcionários sem falar nada. E para provar que estava certo, ainda me mostra uma lista com palavras que ditou e pediu para que ele escrevesse e ele escreveu tudo errado. Pergunto se ele mostrou para a mãe e o que a mãe achou disso. Ele me responde que a mãe não achou nada de mais, disse que as professoras é que eram “enjoadas” e só “ficavam cobrando e chamando ela na escola”. Tento explicar para o profissional que é preciso que esse fato se apresente como demanda para a família e para a criança para que ela possa seguir em atendimento.*

*Pensando nessa situação, pude depois perceber que ele não queria discutir o caso e queria apenas que eu ajudasse a “consertar a criança”, dizendo a ela o que era certo ou errado e não se conformou quando disse que naquela situação não podia fazer nada. Entendo que em algum momento esse desejo da família e da escola poderão se chocar. E que até mesmo por questões legais essa criança precisa ir à escola.*

*Quase um ano depois a mãe de Gabriel me procura novamente e pede um laudo para levar para um médico. Conversando com a mãe esta me conta que a equipe acredita que seu filho tem algum problema e acabaram fazendo um TFD para encaminhá-lo para o neurologista, que por sua vez foi encaminhado para um neuropediatra que solicita um laudo a todos os profissionais que atenderam a criança. Resisto um pouco em fazer tal laudo, digo para a mãe que não tinha observado nada demais com a criança, mas ela insiste bastante. Parece que a mãe está bem diferente da última vez que conversamos, acredita sim que o filho tem algum problema e afirma isso com certa rispidez. Acabo fazendo esse relatório baseado no que pude observar no curto tempo que estive com Gabriel, dizendo que a criança apresentava comportamentos adequados à idade e o contexto em que vivia e que como no momento não foi percebida uma demanda para um acompanhamento psicológico e, portanto, foram encerrados*

*os atendimentos com essa criança.*

*Duas semanas depois vejo uma criança na porta do PSF e ela estava em uma bicicleta olhando para baixo, silenciosa e fazendo movimentos repetitivos para a frente e para a trás. Olhei para essa criança e não a conheci na hora, sabia que o conhecia, mas não lembrava quem era. Depois entro no PSF e vejo a mãe e lembrei da criança. Era Gabriel! Converso com a mãe e ela toda feliz me disse “ele deu TDAH<sup>4</sup>”, digo “nossa”, mas ela muito feliz continua dizendo “ficou provado” ela me diz ainda que o filho estava tomando Ritalina e eu continuo espantada e digo: “mas você acha que ele precisava de medicação?” Ela me olha com raiva e diz “sim, ele agora está bem melhor, ele não dá trabalho, agora ele assiste televisão, antes ele não tinha paciência para isso”*

*Saí muito agoniada dessa conversa, mas o que mais me agoniava era a felicidade da mãe em dizer que o filho tinha um transtorno. Fiquei pensativa sobre o motivo de ter esquecido de Gabriel e pensava: Que tipo de psicóloga relapsa sou! Gabriel não era o tipo de criança que pudesse ser facilmente esquecida ou passar despercebida em qualquer lugar. Bom talvez aquela criança apática na bicicleta não era mais o mesmo Gabriel.*

*Enfim, acredito que hoje a família parece estar mais tranquila. Gabriel não incomoda tanto, talvez possa estar mais adaptado a escola, e seu mundo já não seja só o da fazenda, dos cavalos pois hoje ele “assiste televisão”!*

Gabriel estava adaptado a seu contexto de vida, no seu convívio familiar, mas na medida que seus ideais e de sua família não estavam em acordo com as propostas da educação para esse criança, na medida em que seu desenvolvimento não estava em conformidade com os parâmetros para sua idade, essa criança passa então a ser um transtorno. Como Gabriel não estava adaptado a escola e ela não consegue resolver seu problema, passa o caso então para a saúde, onde os profissionais, na ânsia de dar as respostas, recorre então ao médico como uma

---

<sup>4</sup> Acredito que a mãe se refere aqui ao Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade.

solução ao problema o que apazigua então as angústias.

Conforme Legnani e Almeida (2014), a instituição escolar incorpora o discurso médico e propaga a concepção de déficit, reafirmando a diferença e enfatizando as técnicas e os métodos capazes de suprimir tais deficiências.

Além disso, Legnani e Almeida (2014) nos lembram que muitos profissionais de saúde desconhecem as causas históricas, sociais e políticas das queixas escolares e ignoram que muitas vezes elas são produzidas no interior da própria escola. Os diagnósticos médicos/psicológicos quando não possuem um cuidado ético acabam por retificar os mecanismos de exclusão e retornam à escola isentando-a da responsabilidade educativa. Do mesmo modo, alguns professores têm dificuldades em avaliar esses laudos e os tomam como verdades absolutas, sem um questionamento crítico sobre os determinantes históricos e os fundamentos epistemológicos e teorias que embasam tais avaliações.

Assim, percebemos que o ideal de infância se junta ao ideal de que todas as diferenças seriam eliminadas a serviço de uma lógica capitalista. Portanto, não havendo mais espaço para a criança mal-educada, para a criança que está sempre correndo, ativa e curiosa, para a criança que não aprende. A patologia vem, portanto, apaziguar essa angústia, fazendo com que essa criança se torne produtiva.

No relato do Gabriel o intuito não foi o de questionar o diagnóstico dessa criança, talvez ela realmente preenchesse os critérios para o diagnóstico de TDAH. Apesar disso, o que ficou evidente a mim foi o fato de que no primeiro momento que conversei com a mãe essa criança “não tinha um problema” e foi só a partir da demanda da escola, apoiada pelos profissionais de saúde, é que essa criança passa a incomodar.

Assim, conforme Ferreira (2017) é um dever ético do analista entender a demanda que chega a nós sobre a criança:

o dever ético do analista é o da escuta atenta ao que está em questão no tipo de demanda que lhe chega. Interrogar se a criança está incomodada com aquilo que se queixa dela é o primeiro passo para avaliar ou não uma psicanálise. Acolher a criança na clínica quando ela não tem qualquer implicação com as questões que o Outro traz sobre ela é mantê-la no lugar de objeto e não de sujeito (Ferreira, 2017, p. 146).

Entendo que no caso do Gabriel a demanda não era nem da criança e nem da família. Não seria ético portanto, mantê-lo em atendimento, seria colocá-lo na posição de objeto. Apesar de em alguns momentos, devido à pressão dos outros profissionais, eu ter me questionado se fiz ou não a coisa certa.

Freitas (2017) ressalta que em nossa sociedade contemporânea observamos uma tendência a homogeneização dos discursos da ciência, da educação, da política e da cultura de modo geral. A medicalização crescente da sociedade e da infância evidencia esse “projeto” de padronização dos indivíduos submetidos a lógica de consumo e produção do discurso capitalista.

Existe um desconhecimento da criança e da riqueza de seu mundo infantil, como nos indica Freitas (2017), e também a dificuldade em perceber as sutilezas das manifestações da criança como o brincar, o desenhar, o fantasiar, se sujar, bagunçar, se calar e até mesmo adoecer, o que vem acarretando consequências significativas para a infância. Desta forma, como nos mostra a autora, talvez nunca a psicanálise tenha sido tão convocada em sua responsabilidade em dialogar com esse discurso homogeneizante da atualidade, abstendo-se em pautar-se em qualquer norma.

Os profissionais são chamados para responder a esse discurso normativo, com o intuito de “consertar”, “normatizar”, resgatar a “criança ideal”. Diante disso a psicanálise se torna um instrumento importante para questionar esses ideais, uma vez que ela não se pauta na ética de um bem comum, de um bem supremo e sim em uma outra ética: a ética do sujeito. Deste modo, faz-se importante nesse momento refletirmos melhor sobre os princípios que norteiam

nossa escuta, discutir o modo como a psicanálise entende e a criança e quais os princípios que dão suporte a esse saber.

### 3 Escuta Psicanalítica na Clínica com as Crianças

Este capítulo pretende discutir a especificidade da escuta psicanalítica e a da clínica com crianças, trazendo alguns conceitos importantes como transferência, desejo do analista, setting terapêutico e ato analítico para que estes possam embasar as discussões que se seguem.

#### 3.1 A escuta psicanalítica

A psicanálise nasceu da escuta. Se um psicanalista não se coloca na posição de escutar, a psicanálise não existe. Apesar disso, essa não é uma escuta qualquer, a escuta analítica é diferente da escuta do senso comum, bem como da escuta presente nas psicoterapias. Quais seriam então as características desta escuta?

Segundo Macedo e Falcão (2005), a psicanálise surge e se desenvolve a partir dessa escuta singular que é a escuta analítica. Freud já propunha, desde seus estudos com Charcot, bem antes de fundar a psicanálise, que os pacientes fossem escutados. As autoras ainda salientam que a própria capacidade de Freud de ir além da ciência de seu tempo está na capacidade dele em buscar nas palavras de seus pacientes e nas suas próprias, além dos padrões morais e dos costumes, falas atravessadas pelo inconsciente, pela sexualidade, que exigiam uma outra qualidade de escuta para serem compreendidas.

Freud, em 1912, no texto *Recomendações ao médico que pratica a psicanálise*, já nos apresenta a ideia da escuta psicanalítica que aparece ligada a noção de “atenção flutuante” e de inconsciente. Neste texto, nos diz Freud: “essa técnica é bem simples. Ela rejeita qualquer expediente, como veremos, mesmo o de tomar notas, e consiste apenas em não querer notar nada em especial, e oferecer a tudo o que se ouve a mesma ‘atenção flutuante’” (Freud, 1912 [2010], p 149). Freud ainda argumenta que sem a “atenção flutuante” corremos o risco de atores deliberadamente nossa atenção em um ponto ou outro, conforme nossas expectativas e nossas inclinações, e corremos o risco de não achar nada além do que já sabemos.

Para Freud (1912 [2010]), em contrapartida a exigência ao analisando da associação livre que requer que este fale tudo o que lhe ocorrer, sem críticas ou censura, para o analista a regra é a seguinte: “manter toda influência consciente longe de sua capacidade de observação e entregar-se totalmente à sua ‘memória inconsciente’, ou, expresso de maneira técnica: escutar e não se preocupar em notar alguma coisa” (Freud, 1912 [2010], p 140).

Deste modo, podemos pensar que cabe à escuta analítica permitir a associação livre pois, não adiantaria o analisante falar livremente se não existisse do lado do analista uma escuta livre de críticas, de sugestão.

Segundo Dolto (1923 [2004]), o que confere ao psicanalista sua especificidade é a sua escuta, sua receptividade e explica: A única forma de escutar do psicanalista, uma escuta no sentido do termo, faz com que o discurso se modifique, adquira um sentido novo a seus ouvidos. “O psicanalista não dá razão nem a retira; sem emitir juízo, escuta” (Dolto, 1923 [2004], p. 10).

Desta maneira, para Dolto (1923 [2014]), o psicanalista com sua escuta sem emitir juízo, sem tentar apaziguar a angústia, sem tentar acabar com o sintoma, permite o aparecimento do sujeito e sua verdade inconsciente.

De acordo com Minerbo (2016), a escuta é a parte mais importante da formação de uma analista. As teorias servem especialmente para refinar nossa escuta. Essa escuta é peculiar pois, é transmitida na nossa própria análise, nas supervisões e nos seminários e é o que nos diferencia das outras psicoterapias. A autora afirma: “A escuta analítica é uma escuta criativa, na qual está implícita uma atividade silenciosa de interpretação daquilo que está sendo dito, ou melhor, daquilo que se expressa por meio de várias linguagens” (Minerbo, 2016, p. 58).

Portanto, a experiência dessa escuta acontece por meio de nossa própria análise pessoal, dos estudos e das supervisões. Ela se aprimora através de nossa experiência clínica, de forma constante. No entanto, ela não é de forma alguma passiva, como já mencionado, ela permite a associação livre do analisando.

Nesse sentido, Bastos (2009) afirma que a escuta analítica é uma função ativa, pois é ela que coloca o sujeito em movimento e o convoca a falar e a deparar-se com o seu não saber. Ela precisa orientar-se para a singularidade do sujeito, possibilitando que ele se expresse e se implique em seu desejo. Além disso, a escuta psicanalítica deve estar atenta ao desejo inconsciente que está sendo enunciado e está, deste modo, implicada com a noção de inconsciente.

Porém Bastos (2009) diferencia o ato de ouvir e escutar. Enquanto ouvir nos remete aos sentidos da audição, escutar significa prestar atenção, portanto, a atenção é uma função específica da escuta. No caso da escuta analítica, temos a “atenção flutuante”. O autor ainda ressalta que é diferente sermos ouvidos pelos amigos do que pelo psicanalista. Quando ouvimos os amigos, procuramos nos identificar com suas questões, buscamos confortá-los, ajudá-los, demonstrar nossa amizade, sermos solidários. Já a escuta do analista é ativa, provocativa, pois coloca o analisando diante de suas próprias palavras e o leva a se implicar com suas questões.

Macedo e Falcão (2005) observam a importância fundamental para a escuta da escuta do analista em relação a si próprio, através de sua análise pessoal. As autoras afirmam que Freud sempre ressaltava que o domínio da técnica psicanalítica acontece através da experiência da clínica e que esta não se refere apenas ao atendimento do paciente, mas, fundamentalmente à análise pessoal. Portanto, cuidar da escuta de si mesmo é primordial para a escuta em relação ao outro.

É preciso então “afinar a escuta”, como nos aponta Minerbo (2016), através do estudo, da escrita. Aliás, afirma a autora que, para ela, o mais importante é conversar com os amigos sobre a clínica, pois cada um ajuda o outro a escutar coisas diferentes.

Rosa (2002) ressalta a posição ética e política da escuta, especialmente em contextos de exclusão, de miséria. As vicissitudes da escuta psicanalítica que permitem refletir sobre os efeitos subjetivos e intersubjetivos do sujeito em situação de desamparo social e discursivo. A

escuta desse sujeito precisa levar em consideração o lugar que este ocupa na lógica de mercado. A autora ainda argumenta: “mesmo nas situações mais adversas, é possível vislumbrar o efeito estruturante e organizador da escuta psicanalítica” (Rosa, 2002, p. 46).

Deste modo, a partir das formulações desses autores, podemos afirmar que a escuta analítica é singular, diferente da escuta do senso comum. É ela que caracteriza o fazer do psicanalista. Trata-se, portanto, de uma escuta em “atenção flutuante”, sem saberes a priori, sem julgamentos, sem valores, sem esperar ‘nada’ e, portanto, também é uma escuta do inconsciente, uma escuta dos silêncios, das atuações, dos tropeços e de todas as formas de expressão desse inconsciente.

Além disso, é uma escuta do sujeito em sua singularidade e contempla uma dimensão ética e política. Especialmente em um serviço público, em que nos deparamos com sujeitos em diferentes contextos, em situações de miséria, de exclusão. E, principalmente, com as crianças que estão em uma condição desprivilegiada frente ao adulto, que é sempre falada por um Outro, seja a família, a escola, as instituições. É preciso que esta escuta contemple todos esses abismos culturais, sociais, discursivos.

Percebemos, que em nenhum momento foi apontado pelos autores a necessidade de um enquadre técnico, de um setting analítico para que a escuta aconteça. O que é necessário, portanto, é um analista em posição de escuta, e esta pode ocorrer em contextos dos mais diversos, até mesmo em situações de extrema exclusão, desamparo, violência, como nos apontou Rosa (2002).

O instrumento de trabalho do analista é a escuta, que deve ser constantemente aprimorada. Sem essa escuta cuidadosa, não existe um trabalho analítico.

Percebemos, portanto, a importância dessa escuta, especialmente hoje em dia em que muitos se colocam na posição de ouvir o sofrimento alheio, mas a maioria está mais interessada em ensinar, aconselhar e direcionar para um fim bem-sucedido, tal como o que se faz presente

no imperativo da felicidade.

Seguiremos, portanto, discutindo a clínica psicanalítica com crianças e suas especificidades.

### **3.2 A psicanálise com as crianças**

Já em 1983, Mannoni afirmava que “a psicanálise de crianças é a psicanálise” (Mannoni, 1983, p. 9). Contudo, a psicanálise com as crianças, desde o início, constitui-se como um campo de polêmicas. Discussões que pretendiam negar a possibilidade de uma clínica psicanalítica com crianças ou que pretendiam fazer da psicanálise com crianças uma prática especializada. Também existiam controvérsias com relação ao método, sobre o lugar dos pais no tratamento, entre outras questões divergentes.

Também nesse sentido, Zorning (2008) nos lembra que os psicanalistas diferem radicalmente quando discutem sobre a psicanálise com crianças, dando origem a diversas interpretações, devido ao fato de este ser um campo complexo e de difícil delimitação.

Segundo Flesler (2012), essas polêmicas existem até hoje e a clínica com crianças trouxe problemas para a psicanálise, desde o início. Entre esses problemas está o fato de que o marco teórico, no qual a psicanálise se sustenta, foi traçado para pacientes adultos, e acrescenta: “é inútil procurar na obra de Freud uma posição única e contundente a respeito da aplicação da psicanálise ao tratamento de crianças; seus apontamentos e aportes mais claros e precisos se voltam para a investigação da etiologia da neurose” (Flesler, 2012, p. 15) .

Além disso, conforme Flesler (2012), as esperanças de Freud em sua filha acabaram trazendo mais um problema a questão já complexa da psicanálise com crianças: a relação entre a psicanálise e a pedagogia. Esse embate foi retomado depois de Freud pelas correntes de Melanie Klein e Anna Freud.

Flesler (2012) afirma que, desde o começo, a criança causou problemas para a clínica psicanalítica, “como um prego que não se encaixa bem no buraco” (Flesler, 2012, p.14). E assevera:

(...) desde o início, vemos que a criança, como uma presença real e estranha, causou uma verdadeira comoção na teoria e na prática da psicanálise, questionando os saberes estabelecidos e agitando as águas, o que continua acontecendo ainda em nossos dias (Flesler, 2012, p.15).

Desde então, visando “dar um leme à prática desorientada da psicanálise de crianças” (Flesler, 2012, p.16), surgiram diversas propostas. A psicanálise de crianças, como uma especialidade, na tentativa de superar a dificuldade de abordar a criança pelos moldes habituais, criou uma técnica especial para as crianças que, por sinal, não parou de revelar sintomas e sua inadequação, ao tomar a criança como objeto (Flesler, 2012). Percebemos, portanto, que a psicanálise com crianças foi surgindo de modo secundário dentro do movimento psicanalítico e envolve em muitas polêmicas e debates.

Segundo Camarotti (2010), a psicanálise de crianças surgiu de maneira marginal em relação à psicanálise de adultos. Ela teve início em uma época onde a comunidade analítica tentava institucionalizar a psicanálise, entre as preocupações com o mau uso da psicanálise, debatendo se os não médicos poderiam ou não exercer a psicanálise.

Sauret (1998) observa que, não raramente, a psicanálise com crianças se apresenta como “uma subpsicanálise”, ou seja, que não está à “altura do discurso analítico”. Segundo o autor, são diversas as razões para que muitos psicanalistas se dediquem exclusivamente à análise de adultos ou a análise de supervisões e estas razões não são necessariamente desprezíveis. No entanto, tal atitude seria um problema pois poderia levar os analistas a ficarem isolados da subjetividade de seu tempo.

De certo modo podemos pensar então que a psicanálise de crianças dentro da própria psicanálise também foi relegada a um segundo plano e é ainda hoje alvo de diversos embates. Contudo, acreditamos que a psicanálise com crianças é psicanálise pois, conforme Neme

(2003), para a psicanálise, o sujeito é o sujeito do inconsciente, sujeito dividido, em constituição, seja ele adulto, criança ou adolescente. Assim, como nos indica a autora, o que interessa à psicanálise é o sujeito do inconsciente e em uma análise quem fala ao analista é o sujeito do inconsciente e não a criança.

Nesse sentido, Flesler (2012) também afirma que o objeto da psicanálise não é a criança, nem o adulto, mas o sujeito. Esse sujeito, portanto, é o sujeito da estrutura, que não tem idade, mas tempos. Assim: “a psicanálise atende a criança, mas aponta para o sujeito” (Flesler, 2012, p. 19).

Entendemos que a criança é um analisante com plenos direitos e que psicanálise com crianças, mesmo não sendo uma especialidade, conforme já foi colocado, apresenta especificidades. Uma destas especificidades é que a criança se encontra em um tempo de constituição diferente, sendo, portanto, um sujeito em constituição.

Segundo Petri (2008), a clínica com crianças parece exigir uma delicadeza especial, que precisa atentar para uma condição de estrutura não totalmente efetuada, um sujeito em constituição. A infância é o tempo de constituição subjetiva que será finalizada apenas na adolescência e, mesmo o sujeito do inconsciente sendo atemporal, as condições contingenciais que vão se colocando ao longo de sua constituição lhe trarão consequências. Assim: “as encruzilhadas psíquicas que atravessa no decorrer de sua estruturação implicam transformações nesse mesmo sujeito, sendo somente na adolescência que os elementos adquirirão uma maior estabilidade na estrutura” (Petri, 2008, p. 43).

O tratamento com crianças apresenta algumas diferenças quanto ao tratamento do adulto. Dentre essas, podemos apontar que a criança não chega sozinha para atendimento, ela é trazida por um adulto, geralmente pelos pais, ou avós.

As crianças, “não costumam falar, como fazem os adultos, no mais das vezes brincam ou ficam em silêncio, às vezes não querem vir ou nos fazem perguntas de foro íntimo” (Flesler,

2012, p. 7).

Temos que lidar com diversas forças implicadas no tratamento da criança como já foi discutido. Todos têm um saber com relação às crianças. Conforme Zorning (2001), na clínica com crianças, muitas demandas aparecem sobrepostas (pais, escolas, pediatras) e essas demandas não partem diretamente das crianças.

Casos de ansiedade, problemas alimentares, fobias, dificuldades de aprendizagem, problemas de adaptação na escola, agressividade, são alguns dos sintomas que tanto chegam aos consultórios na contemporaneidade. Na prática, pude perceber que o que mais aparece é uma demanda escolar relativa às crianças que brigam muito na escola e que não têm um bom comportamento, ou que possuem alguma dificuldade na fala, como por exemplo gagueira (mas só depois que o fonoaudiólogo já esgotou todas suas possibilidades de trabalho) e também crianças “ansiosas”.

Como psicóloga em um serviço público de saúde, pude presenciar a quantidade significativa de crianças que chegam para atendimento psicológico. Alguns pais, mães, avós chegam desesperados, pois não conseguem lidar com suas crianças. Outros pais apenas deixam as crianças, esperando que elas sejam “consertadas”, sem se implicarem minimamente com as questões de seus filhos. Algumas vezes os responsáveis comparecem no primeiro dia e depois elas vão sozinhas para o atendimento.

Na clínica com crianças também devemos pensar nas diferentes formas que estas utilizam para se expressar. Elas cantam, contam histórias, desenham, brincam, ficam em silêncio. Segundo Petri (2003), na clínica com crianças, além da escuta, o olhar, o corpo e outros objetos, para dar suporte à fala, estão presentes e estes visam ajudar na leitura do inconsciente da criança. Para a autora, com as crianças, não só o divã não faz sentido como a cena analítica acontece ao incluir os corpos do analista e do analisante, além de outros objetos para dar suporte para a fala. Assim, além da escuta, o olhar e o corpo estão fortemente implicados no processo

de trabalho.

Conforme Freitas (2017), é frequente a angústia de jovens analistas que sentem que, evitar o discurso da pedagogia, ao se colocar em posição de escuta do inconsciente, “apenas brincam”, nada fazem para que as mudanças aconteçam. Esse sentimento revela certa angústia e aparente passividade que se confunde com um não saber fazer. Não é possível pensar que o analista “nada fez” se essas crianças em análise constroem sua demanda própria, enunciam suas fantasias e questionam o desejo do Outro, e construíram um sintoma. É preciso entender esse “nada”, principalmente se encontramos efeitos analíticos. Se esse “nada” for a oferta de uma escuta cuidadosa, se for uma presença que não satura a falta implícita a toda a demanda, que promove a abertura do inconsciente e leva a produção de saber, causando o desejo do sujeito, então “esse ‘nada’ não é pouca coisa, esse ‘nada’ é , no mínimo suportar a transferência de trabalho analítico, é permitir que o caso lhe ensine e que o sujeito realize seu trabalho na transferência” (Freitas, 2017, p. 179).

### **3.2.1 *Setting analítico***

Para Quinet (1991) convencionou-se chamar de *setting* analítico um conjunto de regras colocadas a partir de Freud no seu texto *O Início do Tratamento* que aparecem sobre o nome de “condições”. Essas condições falam sobre as entrevistas preliminares, o dinheiro, o divã e o tempo.

Para Petri (2008), a psicanálise é diferente de outros fazeres, pois, seu objeto de trabalho está intrinsicamente ligado ao sujeito do inconsciente, fazendo uma espécie de torção no próprio conceito de técnica. O analista precisa criar condições para que o sujeito realize sua análise.

A maior preocupação de Freud era muito mais dizer o que não fazer do que dizer como fazer. Suas recomendações se referiam ao uso abusivo da sugestão, ao furor interpretativo, curativo e pesquisante, ressaltando a cautela na leitura clínica e na singularidade das situações

(Petri, 2008).

Conforme Petri (2008), é comum, na história da psicanálise, que instituições de analistas acrescentem à regra da associação livre não mais conselhos ou recomendações, mas o chamado contrato ou *setting* analítico, visando estabelecer condições ideais para que o tratamento se desenvolva, o que acaba por engessar a situação analítica.

Para Quinet (1991), a única regra da psicanálise é a associação livre e ela não está do lado do analista e sim do analisante. Para o analista existe o preceito da atenção flutuante e, fora disso, não existem regras, mas a ética da psicanálise regida pelo desejo do analista. Assim, o rigor não está nas condições estabelecidas como regras, mas na condução da própria análise sobre a qual o analista deve responder.

Quando a situação analítica acontece fora dos moldes, dos padrões da psicanálise temos que improvisar, mas não são essas condições, conhecidas como *setting*, que garantem que a psicanálise aconteça. Trabalhando no serviço público, mesmo com atendimentos individuais em salas próprias, muitas vezes o contexto é diferenciado. Recordo-me de uma situação em que tive que trocar de sala com a nutricionista e atendi um menino de 6 anos pela primeira vez com uma queixa na fala. Ele balbuciava as palavras pela metade de forma bem infantilizada. Ele entra sozinho, a mãe fica literalmente do outro lado da porta, e se espanta quando ele entra e a deixa para trás. Ele explora o ambiente e lhe oferece alguns materiais, mas ele se interessa pelos objetos da sala, em especial por uma balança de bebês. Ele me pergunta o que é e eu explico. Então ele diz: “eu estava na barriga da minha mãe e já fui um bebê”. Após alguns atendimentos percebo que ele falava como um bebê e a mãe também o tratava deste modo, andando até mesmo com um paninho de limpar a sua boca, ainda do tempo em que era um bebê. Deste modo, pode-se perceber que mesmo um elemento aparentemente “estranho” (a balança) pode fazer parte do contexto e trazer luz para a cena analítica.

Percebemos, portanto, que essas condições que acontecem no serviço público, como

salas compartilhadas e até mesmo a ausência delas, não impedem em nada que uma análise aconteça.

Recentemente atendi uma criança de três anos que sofreu um acidente de carro onde estava com a mãe, a irmã e a avó. A irmã faleceu e a mãe encontra-se em uma cadeira de rodas sem os movimentos dos membros inferiores, ele e a avó só tiveram ferimentos leves. A criança veio com a avó que chorava muito e parecia não acreditar que algo pudesse ser feito para ajudar o neto. Algumas sessões ele consegue ficar um tempo pequeno dentro da sala, mas logo queria sair, preocupado com quem deixou lá de fora. As vezes o pai trazia a criança e outras a tia ou outro parente. Em algumas sessões o pai chegava junto, deixava ele e saía. Esse menino não queria ficar dentro da sala preocupado com as pessoas que saíam. Acredito que nesse momento ele não conseguia se separar de ninguém. Essa recusa mobiliza toda a equipe e os pacientes do PSF. Como era um caso conhecido, todos queriam ajudar a criança e tentar convencê-lo a entrar para dentro da “sala do psicólogo”. Algumas pessoas chegavam a inventar coisas, lhe diziam que existia um presente na sala que era para ele ir lá ver. Em meio a essa confusão, em que nem eu nem a criança éramos escutados, resolvi buscar alguns lápis e papel e o chamei para sentarmos de fora da unidade em um canto mais afastado. De algum modo ele entendeu esse gesto e, apesar de não querer sentar comigo no lugar que escolhi, ele ficou mais afastado e me chamou para sentar ao seu lado. Começamos a “nossa conversa”. Ele começou a rabiscar coisas, sendo ainda muito pequeno para desenhar, fez apenas rabiscos que foi nomeando esses traços como por exemplo: sol, coração, bola. Assim foram acontecendo as sessões, algumas dentro da sala e outras de fora, onde algo pôde ir sendo construído e foi possível falar sobre o que era impossível.

No serviço público onde trabalhei os brinquedos e jogos são compartilhados entre os pacientes. Em uma situação tinha uma boneca que uma paciente sempre a utilizava nas brincadeiras. Em alguns momentos, eu era a mãe da boneca, em outros a criança era a mãe ou

a médica que curava a boneca. Um dia essa boneca simplesmente desapareceu, eu fiquei muito angustiada quanto a isso, pensando que ela iria reagir mal a esse fato. Quanto lhe contei, ela apenas disse-me: “nossa roubaram nossa filha e agora o que vamos fazer?”. Eu fiquei de procurar por essa boneca nas dependências do PSF e ela foi embora. Tentei encontrar a boneca e já estava preocupada, pois não a encontrei, mas na sessão seguinte essa mesma paciente chegou com sua própria boneca e disse “agora podemos brincar de novo”. Esse fato revela que alguma coisa estava sendo construída na nossa relação para que ela pudesse ter tranquilidade para aceitar essa perda e lidar com a questão. Além disso, pude perceber depois que a resistência era minha enquanto analista.

As crianças, em algumas situações, resolvem os problemas. Às vezes os brinquedos são quebrados por outras crianças e elas mesmas consertam com fita adesiva. Às vezes elas escondem seus brinquedos prediletos no fundo do armário para que outras não os peguem. Em outros momentos, os objetos da sala são brinquedos também: a tampa da caixa vira bercinho para a boneca e os lencinhos cobertores. Em nenhum momento esses acontecimentos são empecilhos para o processo de análise. As crianças não veem empecilhos, as resistências eram sempre mais minhas do que delas.

Moretto (2001) questiona de onde surgiu essa ideia do setting como um conjunto de regras que possibilitaria a intervenção analítica. Para a autora, não foi de Freud que veio essa ideia, pois a psicanálise de Freud surgiu no hospital e além disso, Freud fazia suas intervenções caminhando com os pacientes e até mesmo nos hotéis em que estava hospedado durante suas viagens. Provavelmente, surgiram pelas dificuldades encontradas pelos analistas que vieram depois de Freud. Ele não deixou um manual de como fazer psicanálise, e essas regras surgiram na tentativa de suprir essa falta. Ele deixou claro que a única regra fundamental é a da associação livre e o instrumento do analista é a palavra inserida em um contexto transferencial:

Então, a conclusão que tiramos disso tudo é que o *setting* [grifo do autor] analítico não é esse conjunto de regras instituídas, essas que nos artigos técnicos de Freud encontramos sobre a designação de *condições*. [grifo do autor] quanto às regras, a única que ele deixou foi a que chamou de regra de ouro, foi a regra da *associação livre*. [grifo do autor] O contrato psicanalítico se funda na regra fundamental, o resto é perfumaria, o resto é resto. O que se contrata em uma psicanálise é o seguinte: o paciente associa livremente, e o analista presta atenção flutuante. Esse é o contrato, esse é o compromisso entre paciente e analista, por que é só nesse enquadre (*setting*) [grifo do autor] feito a partir desse contrato, que podemos pensar na resistência, no estabelecimento da transferência, e nas possibilidades de intervenção analítica. Não podemos estar tratando do *setting* [grifo do autor] como um espaço real porque ele é virtual, ele é psíquico, ele é, na verdade, um artifício, uma construção do psicanalista para que a análise se dê (Moretto, 2001, p. 59).

Fica evidente, portanto, que a falta de um espaço apropriado, de materiais adequados, e de condições propícias em nada inviabiliza uma escuta analítica com as crianças, desde que exista um analista disposto a operar. O rigor não está nas regras, nas condições e sim no modo de se conduzir uma análise. Quanto a falta destas condições aparece como empecilho para um processo analítico revela muito mais uma resistência por parte do analista.

### **3.2.2 Lugar do analista na clínica com as crianças: transferência e desejo do analista**

#### *O Sonho da menina*

*Alice era uma menina de 6 anos. Chegou para atendimento devido a problemas de peso, era bem grande e gordinha para sua idade, parecida ser bem mais velha. A mãe reclamava dela o tempo todo e dizia que já era grande para saber o que podia ou não podia comer. Já era grande para saber se cuidar sozinha, já era grande para ajudar na casa. Mas Alice era apenas uma menina....*

*Alice chegou sem “saber brincar”, veio com uma boneca que a avó recomendou que trouxesse, mas “não sabia brincar de boneca”. Nas brincadeiras não sabia encenar o “faz de*

*conta”. Perguntei o nome da boneca e ela me disse que era “Ana Maria” e perguntei o que a Ana Maria gostava de fazer.*

*Alice me olha então assustada e diz: mas ela não fala!*

*Retruquei na hora: Ela fala sim! Quer ver?*

*Fiz perguntas para a “Ana Maria” e eu mesma respondia com vozinha de criança, ela riu muito e começamos a brincar. No final da sessão ela já ia embora com a avó e falei: Tchau Alice, tchau Ana Maria e ela sorridente pegou a mão da boneca e ensaiou um tchauzinho. Bom acho que aí começamos nossa conversa!*

*Algumas sessões depois ela chega e me diz: Roberta tenho uma coisa para te contar.*

*Digo: pode falar!*

*- Essa noite sonhei que minha casa estava pegando fogo e que você estava lá para me ajudar a apagar o fogo!*

*Alice foi a minha primeira criança em atendimento e essa fala me marcou muito. Como iniciante não sabia muito bem como explicar para as crianças o que era um analista. Nunca tinha lhe dito que ali ela poderia falar de seus sonhos e não sabia bem o que fazer nas sessões. Mas Alice me ensinou. Ela sabia muito bem o que fazia ali!*

Começo essa parte do capítulo com esse pequeno trecho para falar de algo essencial na clínica psicanalítica: a transferência.

A transferência é fundamental na clínica psicanalítica e não existe psicanálise sem a transferência. A transferência como operador do processo analítico se torna também essencial na clínica psicanalítica com crianças. Entretanto, ela não é um fenômeno exclusivo da relação analítica, ela está presente também em todas as relações humanas, mas a psicanálise a utiliza como instrumento na direção do tratamento analítico. Segundo Maurano (2006), a transferência está relacionada ao amor e com a demanda de ser amado e é a análise da transferência que inaugura a clínica psicanalítica e a diferencia de outros métodos.

Fernández (1992), a partir de seus estudos em Lacan, argumenta que a transferência tem o amor e o desejo enquanto estrutura, que apontam para uma falta, para um objeto tendo, portanto, uma estrutura simbólica.

Pensando na relação transferencial, também é importante refletir sobre o desejo do analista enquanto instrumento para o manejo da transferência. É o desejo do analista, ou seja, o saber creditado ao analista, que dá balizamento necessário ao manejo da transferência. Desejo do analista caracteriza-se como uma função de objeto causa de desejo que ao analista cabe sustentar.

O desejo do analista como re-ordenamento da libido é uma expressão trazida por Lacan para as modificações econômicas quanto ao estatuto do objeto produzidas no processo de passagem de analisando a analista no fim de análise. Mas desejo do analista é também um termo para o desejo que sustenta uma análise, nodulando analista e analisando, através da transferência (Hülle, 2003).

Para Fernández (1992), a análise é o trabalho da transferência e o analista tem por função causar esse trabalho, orientado pelo seu desejo. Deste modo, para a autora, a relação transferencial se estrutura sobre uma falta, e este engano, que o analista sustenta por um tempo, permite a fixação da transferência.

O analisando coloca o analista no lugar de Sujeito Suposto Saber e demanda um saber que este não tem, colocando o saber no lugar de objeto de desejo. Ao não responder a esta demanda, o analista em sua função de causa faz aparecer o desejo, possibilitando a transferência (Fernández, 1992).

O analisante demanda um saber que o analista não tem e o analista sustenta essa fantasia e, ao não responder essa demanda, possibilita o aparecimento do desejo. O desejo do analista como operador da clínica introduz esse vazio, possibilitando que o analisante se interroge sobre seu desejo.

Rinaldi (2014) destaca que o desejo do analista está localizado no registro do Outro. O analista permite que essa função se manifeste na análise, colocando entre parênteses seu desejo pessoal, permitindo que a função do desejo, oriundo do lugar do Outro, se manifeste. Assim, enfatiza que é o Sujeito Suposto Saber que, instaurando a transferência, dá início à análise, mas é o desejo do analista que regula o seu desenvolvimento e a saída da análise.

Segundo Vidal (2001), é através da função do desejo do analista que se sustenta a análise com uma criança. Só ver a criança a partir de um olhar de dependência em relação aos pais “ofusca e impede o analista de escutar a palavra que a criança, como sujeito do inconsciente, lhe endereça” (Vidal, 2001, p.17).

Quando via o Matheus tão apático, sem vida, pensava como poderia uma criança estar assim? Algo do meu desejo enquanto analista me colocava a perguntar sobre ele, a indagar aos demais profissionais sobre o caso. Ele era alvo das conversas e discussões, pois, de certa maneira, eu provocava essas conversas. Até o momento em que ele estava fazendo as atividades sem reclamar, estava tudo bem, os profissionais não pareciam estar incomodados com essa situação.

O caso do Matheus mostra que só foi possível progredir na análise desse sujeito quando ele passou a não ser visto apenas como aquele que não escreve direito e que não aprende, mas como criança com seus desejos.

Um paciente de 9 anos veio para a análise com uma queixa de sobrepeso e não queria desenhar e nem brincar. Sempre dizia que não sabia fazer nada, que não era bom em desenho, que não sabia brincar, que não era bom em jogar bola. Tudo o que eu lhe perguntava ele não sabia ou não era bom o suficiente. Nas sessões, a única coisa que se propôs a fazer foi jogar damas e era um jogo que ele repetia várias e várias vezes e sempre tinha que ganhar. Quando ganhava entrava em júbilo, gritava alto e fazia até “voltas olímpicas”, cantando e comemorando, outras vezes entrava em um estado regressivo, emitindo sons e grunhidos como uma criancinha

pequena. Foi preciso que esse processo se repetisse várias e várias vezes até que ele enfim pudesse partir para outras construções. Somente quando foi possível ganhar no jogo, o que talvez não ganhasse na vida, foi possível prosseguir.

Peusner (2016) lembra que, ao longo das repetições de um mesmo jogo, o analista não pode duvidar que elas o levarão a um lugar. Muitas vezes o desespero em produzir um significado, a pressa em compreender e em interpretar são os modos em que o desejo do analista pode vacilar. Ele diz que: “Em tais situações, mais do que nunca, o analista deve ser paciente...” (Peusner, 2016, p. 35).

Peusner (2016) atenta que é preciso que, na medida do possível, o analista desaloje o eu para instalar sua função, e completa: “O desejo do analista que não retrocede ante às crianças coloca-se em jogo através de uma aposta no inconsciente – o que também pode se apresentar como renúncia ao eu” (p. 31), entendendo o eu não como uma pessoa em particular, mas como modo preciso de tratamento da estrutura da linguagem.

Entretanto, Rassial (2004) assinala que, apesar do consenso de que não há especificidade do desejo do analista na análise com crianças, muitos analistas se recusam a atendê-las. Para o autor, para esse paradoxo podem ser dadas várias explicações, contudo, levanta a hipótese de que “na prática da análise de crianças, *a questão ética do desejo do analista não pode ser eludida*” [grifos do autor] (Rassial, 2004, p. 25).

Segundo Rassial (2004), na análise com crianças, o analista é interrogado em seu desejo e não pode escapar dele com truques técnicos pois, não basta deixar a análise ocorrer, ele precisa dar conta do ato analítico, do começo ao fim, e de seu engajamento na psicanálise, tanto na relação com a criança quanto com os pais, as instituições e a escola. Para o autor, a análise com crianças constitui-se como implicação de um estilo que não pode ser imitado, mas que é fruto da própria análise e de toda a singularidade que marca sua relação com a psicanálise.

Com as crianças não basta apenas deixar que a análise aconteça, utilizando de truques

técnicos, é necessário que o analista se arrisque mais. Para Rassial (2004), o que vai permitir ou não a análise é o ato de distinção da demanda institucional (pais, escola, médico, e até mesmo da própria criança) e a demanda do sujeito. Esse estatuto da não resposta à demanda que é frequentemente entendida como posição de silêncio. No caso da psicanálise com crianças, não é uma abstenção, mas um ato que pode necessitar de fala.

Pechberty (2001) nos lembra que, muitas vezes, são projetadas no analista diversos papéis, fruto da transferência, mas também como resultado do contexto cultural. O analista é “cirurgião”, retirando todo o mal da criança e devolvendo-a como era antes, ou “interprete”, tendo que fazer a criança entender, compreender algo ou ainda “educador”.

Pechberty (2001) observa que um certo tipo de “violência” pode atravessar a situação analítica com crianças, sem que o analista perceba, pois envolve muitas transferências (pais, crianças, analista) e, dessa forma, pode interromper a comunicação. Sobre essa violência, salienta que: “esta pode tomar dois aspectos, o cuidado prolongado ou a tentação educativa” (Pechberty, 2001, p. 19).

Conforme Pechberty (2001), tratar de crianças revela nossa própria experiência infantil e continua:

(...) Sua transferência de analista anima as fantasias específicas na condução do tratamento: anular a família do paciente, fazer nascer uma nova criança maravilhosa graças ao tratamento, reeducá-la. Reparar, tratar, educar são dimensões mobilizadas no trabalho com a criança. Resulta daí um certo tipo de imaginário: este está sem dúvida ligado à experiência paterna, específica do mundo adulto (Pechberty, 2001, p. 19).

A análise com crianças pode despertar aspectos recalcados. É fácil o analista cair na tentação de educar, corrigir e responder às demandas sociais, entretanto, não é este seu lugar por isso, a análise de crianças exige muita cautela.

Entretanto, apesar de alguns analistas não se disporem para o atendimento de crianças, outros tantos se lançam nesse desafio.

Bernardino (1998) enumera algumas questões relacionadas aos desejos que aparecem entre aqueles que se propõem a analisar crianças, dentre elas destaco algumas: uma crítica aos pais e à ideia de que se saberia fazer diferente; um certo gozo nas tentativas de bordear o Real; um esforço de resgatar uma certa ideia de infância aliada à demanda dos pais ou social; uma procura de reparar a forma como a função materna é exercida, entre outras.

Bernardino (2004) adverte que é importante interrogar essa “vocação” de estar na posição de analisar crianças para se distanciar de uma busca sintomática de um encontro bem-sucedido com estas crianças, de procurar protegê-las de todo trauma, castração, do encontro com o Real, onde nessa relação, só cabe às crianças a posição de objeto.

Nesse contexto, a supervisão assume especial valor, de acordo com Bernardino (1998), como um lugar privilegiado, onde aparecem as vacilações dos analistas, os lapsos, os esquecimentos que servem de rico material para a análise pessoal. A autora observa que o intuito da supervisão e da análise não é que se esgote o desejo de analisar crianças, mas o objetivo é de se interrogar esse desejo e completa: para analisar crianças “o analista tem que pôr em questão, em sua análise pessoal, este seu desejo até o ponto de não mais haver o que resgatar, da falta do Outro, no que esta ‘vocação’ de ‘curar’ a criança se esgotaria na sua iniquidade” (Bernardino, 1998, p.73).

Para Bernardino (2004), desejo do analista enquanto operador clínico permite instituir um lugar para a falta e na clínica com as crianças esse operador confronta as crianças com algo inédito:

Um adulto que não é imperativo; que mesmo que seja colocado por ela mesma na posição de mestre, não a ocupa; um adulto que não dá orientações, não dá ordens, não ensina, nada pede a não ser que a criança ocupe um lugar ali; produz-se uma reação ao novo, uma inquietação: “o que quer ele, então, de mim?”, pergunta-se a criança. Este novo abre a possibilidade, para a criança, de localizar seu desejo como podendo ser diferente do que interpretou como desejo do Outro, destacado deste. (Bernardino, 2014, p. 63)

Percebe-se que quando nos propomos a analisar crianças é preciso muito cuidado, posto que são várias demandas, vários saberes em torno destas. É muito fácil cair na tentação de querer “educar”, de “consertar”, de resgatar uma criança ideal. É necessário que este desejo e esta prática sejam a todo momento interrogados. Nossa tarefa é escutar as crianças além das palavras, sem julgar, sem aconselhar, sem emitir opiniões.

Cabe ao analista colocar a análise em movimento. O fazer do analista tem sua marca fundamental no ato analítico. Para discutirmos brevemente sobre o ato analítico apresento em seguida uma pequena vinheta.

#### *Uma girafa de cabelo roxo*

*Luiza era uma garotinha esperta, tinha seis anos, cheia de vida, chegava para os atendimentos radiante, toda enfeitada, com batom colorido e bolsinha combinando. Sua mãe havia me procurado dizendo que a criança estava tendo alguns medos “estranhos”, não dormia direito. A mãe fala que ela começou a ter medo de um zelador da escola que tinha a mão amputada e que ela corria dele com muito pavor, e por isso não estava querendo ir à escola. Depois, a mãe me conta que a menina começou a ter medo de “gente doida”, algumas pessoas da cidade que tinham transtornos mentais, mas que nunca haviam feito nenhum mal a filha. A mãe diz que começou a se preocupar mais depois de um episódio em que a menina viu uma dessas pessoas e saiu correndo na frente dos carros. Luiza tinha uma irmãzinha de poucos meses e a mãe conta que ela tinha muito ciúmes da irmã.*

*Em seus atendimentos chegava sempre alegre, gostava de desenhar. Em um de seus primeiros desenhos, desenhou ela e a mãe iguazinhas, com diferença quase imperceptível no tamanho. Em alguns desenhos a irmãzinha aparecia quase “apagada”, sem cor nos braços da mãe. Luiza sempre desenhava “as meninas” de rosa ou vermelho e os “meninos” de azul. Ficou muito tempo brincando com as cartinhas do jogo do mico onde ela separava os*

*“meninos” das “meninas”.*

*Luiza era cheia de si, gostava de mandar. Fazíamos desenhos juntas e ela ficava sempre me “mandando” colorir isso ou aquilo de determinada cor. Eu, às vezes, a contrariava colorindo com cores diferentes das recomendadas. Ela se irritava bastante. Um dia estávamos desenhando e fiz o desenho de uma girafa enquanto ela fazia outro desenho. Ela deixava o dela de lado para conferir se eu estava “fazendo certo” e num impulso desenhei uma peruca na girafinha com cabelos roxos. Ela me olha indignada e grita:*

*- Girafa com cabelo roxo! Isso não existe.*

*Respondi sorrindo:*

*- A minha girafa tem cabelo roxo, faz a sua aí!*

*Ela ficou irritada, mas me pede para fazer uma girafa para que ela possa colorir e faz a sua toda colorida também.*

*Nas sessões seguintes ela começa a fazer desenhos cada vez mais coloridos, começa a desenhar ela, a mãe e a irmãzinha, com cores e formatos bem diferentes. Seus desenhos parecem um arco-íris, com cada pedacinho de uma cor, queria utilizar todas as cores possíveis nos desenhos e certo dia me diz:*

*-Roberta sabe de uma coisa?*

*-O que?*

*-Minha mãe falou que não posso fazer desenhos todos coloridos porque está errado.*

*- E o que você falou?*

*- Disse para ela que o desenho era meu e que eu podia fazer da cor que eu quisesse!*

*Bom, Luiza seguiu por mais algum tempo, continuava com toda sua graça, ainda “mandona”, mas conseguiu se posicionar de outra forma frente a vida, sem tanta rigidez e pode fazer escolhas diferentes e ver que as coisas poderiam ser mais coloridas do que pensava.*

A ideia de um ato analítico sempre me parecia algo muito abstrato, como fruto de uma grande genialidade, algo muito elaborado, como lia nos relatos de outros analistas experientes. Entretanto, através de minha prática com crianças pude perceber que atos, intervenções aparentemente pequenos, podem ter efeitos significativos para uma análise. Especialmente com as crianças que não são muito dadas a excessos de interpretações.

Com esse episódio pude *a posteriori* perceber que essa intervenção, mesmo sem saber explicá-la, teve consequências para a criança.

A noção de ato analítico é introduzida por Lacan para falar tanto de um modelo de intervenção do analista quanto de um modelo do conjunto da experiência analítica. Para fins desse estudo interessa-nos apenas a primeira ideia.

O ato analítico é uma intervenção que visa colocar em trabalho a transferência e que se mede nos efeitos que provoca no sujeito.

Para Quinet (1991) no ato analítico não há sujeito do Inconsciente, o sujeito não é agente de seu ato. Assim, não existe saber no ato analítico, pois ele acontece onde o sujeito não se encontra. O ato psicanalítico também não está do lado do pensamento, pois o sujeito que pensa não age, além disso é incompatível com a hesitação que denota a divisão do sujeito.

Para Quinet (1991) o ato psicanalítico provoca uma mudança radical no sujeito. Também Vicente (2004) nos diz da dimensão da mudança no ato analítico, afirmando que há um campo que permite situar um antes e um depois.

Segundo Vicente (2004) as regras utilizadas, sem a indagação dos princípios que fundamentam o estilo do psicanalista, resultaram na inibição do ato analítico. Nesse sentido, em nome das regras técnicas abriu-se mão da interrogação dos princípios da psicanálise e apagou-se o que é a fonte de sua eficácia: a surpresa. Surpresa como signo da experiência do inconsciente, do que nos afeta, do que nos embaraça. Isso não significa jogar fora as regras, mas estabelecer princípios para acabar com a força de uma regra ritualizada.

Dessa forma, o ato analítico não é uma ação, racionalmente planejada, não dá para prevê-lo, planejá-lo de antemão, não tem o mesmo efeito para sujeitos diferentes. Ele só acontece sob transferência, quando o analista se permite a invenção.

Nesse sentido, após termos discutido os fundamentos de uma prática psicanalítica com as crianças cabe nos interrogarmos sobre como essa prática pode ser pensada em um serviço público e quais os princípios que sustentam nosso fazer analítico nesses contextos.

## **4 A Escuta psicanalítica no serviço público**

Neste capítulo procuramos discutir a inserção da psicanálise no serviço público, suas barreiras, seus impasses e também a pertinência desta nesses espaços. Também foram utilizados dos conceitos de psicanálise implicada para refletir sobre a atuação do psicanalista na pólis, tendo a ética da psicanálise como suporte para pensarmos como possibilitar uma escuta psicanalítica para as crianças em um serviço público.

### **4.1 A psicanálise no serviço público**

A psicanálise está cada vez mais presente nos serviços de atendimento à população. Desde o movimento de Reforma Sanitária, a criação do SUS e a Reforma Psiquiátrica o analista vem ocupando espaços dentro da rede pública de saúde. A presença da psicanálise em espaços públicos já é uma realidade, como nos diz Moretto (2019): “Se alguém duvida a respeito da presença dos psicanalistas trabalhando nos espaços públicos, então que se faça a chamada, pois nós estamos presentes” (Moretto, 2019, p. 66).

Moretto (2019) afirma que as instituições de saúde são ambientes privilegiados para a prática da clínica que dá lugar ao sujeito, ao tomarmos a clínica não como um local e sim como um método que possui um modo específico de lidar com o sofrimento, onde o profissional se inclina para escutar o outro.

Conforme Victor e Aguiar (2011), no Serviço Público a entrada do psicanalista aconteceu através do profissional psicólogo, uma vez que a função de psicanalista não é regulamentada pelo estado.

Apesar da atuação do psicanalista estar se tornando tão relevante tanto no serviço público, quanto na clínica privada, e seu fazer estar presente em todos os níveis de atenção do SUS, Victor e Aguiar (2011) destacam que a viabilidade da clínica psicanalítica no serviço público ainda é constantemente questionada, especialmente devido às divergências entre as

demandas da instituição e o trabalho analítico.

Segundo Serralha (2018), são muitas as críticas à Psicologia, especialmente à Psicologia Clínica e à Psicanálise no Serviço Público. Essas críticas versam sobre uma prática que reforça a exclusão, privilegia um modo de ser individualista, é inflexível, não considera as condições sociais de vida de um paciente e acaba ocasionando a não procura dos pacientes pelo serviço e o abandono do mesmo. As críticas também tratam sobre os psicanalistas atuarem de forma ambulatorial no serviço público, promoverem a dependência emocional e a vitimização do paciente. Entretanto, a autora questiona essas críticas, dizendo que estas desconsideram a alta rotatividade de profissionais no serviço, os próprios conflitos pessoais dos profissionais e também a evolução da Psicologia Clínica e da Psicanálise. Além disso, tais julgamentos ignoram ainda as próprias condições do serviço público, a descrença nas políticas públicas, a falta de investimento do trabalho e a falta de recursos materiais que impedem a criatividade.

Serralha (2018) também lembra que os programas do governo de saúde e educação tendem a generalizar os cuidados para facilitar o trabalho, mas que muitas vezes não atendem as necessidades específicas e particulares de uma pessoa, posto que buscar entender o singular e necessário a uma pessoa não é individualismo:

(...) perceber o indivíduo não significa falta de contextualização. Por que pessoas pobres não podem ser vistas e cuidadas de forma particular e, assim ser ouvidas em seu sofrimento? Com certeza, esse sofrimento tem especificidades e características subjetivas. Porque a condição de pobreza coloca o ser humano em um bloco único, em que todas as ações são dirigidas a todos igualmente sem considerar as subjetividades individuais? É isso respeitar e conceder acesso aos direitos dessas pessoas? Será que o sofrimento psíquico, oriundo da falta de respeito e afeto, só acomete a camada mais abastada da população? As pessoas pobres só sofrem psiquicamente por sua condição de pobreza? (Serralha, 2018, p. 107).

A ética no serviço público é a ética do bem para todos. Para facilitar o trabalho, gerir recurso, são estabelecidas metas e programas baseados em dados epidemiológicos. As estratégias são planejadas e executadas para atender a um maior número de pessoas de forma

homogênea, independente das particularidades dos sujeitos. As pessoas são incluídas em terapêuticas e aderem a tratamentos sem se implicarem no processo. As ações geralmente se concentram em atender determinados grupos de indivíduos e, quanto mais pessoas presentes nas ações, significa maior sucesso da empreitada, mesmo que estas não tenham significado para as pessoas envolvidas. Aliás, é importante pensarmos que nem todos sofrem da mesma maneira.

Além do mais, no serviço público o que predomina ainda é o discurso médico. Quando algum profissional tem uma fala diferente, ela, na maioria das vezes, não é ouvida. Não é muito difícil de perceber que muitas vezes a fala do psicanalista tende a se dissolver nos discursos que circulam na instituição.

Para Moretto (2001), no discurso médico a psicanálise é convocada a atuar onde a subjetividade invade criando um obstáculo, ou seja, quando se percebe uma contradição entre o que o paciente pede, a cura e o que o paciente deseja. Nesse momento, quando aparece essa impossibilidade, essa desobediência do doente que atrapalha o fazer do médico é que os psicanalistas são chamados para calar o paciente, e é aí que o psicanalista entra, para fazê-lo falar, para lhe dar lugar de escuta. Dessa forma, a psicanálise opera com as singularidades, o que pode ser bom para um sujeito não será necessariamente para outro.

Moretto (2001) assinala que existe uma antinomia radical entre a Medicina e a Psicanálise, basicamente entre os discursos que as sustentam e as posições que ocupam para operar um fazer. E por não ficarem tão claras essas posições, existem muitas disputas entre os diferentes campos. Mas essa competição acontece dentro de um domínio imaginário e por não se perceber que essas duas ordens dependem uma da outra. Como nos diz a autora: “a ordem psicanalítica depende da exclusão feita pela ordem médica, e esta depende da presença da outra para poder continuar excluindo” (p. 72). É justamente por existir essa antinomia que é possível um trabalho interdisciplinar.

Assim, a questão não é opor um saber ao outro, mas apreender que cada um tem seu espaço, entendendo as diferenças fica mais fácil perceber que cada um tem seu lugar e que um depende do outro.

Fernandes (2013) acredita que é possível a psicanálise atuar com a escuta do sujeito, afastando-se de concepções médicas e psicopatológicas e que, apesar dos desafios, a psicanálise vem se inserindo nos serviços de saúde, especialmente nos hospitais e na rede de saúde mental.

(...) os psicanalistas, enfrentando maior ou menor resistência, tem-se autorizado a compartilhar com os demais saberes a especificidade de seu campo de trabalho, assinalando a importância e a viabilidade de sustentar um espaço para a escuta e o cuidado da singularidade dos pacientes e demonstrando que a experiência discursiva engendrada pela psicanálise gera efeitos nos pacientes, na equipe de profissionais da saúde e, conseqüentemente, nas relações institucionais (Fernandes, 2013, p.74).

Como nos aponta Fernandes (2013), o lugar da psicanálise é o de oferecer escuta para aquilo que fracassa ante aos discursos normativos. A posição investigativa da psicanálise pode, nos serviços de saúde, potencializar espaços de discussão auxiliando a equipe e os pacientes a interrogar o que insiste pelas vias das formações sintomáticas. Segundo a autora, o mal-estar presente nas instituições de saúde é consequência da falta de espaço onde o desejo possa circular e indica:

Entendemos que o mal-estar se faz premente no cotidiano da UBS, dando lugar à apatia e à ineficácia do trabalho realizado, pela falta de espaços em que o desejo possa fluir – sinalizado a incompletude e inconsistência do ideal exigido pela instituição – e com vigor, possibilite a construção de propostas inovadoras. Somente a abertura para o desejo pode fazer barreira ao imperativo tomado pelos sujeitos como dever de responder de modo maciço aos ideais propostos, e ao sentimento de culpa inconsciente advindo da impotência em não responder a tal apelo (Fernandes, 2013, p.76).

Mesmo com todos os programas e projetos para a população, e toda a “boa vontade” da equipe em fazer o que “deve ser feito”, existe algo que o protocolo não recobre. Existem as subjetividades, algo que é particular de cada um. Existe aquele sujeito que mesmo correndo risco de morte, devido ao diabetes, não segue a dieta e a equipe se revolta. Aquela pessoa que

está quase todos os dias se queixando de dor e a equipe já esgotou seus recursos e diz “que é frescura”. Ou um senhor que tem “problemas mentais”, mora sozinho e vai todos os dias na unidade “fazer um curativo” e tomar um “remedinho para dor” e fica bravo quando lhe dizem que ele já tomou os remédios que precisa e que não tem machucado nenhum.

A psicanálise apresenta alguns desafios distintos de outros campos de saber profissionais no serviço público, especialmente porque conforme Victor e Aguiar (2011):

(...) não pretende primariamente ampliar a qualidade de vida dos indivíduos, mas propiciar uma escuta diferenciada a quem está em sofrimento. E, em face dessa discordância, tampouco objetiva repensar sua base conceitual, mas ao contrário, fortalecê-la para intervir de maneira adequada, advertida, interessada (Victor & Aguiar, 2011, p. 43).

De acordo com Victor e Aguiar (2011), no serviço público o psicanalista trabalha em equipes multiprofissionais que estão marcadas pelo discurso médico. Contudo, a psicanálise difere radicalmente desses discursos dominantes, sendo ponto de resistência para a visão do paciente como passivo, sem saber sobre si próprio.

Devido a essa conjuntura, Victor e Aguiar (2011) apontam que a convivência dos psicanalistas nas equipes multiprofissionais não é fácil. A demanda dessas equipes é pelo psicoterapeuta e não psicanalista, pois o psicoterapeuta trabalha para ajustar comportamentos, emoções para que o paciente possa aderir ao tratamento. Já o psicanalista trabalha sobre outra ética, a ética da diferença e da singularidade. Por isso, segundo os autores:

Não é difícil concluir qual membro da equipe recebe sucessivamente críticas por não ter feito o que lhe foi atribuído: o psicanalista. Porque a psicanálise parte de outros princípios teóricos-epistemológicos e de outra ética, que supõe a inexistência de um objeto adequado e a impossibilidade da totalidade e completude harmônica, o psicanalista não se encaixa muito bem nesse funcionamento de equipe, o que produz dificuldades de trabalho. Em outras palavras, não raro a equipe tenta projetar seus fracassos no psicanalista (Victor & Aguiar, 2011, p. 44).

Ainda conforme salientam Victor e Aguiar (2011), a psicanálise difere da psicoterapia pois, a psicanálise não tem como objetivo os efeitos terapêuticos, apesar de que eles não sejam

inegáveis e, de modo geral, não demoram para aparecer, mas não é de forma alguma o objetivo do tratamento analítico, pois a psicanálise não visa normalizar ou adequar o sujeito. Ademais, geralmente as equipes não aceitam outra forma de tratar o paciente que não seja normativa e pedagógica.

Apesar dos desafios e dos entraves constantes, Victor e Aguiar (2011) nos mostram que a psicanálise é plenamente viável no serviço público. A psicanálise sempre enfrentou críticas e resistência justamente por ter um discurso transformador. Como nos apontam os atores:

A psicanálise não vai salvar a sociedade, ou a instituição de saúde, e nem pretende tal coisa. Mas também não será devorada por esse discurso hegemônico, porque ela se torna necessária à medida que esse discurso tenta mais e mais capturar o sujeito para subordiná-lo aos seus ideais (Vitor & Aguiar, 2011, p. 48).

De acordo com Moretto e Prizskulnik (2014), dizer que o psicanalista está presente na instituição de saúde não é a mesma coisa de dizer que ele está inserido, mesmo que o profissional faça um trabalho clínico importante nestas instituições. Para as autoras, a inserção da psicanálise nesses campos é um processo que necessita ser construído para que o psicanalista possa ali operar.

Para Moretto e Prizskulnik (2014), essa tarefa de inserção da psicanálise nas instituições de saúde cabe ao psicanalista e não a equipe pois, é necessário que ele, ao fundamentar sua prática, possa presentificar a psicanálise nesses espaços. A inserção da psicanálise é um ato psicanalítico, um posicionamento simbólico, uma tomada de posição em relação ao Outro.

Moretto e Prizskulnik (2014) assinalam que o lugar que o psicanalista ocupa na equipe depende de dois pontos. O primeiro está relacionado ao tipo de demanda que a equipe lhe dirige, estando esta ligada com a relação que a equipe estabelece com a subjetividade do paciente e dela própria. O segundo ponto está relacionado com o modo como esta demanda é escutada pelo analista e o tipo de resposta que ele lhe oferece.

Moretto e Prizskulnik (2014) consideram que muitos psicanalistas nas instituições de

saúde se queixam de resistências nas equipes e dificuldades de inserção. Apesar disso, existem alguns equívocos neste ponto como a ideia de que a inserção de um analista depende do outro (equipe) e não da interrelação, e a dificuldade de diferenciação entre a demanda e o encaminhamento.

Moretto e Prizskulnik (2014) colocam, portanto, que é importante depurar essa demanda. A demanda, diferente do encaminhamento, trata de um desejar saber. Quando o encaminhamento decorrer da exclusão da subjetividade e não possuir um pedido de retorno de saber do analista, temos aí um problema na inserção do analista. O que leva muitos profissionais se sentirem excluídos e desqualificados. Contudo, as autoras ressaltam que é possível contornar essa situação, sustentando nosso discurso e trabalhando rigorosamente como analistas. Nas palavras das autoras:

O lugar do psicanalista na equipe de saúde não é dado de antemão. É nesse sentido que dele é possível resvalar. O processo de inserção e a construção do lugar do psicanalista na equipe de saúde podem ocorrer se, e somente se, houver um psicanalista decidido ao trabalho (Moretto & Prizskulnik, 2014, p 297)

A prática do analista nas instituições de saúde precisa ser constantemente recriada, reinventada e repensada. Esse fazer em contextos de exclusão, pobreza, vulnerabilidade também é um exercício político. Por isso, é preciso que a psicanálise e a saúde coletiva possam dialogar, num campo onde impera o discurso biomédico, o discurso pedagógico, onde os programas já estão prontos, organizados, as metas estabelecidas.

O trabalho em equipe, quando não leva em consideração a responsabilização pelo paciente, acaba por apenas ser um trabalho isolado, em que um profissional termina encaminhando para outro profissional sem uma escuta.

Betts (2014) questiona como um operador da psicanálise, ou seja, alguém atravessado pela ética da psicanálise, se encontra inserido num contexto institucional sem se dissolver nos

discursos que circulam na instituição e coloca que, como último recurso, esses analistas acabam isolados em seu canto apenas atendendo pacientes.

É comum que nas instituições os operadores da psicanálise se encontrem inseridos nas equipes multiprofissionais. Nesse contexto, cada profissional aborda a questão trazida pelo sujeito sob o ângulo específico de seu saber, geralmente não levando em consideração os outros profissionais. A lógica que vigora nesses contextos é que o sujeito deve se adaptar ao modo de sobreposição das especialidades, ao invés da equipe levar em consideração o singular do caso como ordenador das diferentes intervenções. A construção de um funcionamento transdisciplinar não é pouca coisa e nem fácil, é preciso que o caso seja tomado em sua singularidade na transferência (Betts, 2014).

Ademais, como cuidar de uma equipe que também tem sua subjetividade, seus problemas, suas questões, que é constantemente questionada, cobrada em produtividade, cobrada pela população, possam olhar para as subjetividades do outro? As equipes estão adoecidas e descuidadas, inclusive aquelas que contam com presença de psicanalistas. Esse é um grande desafio para todos os profissionais.

Betts (2014) ainda nos lembra que o operador da psicanálise precisa se posicionar frente às regras instituídas, o que implica certo questionamento que é saudável e serve para provocar “um efeito de oxigenação do laço social dentro do contexto instituído” (Betts, 2014, p.17). Ainda conforme o autor, a ética da psicanálise, ao sustentar o efeito sujeito de desejo que o ato analítico acarreta, leva a uma ruptura com a lógica instituída, uma descontinuidade entre o que é proposto e esperado na instituição.

## 4.2 O psicanalista na pólis

A ética da psicanálise nos convoca a questionar nossa sociedade, nossa cultura. Isso se faz fundamental, especialmente, quando se atua em um serviço público. Quando o psicanalista resolve estar presente em outros espaços cabe a ele se atentar para a ética e para a dimensão social e política implicada.

Para Quinet (1995), a ética em que o analista se pauta em sua prática não é a mesma daquela atribuída a cada profissão ou ofício, como um código de regras. É a ética da psicanálise que corresponde a descoberta de Freud sobre o inconsciente e o desejo. A ética que rege o ato do analista não se sustenta em nenhum suposto Bem Supremo, pois este não existe, uma vez que o sujeito é marcado pela falta. A ética da psicanálise é a ética do desejo e não a ética do gozo, posto que o analista não promete felicidade como um gozo ilimitado e sim o desejo marcado pela falta que lhe é estrutural e constituinte. “A novidade da ética da psicanálise é não ser uma ética do para-todos, mas uma ética do um-por-um pautada pelo desejo (Quinet, 1995, p. 17).

Para Maurano (1995), embora Freud não tenha se dedicado à sistematização de uma ética, sua obra está toda marcada por uma preocupação ética. Já Lacan dedicou um seminário inteiro à ética da psicanálise.

A descrição lacaniana de ética afasta-se do caráter moral enquanto valores e ideais de conduta. Para Lacan, a ética psicanalítica se diferencia ao enfatizar a universalidade do desejo na sua diferença constitutiva. Lacan discute que esse Bem Supremo buscado como ideal não existe, a ética psicanalítica é a ética da castração, a ética do desejo que possibilite o surgimento das diferenças (Rinaldi, 1996).

Para Andrade Júnior (2007), a ética que fundamenta o fazer do analista não deve estar fundado em ideais universais de uma felicidade plena. A ética da psicanálise está em possibilitar

ao sujeito reconhecer-se como desejante, mas também é uma ética do singular em possibilitar dar resposta a cada sujeito em sua particularidade.

Andrade Júnior (2007) aproxima o conceito lacaniano de desejo do analista da ética da psicanálise. Para o autor, o desejo do analista é uma função que o analista sustenta através da transferência, neste lugar o analista permite que o sujeito interrogue seu desejo. Assim, é: “este compromisso com o desejo do analisante que configura também a ética da psicanálise: o desejo do analista é condição para que haja uma ética do desejo” (Andrade Júnior, 2007, p. 192).

Segundo Andrade Júnior (2007), a escuta analítica é a escuta do desejo, e cabe ao analista acolher o sujeito em seu sofrimento, sem promessas de felicidades. Sustentar uma ética da psicanálise requer uma postura contrária a qualquer ética das virtudes, da moral, sem atribuir ideais e valores, sem tentar encaminhar o sujeito para um ideal de harmonia pré-estabelecido.

Assim, entendemos que a ética da psicanálise não se sustenta nos ideais utópicos de bem supremo, de felicidade, mas vai na direção do desejo do sujeito. A ética da psicanálise considera o inconsciente e sua verdade, verdade que acata a existência de uma mal-estar inerente a condição humana. Somos sujeitos divididos, castrados.

Deste modo, o analista deve sustentar seu fazer pautado na ética da psicanálise e não em valores morais, em ideais de felicidade. O analisando dirige uma demanda para o analista, uma demanda de felicidade, de estabelecer uma ordem, é preciso que o analista acolha esta demanda e a transforme em uma busca pela verdade, verdade do desejo que é diferente para cada um.

Além do mais, Freud sempre esteve preocupado sobre as questões sociais e culturais de seu tempo. É indispensável que os psicanalistas assumam uma postura crítica frente a tais questões.

Para Peres (1998), nossa sociedade moderna tende a “normalizações” de acordo com comportamentos esperados, reduzindo a distinção e as diferenças entre os sujeitos. Deste modo, para a autora, é necessário cada vez mais uma postura crítica dos analistas, pensando e agindo

sobre a *pólis*. A psicanálise se faz indissociável das questões que afetam nossas sociedades na atualidade e afirma “o lugar do psicanalista na *pólis* não se reduz ao silêncio” (Peres, 1998, p. 247).

Peres (1998) aponta que o risco de fechamento dos psicanalistas em sua prática, não se interrogando sobre a ação humana além do âmbito de uma análise pessoal, é uma das marcas da crise da psicanálise em nossos tempos, e ressalta:

A psicanálise não pode ficar inerte diante das questões colocadas por nosso tempo. O discurso analítico, na medida em que faz laço social, se insere na cena política. Nossa ação fundamentada numa ética que inclua a diferença, torna-se particularmente necessária na medida em que a hegemonia do discurso neoliberal desqualifica qualquer discurso alternativo. É a pressão do Real que se tenta eliminar nesse projeto totalitário de apagar todas as falhas, pretendendo que a diferença seja eliminada ou relegada a um estágio inferior de desenvolvimento (Peres, 1998, p. 250).

É importante que os psicanalistas se interroguem sobre a dimensão da *pólis*, ampliando os espaços de atuação que assumam uma postura crítica, questionando os saberes instituídos, as práticas.

Desta forma, operar com a Psicanálise dentro de um serviço público exige que o analista traga para a cena a escuta da singularidade, tanto para os pacientes quanto para a equipe, e atue como forma de furar discursos instituídos ao mesmo tempo que trabalha na comunidade. Ele está inserido na *pólis* e não pode prescindir de refletir e agir de forma crítica, interrogando continuamente seu saber e sua prática.

Quando o analista se aventura por outros campos é necessário que ele compreenda as forças que se fazem presentes nestes contextos. Laurent (1999), ao tratar sobre o lugar do analista na *pólis*, defende a posição do analista como analista cidadão, sendo esta proposição a mais adequada aos dias de hoje, contrária à posição de um intelectual crítico, tal como era defendida por analistas de tempos atrás.

Nesse sentido, Laurent (1999) observa que o intelectual crítico seria aquele analista vazio, apagado, que não se queixa e não toma partido. O intelectual até criticava algumas questões, mas mantinha-se na mesma posição, numa posição tranquila. Já o analista cidadão é aquele que participa, que é sensível às formas de exclusão.

Para Laurent (1999), os analistas necessitam entender o contexto em que estão inseridos, os interesses envolvidos entre o discurso psicanalítico e a democracia. Além disso, impedir que, em nome do universal, se esqueçam das particularidades dos sujeitos, mas não só, também precisam transmitir o interesse para todos das particularidades de cada um.

Logo, segundo Laurent (1999), ao analista útil, cidadão, cabe participar através de publicações, intervenções, opiniões, intervir no debate democrático, se posicionar, ser inventivo, assumir uma posição ativa. Para o autor, “há de se passar do analista fechado em sua reserva, crítico, a um analista que participa; um analista sensível às formas de segregação; um analista capaz de entender qual foi sua função e qual lhe corresponde agora” (Laurent, 1999, p. 08).

Quando o analista se encontra inserido em outros campos, é comum que a maioria destes esteja em instituições públicas, especialmente na saúde. Sabemos que nestes campos encontra-se a maior parte da população que não tem condições financeiras para pagar por um tratamento particular. Deste modo, fica clara a importância e a responsabilidade do analista nestes campos e este, portanto, deve estar advertido de todas as questões políticas e culturais implicadas nestes espaços.

A psicanálise expandiu seu campo de práticas, além dos consultórios, passando a atuar em instituições de saúde mental e de saúde em geral. No Brasil, o serviço público está associado à parcela mais pobre da população, que não possui acesso aos serviços particulares. Quando o psicanalista oferece sua escuta na pólis surgem problemáticas que não chegam aos consultórios

particulares. Por isso, a importância de pensar um modo próprio de fazer a clínica psicanalítica diante dos pacientes e das questões que se apresentam (Rosa, Estevão & Braga, 2017).

Nesses novos espaços, como nos lembram Rosa, Estevão e Braga (2017), aparece com maior nitidez a dimensão sociopolítica do sofrimento e se faz necessário uma articulação com outros campos de conhecimento, para pensar em dispositivos clínicos mais consonantes com as problemáticas dos sujeitos enredados às instituições e às questões sociais e políticas. Portanto, é indispensável reconhecer na clínica sua vertente política.

Rosa (2016), ao discutir sobre a clínica psicanalítica quando esta opera em contextos de exclusão e violência, nomeia este trabalho como intervenções psicanalíticas clínico-políticas. Situa ainda este trabalho dentro do campo clínica e não da psicanálise em extensão, nem psicanálise aplicada fora da clínica, mas como o que chamou de “psicanálise implicada”. Para a autora, a psicanálise implicada considera as especificidades do caso e sua escuta leva em consideração os efeitos do desamparo discursivo de certos sujeitos, Assim:

A articulação implicada e clínico-política que apresentamos ressalta o lugar do psicanalista e sua prática clínica nos conflitos da pólis. O deslocamento do psicanalista ao território dos conflitos sociais permite a escuta do sofrimento e do modo como produz ou aprisiona o sujeito que por vezes não chega aos consultórios, clínicas, hospitais (Rosa, 2016, p. 187).

Para Rosa (2016), os discursos que circulam em determinada época marcam lugares, valores, posições para cada sujeito no laço social. Esses discursos procuram se naturalizar na cultura, no campo simbólico, e apagam os embates sociais e políticos presentes em seu cerne. O discurso social e político com seus interesses enreda o sujeito nesta máquina de poder. De tal modo, os conflitos e impasses gerados no e pelo laço social recaem sobre os sujeitos, individualizando suas dificuldades e patologizando ou criminalizando as saídas que esses sujeitos encontram.

Voltolini (2018) nos lembra que: “um discurso articula saber e poder em um regime de verdade” (p. 53). Assim sendo, o discurso cria uma verdade que o legitima e essa legitimação

vem não como uma simples constatação, mas se articula ao que se arma na própria discursividade.

Desta maneira, para Rosa (2016), a escuta analítica, diante da dimensão sociopolítica do sofrimento, vai no sentido de possibilitar que o sujeito não tome o discurso social como o discurso do Outro (campo da linguagem), ou que seja possível separar o que é estrutural ao discurso como linguagem e as artimanhas do poder.

A experiência da psicanálise facilita ou opera nos obstáculos para construir a travessia de tornar-se sujeito desejante à revelia dos discursos alienantes. As travessias desses sujeitos podem nos fornecer pistas importantes para as problemáticas das próximas gerações. Também podem contribuir para atualizar a psicanálise a partir da clínica” (Rosa, 2016, p. 29).

Portanto, o analista na pólis, implicado, deve estar prevenido quanto as relações de poder, aos discursos ideológicos, como também é importante que ele seja sensível às formas de exclusão e sofrimento do sujeito em cada contexto. Aliás, é fundamental estar atento às mudanças da época em que vive, da forma como a sociedade está sendo organizada.

Para Voltolini (2018) a relação da psicanálise com a pólis não é sempre igual, ela varia no decurso da história. Por isso, a inserção do psicanalista na pólis requer que ele considere em qual organização discursiva ele se encontra. O autor pontua que a passagem de uma sociedade organizada prioritariamente pelo discurso do mestre para uma sociedade organizada pelo discurso capitalista implica repensar a inserção do psicanalista.

Voltolini (2018) fundamenta-se em Lacan para afirmar que estar à altura do seu tempo não sugere um dever moral aos analistas, mas implica que, sem esse compromisso com sua época, a prática da psicanálise se torna impossível. Nesse sentido, Rosa (2016) também pontua: “o cerne da subversão psicanalítica está em não desenraizar o sujeito de seu tempo” (Rosa, 2016, p. 25).

Voltolini (2018) recorre a proposta de Laurent para falar da posição do analista na pólis como analista cidadão, como aquele que se posiciona dentro dos debates e sustenta uma posição

não político-partidária. Para Voltolini (2018), a participação do analista nos debates da pólis requer não embarcar nas posições imaginárias do debate, em que a dinâmica de grupo se estabelece, ou seja, sem assumir posições rígidas, contrárias às contingências, sem adotar a vertente da polarização.

Acreditamos que o analista não deve adotar uma postura rígida em suas práticas. Cabe a ele assumir os espaços nas instituições de saúde, participando ativamente e demonstrando sua especificidade através de sua prática, especialmente no campo da saúde da infância. As crianças estão mais vulneráveis, são alvo de diversos saberes, especialmente dentro de um serviço público. Neste último estão em jogo os narcisismos, diversas disputas de poderes, tornando fundamental pensar nos caminhos que a psicanálise com as crianças possa se sustentar, para que possamos ir além do discurso do adultocêntrico e do discurso neoliberal vigente.

#### **4.3 Por uma escuta psicanalítica para as crianças implicada com as questões sociais**

##### *Tiago e as “suas” chaves*

*Me recordo de um tipo de atendimento curioso. O Conselho Tutelar do município me procurou, certa vez, para falar de uma criança. Eles diziam que não sabiam mais o que fazer sobre ela. Era uma criança de 9 anos, sua mãe bebia, não ficava em casa com os filhos, trabalhava esporadicamente e vivia de doações das famílias da cidade. Era um caso já bem conhecido de todos. Entretanto, a mãe estava em risco de perder a guarda dos filhos. Esse menino não ia bem na escola, não aprendia, e agredia os outros alunos. A escola estava desesperada, pois a criança faltava muito, a mãe não participava e não comparecia quando era chamada. A escola recorre ao Conselho Tutelar como um último pedido de ajuda.*

*O Conselho Tutelar já havia conversado várias vezes com essa mãe, alertando-a que poderia perder a guarda dos filhos, mas sem sucesso.*

*Me pediram atendimento para esse menino que chamarei aqui de Tiago. Marco uma avaliação com a mãe, mas esta não comparece. Alguns dias depois, pressionada pelo Conselho Tutelar, essa mãe me procura e diz que não tinha ninguém para trazê-lo naquele dia e me pede para remarcar novo horário. Remarco outro novo horário e a mesma não comparece. Novamente o Conselho me procura e pede outro horário e ficam de avisá-la (melhor dizendo, intimá-la a comparecer).*

*Peço para conversar primeiro só com a mãe, sem a criança. Para minha surpresa, eis que chega a mãe, Tiago, uma bebezinha no carrinho, um sobrinho de 6 ou 7 anos e um cachorro. Todos foram entrando, eu sem saber muito o que fazer, entendo que faziam parte da família e resolvo acolhê-los.*

*Enquanto a mãe vai relatando uma história confusa, a bebê chora, o sobrinho acolhe a criança e corrige a tia e Tiago fica calado. Depois Tiago vê os meus óculos em cima da mesa e resolve colocá-los e ri para mim. A mãe logo lhe dá um tapa, grita com a bebê e com o sobrinho e continua uma conversa que a essa altura não entendo muito mais.*

*A mãe tem outra filha de 11 anos e repete que ela nunca lhe deu trabalho. Tiago permanece calado e me olhando até começar a repetir sem parar : “aqui tem um cheiro ruim” (realmente na sala tinha um cano de esgoto que foi tampado com sacos plásticos e papelão, antes era consultório do dentista, mas ninguém até aquele momento havia prestado atenção, ou falado sobre isso). O sobrinho olha a sala curioso, repara que tem brinquedos legais. Tiago continua a repetir sobre o cheiro da sala. A mãe lhe repreende.*

*O cachorro? Bem, este permanece deitado embaixo da mesa aos meus pés, bem tranquilo, parecia estar acostumado a toda essa confusão. Apesar de tudo, entendo que a história dessa família, é de abandono, sofrimento e muita pobreza.*

*No final, peço o cartão do SUS da criança (procedimento padrão), a mãe fica falando e falando, enquanto tenta achar esse cartão. O sobrinho, que parecia o adulto da família, se*

*coloca a ajudá-la, mas ela grita com ele pedindo para cuidar da criança. Ela despeja toda a bagunça de sua bolsa em cima da mesa, como despejara toda sua história sobre mim, e eu tentando ajudá-la a encontrar o cartão e ela continua falando. Digo que depois poderia trazê-lo para mim. Tento conversar com Tiago, lhe perguntando se gostaria de voltar, mostro coisas que poderíamos fazer, mas a mãe entra no meio da conversa e já sai puxando o menino.*

*Tiago não compareceu ao atendimento marcado, veio na semana seguinte. Continuou a vir algumas vezes, sempre faltando algumas semanas. O Conselho Tutelar ligava frequentemente para saber se Tiago compareceu ou não. Marcava às 9 e 30, às vezes chegava às 8 às vezes quase 11. Tentava dar um jeito de atendê-lo, mesmo fora dos horários agendados.*

*Na sua primeira sessão, a mãe arrasta o menino e o deixa dentro da sala e sai. Tento um diálogo quase impossível, mostro os brinquedos e ele não parece se interessar por nada. Ficava repetindo: “tem arminha?”, “cadê arminha?”. Digo que não tenho, faço um desenho de uma “arminha”, mas aquilo não tem significado para ele. Mostro os objetos, ele começa a empilhar, de maneira aleatória, todos os objetos que encontra e eu os derrubo e ele ri e faz novamente para eu derrubá-los, mas logo se desinteressa. Ele vê as chaves, do meu carro, em cima da mesa e pergunta: “Cadê o carro? cadê ele?” e começa a apertar o botão do alarme várias vezes, repetindo as mesmas perguntas. Resolvo sair e mostrar o carro ele fica fascinado, fica apertando e apertando várias vezes o botão do alarme para ouvir o barulho e ri.*

*Nas outras sessões lembrou do carro e ficou fazendo a mesma coisa. Ele veio algumas vezes, mais faltou muitas. Nas últimas ele já havia esquecido, não queria entrar e não se interessou por nada. Em uma dessas, fiquei conversando com a mãe na recepção do PSF, enquanto ele me ignorava. Depois fiz aviõezinhos de papel com os folhetinhos da dengue e Tiago por fim se interessou e ficamos brincando um pouco. Apesar dos olhares tortos das pessoas, que deveriam estar a pensar que aquilo não era lugar para brincadeiras!*

*Nesse tempo novamente o Conselho me procura, tento explicar que essa família precisa*

*de ajuda, mas eles ignoram e dizem que já tentaram de tudo e nunca resolve. Parecia que queriam que eu resolvesse sozinha o problema desta criança. Tentei conversar com a equipe e logo perguntaram de quem ele era filho. Quando digo, só riem e dizem: “ih não tem jeito não”. Tento também falar com o setor social e vejo os mesmos olhares e a certeza de que essa era uma “família problema” e “não tinha jeito mesmo”.*

*Não consegui dar continuidade a esse trabalho, pois saí da unidade.*

*Tiago era uma criança diferente, não tive tempo de articular os principais indicadores clínicos que dimensionam o seu sofrimento psíquico, pois foram poucos encontros dispersos, mas parece que aos olhos de todos “era uma criança problema” e vinha de uma “família problema” e esse parece que já é um diagnóstico fechado, ficando implícito que nada poderia ser feito então!*

*Tiago pode nos ter apresentado as chaves, mas não conseguimos abrir as portas!*

Escolho trazer esse pequeno trecho para pensarmos em modos de possibilitar que a escuta psicanalítica de crianças aconteça em um serviço público. Não temos a intensão de apresentar respostas prontas, mas caminhos pelos quais possamos trilhar.

Vimos o quanto a criança é deixada para um segundo plano, tanto nas políticas e práticas de saúde e até mesmo dentro da própria psicanálise. As práticas voltadas à infância são permeadas de valores, ideias de como uma criança deve ser, como deve se comportar. Ainda são marcadas por ideais de tutelação. Percebemos as dificuldades que aparecem quando nos deparamos com uma criança que contraria as expectativas.

Apesar de ser alvo de muitos especialistas e saberes, existe uma dificuldade de aceitação da criança e de sua subjetividade, de entender suas demandas e suas especificidades. Muitos têm algo a dizer sobre as crianças, ou para as crianças, mas poucos querem realmente escutá-las. Existe uma tendência em responsabilizar as mães ou as famílias, como se elas fossem apenas fruto de “famílias desestruturadas”, de “pais irresponsáveis”, de colocá-las apenas em

uma posição passiva, de entendê-las como incapazes. Mas se não a escutam, ela grita! Os seus sintomas, seus “problemas”, os incômodos que provocam, estão aí para mostrar que a criança tem muito o que dizer.

Como no caso do Tiago relatado acima. Não foi possível oferecer uma escuta analítica à criança devido a tantos problemas sociais em que ele estava envolvido. Mas são nesses casos que o psicanalista precisa efetivamente intervir. Muitas vezes é um caminho difícil, onde todas as portas parecem estar fechadas. É preciso insistir.

Segundo Rosa et. al. (2017), as práticas desenvolvidas com sujeitos submetidos às diversas formas de exclusão e violência remetem a um contexto político, social e cultural em que os sujeitos se constituem e sofrem suas incidências. De tal modo, a clínica psicanalítica deve estar advertida da incidência dos discursos políticos que estabelecem relações de poder sobre os excluídos, o que lhe possibilita separar a alienação estruturante do sujeito ao discurso do Outro da alienação ao discurso social e ideológico. Logo, a escuta psicanalítica de sujeitos excluídos no campo social deve considerar os efeitos dos discursos sociais e como estes operam nas relações de poder.

Pensar em uma escuta clínica de crianças em um serviço público implica estar atento a toda a dimensão social e cultural envolvida, não havendo possibilidade de cuidar do indivíduo separado do social. A prática do psicanalista, para além dos consultórios particulares, está implicada em uma dimensão política. Ao psicanalista na saúde pública cabe atentar-se ao contexto no qual está inserido.

Esses “casos difíceis”, tão comuns nos serviços públicos, são onde nossa responsabilidade enquanto psicanalista é convocada a responder.

Ao oferecer uma escuta analítica para as crianças é preciso interrogar sob quais preceitos entendemos a criança. Frente a tantas demandas colocadas à criança, cabe pensarmos em uma prática que coloque estas crianças como sujeitos.

Em outra situação, lembro-me de uma paciente, de dez anos em que a mãe havia ameaçado tirá-la dos atendimentos caso ela não se comportasse. Um dia essa menina, que não costumava faltar, aparece para atendimento muitas horas depois de combinado. Resolvo atendê-la, pois o paciente daquele horário havia faltado. Ela diz que a avó tinha esquecido do horário. Quando seu atendimento está quase terminando essa avó bate à porta desesperada, a procura da menina. A avó conta que não podia levá-la naquele dia devido a outro compromisso e que mentiu para a criança dizendo que não tinha atendimento naquele dia. Depois que a avó saiu, ela foi sozinha para o atendimento.

Acreditamos que esse acontecimento mostra o quanto a criança pode sim se implicar em sua análise e ser responsável como sujeito em seu tratamento. Portanto, mesmo que inicialmente a demanda da criança responda à demanda inconsciente dos pais, da sociedade, é possível que a criança possa se articular como sujeito desejante.

Para Zorning (2008), a criança pode ser considerada um analisante com plenos direitos, existindo também a possibilidade de se fazer uma clínica com a criança na posição de sujeito de sua história, sem deixar a criança totalmente dependente do discurso social e parental.

Defendemos uma prática analítica que vai mais além de considerar a criança apenas como sintoma dos pais, apesar de entender a importância destes na condução do atendimento clínico. É preciso ver a criança como sujeito e como responsável também por seu sintoma. A criança é plenamente capaz de interrogar o desejo do Outro e construir sua própria demanda.

Segundo Zorning, “a criança deve ser ouvida como sujeito em seu próprio discurso, em que a construção de seu sintoma traz a marca da função simbólica dos pais, sem, no entanto, ser redutível à sintomática parental” (Zorning, 2008, p. 160).

Deste modo, a ética da psicanálise com as crianças vai sendo trilhada por um caminho diferente dos outros saberes, pois não tem intenção de enquadrá-las, de consertá-las, protegê-las, mas sim de escutá-las. A escuta analítica com a criança subverte sua posição de objeto, e

inaugura algo diferente com a crianças.

O discurso normativo tende a apagar as diferenças e, muitas vezes, o analista pode acabar se fechando em sua prática, ou, na tentativa de corresponder ao esperado, acabe por colocar essa criança na posição de objeto.

Podemos pensar também no caso do Gabriel, em que o discurso normativo tende a ditar um modelo de criança ideal. A criança que está fora desse modelo sofre muito.

Não só a criança, mas a família também. É difícil para a família ser o tempo todo culpabilizada pelos comportamentos “inadequados” dos filhos. A raiva demonstrada pela mãe quando questiono o diagnóstico médico revela que este surge para dar respostas, para apresentar soluções, apaziguar suas angústias e a isenta de seu sentimento de culpa.

Além disso, o campo público é marcado por práticas burocratizadas, em que um discurso biomédico tende a ditar as normas. Mas esse discurso, como vimos, falha, ele não dá conta de tudo e é nesse impasse, nessas brechas que a abertura se instaura. São nesses momentos que o analista precisa se colocar, questionando saberes instituídos, fazendo furos nos discursos, apontando novas formas de entender os problemas. Nessas brechas que se deve inserir a novidade que a psicanálise oferece, que é a escuta do inconsciente, do singular.

Mas isso só poderá acontecer quando a psicanálise permitir-se libertar das regras rígidas, se permitir a invenção e a surpresa. A psicanálise deve admitir ser questionada em seus limites, o que pode ser muitas vezes perturbador. É preciso dialogar com outros saberes.

A função do psicanalista na saúde pública não se limita ao trabalho com um paciente individualmente ou com grupos de pacientes. Ela se dá no dia-a-dia, “nos bastidores”, nas conversas com os colegas de trabalho, nas discussões com a equipe. Ela acontece no ato de se posicionar como analista ao inverter discursos cristalizados, ao apresentar outra visão sobre as questões, na forma como o analista se coloca, na decisão de aceitar ou não as demandas que lhe chegam.

Contudo, vimos que essa não é uma tarefa fácil e nem simples. É difícil ser uma voz destoante dos discursos vigentes, esbarrar nos narcisismos, em disputas de poderes, mas é preciso que o psicanalista seja “insistente”, não desista, insista e comece a atuar nas pequenas brechas, mesmo que retroceda, não desista. Para tanto, é importante que o analista busque seus pares, supervisões, grupos de estudos, que publique, fale sobre seu fazer. A psicanálise sempre sofreu e sofrerá críticas por se tratar de um discurso subversivo em relação aos discursos normalizadores contemporâneos.

## 5 Considerações Finais

Apesar de todo o avanço nas políticas públicas para a infância, a criança não é contemplada em sua integralidade no serviço público, restando a ela um lugar de silenciamento, de apagamento, não sendo ainda vista como prioridade. A criança só chega ao serviço público pela mão de um outro, quando encontra um profissional disposto a escutá-la. Percebemos uma invisibilidade das crianças, especialmente no que se refere à saúde mental. A criança provoca mal-estar nos dispositivos, tendo em vista como muitos profissionais não se sentem preparados para atendê-la.

Ademais, entendemos que no serviço público existe uma lógica de cuidado objetivante, biológica, que exclui e elimina do horizonte de cuidados a subjetividade do paciente. Essa prática não é exclusiva da medicina, mas é reproduzida pela maioria dos profissionais de saúde em nome da cientificidade e como legitimação do seu saber. Nesse sentido, o diagnóstico psiquiátrico e a medicalização crescente das crianças, dentro desse fundamento, surgem como propostas para resolver todos os males, para normalizá-las e, para apaziguar a angústia que elas provocam.

Esse movimento ficou muito evidente em um pequeno município onde o diagnóstico e a medicação vêm surgindo como solução para as “crianças problema”. Local onde a maioria das pessoas se conhecem, sabem das histórias familiares e sendo potencialmente capaz de oferecer um cuidado muito mais humano e próximo. Entretanto, esse “calor humano” vai lentamente se perdendo em nome da cientificidade, em nome do progresso.

O serviço público, apesar de ainda enfrentar barreiras e entraves, é de extrema importância posto que nele encontramos os serviços em saúde para a parcela mais pobre da população, mais vulnerável, aqueles que não têm acesso a outras modalidades de serviços e cuidados. Foi esse o desafio lançado por Freud quando nos convocou a pensar nas formas de levar a psicanálise para amplas camadas da população.

Como foi discutido, a escuta psicanalítica de crianças em um serviço público encontra barreiras, mas é possível que ela aconteça, desde que encontre um psicanalista disposto a operar nesse campo composto por diversos atravessamentos, sejam eles culturais e institucionais. Nada inviabiliza a escuta psicanalítica das crianças nestes serviços. As justificativas da falta de materiais, de recursos ou de preparo não se sustentam, especialmente em um serviço que é para todos. Entretanto, ainda existem analistas prescindindo de ocupar esse lugar específico. O analista deve se implicar nesse processo e reconhecer a importância e a responsabilidade ao assumir um trabalho no SUS.

Entendendo a instituição de saúde como um dispositivo, fica clara toda a dimensão de poder que a envolve ou seja, todas as linhas de força que a constituem, tais como o discurso médico, o discurso pedagógico e moral, o discurso da psicologia baseada em evidência, o discurso da saúde coletiva, os ideais de infância. As relações de poder fabricam verdades que constituem todo um regime discursivo que se sustentam e se reproduzem.

Resgatando Deleuze (1990), as linhas de força são como “flechas que não cessam de penetrar nas coisas e palavras” (Deleuze, 1990, p. 156) e atravessam todos os espaços do dispositivo. Elas podem ser invisíveis e abarcam o dito e o não dito. Por isso, toda a dificuldade que temos em mudar a ordem estabelecida, em questionar, em assumir posturas diferentes da instituição, de pensar sob uma ótica distinta da instituída.

Mas existem caminhos, as linhas de fuga, as forças instituintes. Segundo Deleuze (1990), a linha de fuga escapa às outras linhas, escapa tanto às forças estabelecidas quanto aos saberes instituídos. As práticas e discursos que resistirem a esse objetivo serão as linhas de fuga, elas tensionam os saberes estabelecidos, ao questionarem as práticas e os efeitos de verdades que são produzidos pelos discursos. Elas são movimentos de resistência, possibilidades de subversão e de novas relações de força.

Romper com o que é estabelecido nos guia através de um novo rumo, rumo a um não

previsível. Por isso mesmo nos defrontamos com o medo e a insegurança, achando que se está fazendo algo errado. O próprio dispositivo tende a normalizar discursos e práticas para se manter, tendendo sempre a produzir resistência e críticas ao diferente, ao novo.

Mas essa é justamente nossa função enquanto analista: fazer resistência. Contudo, para que isso aconteça de fato, a escuta analítica precisa estar pautada na ética da psicanálise e implicada nas questões sociais e políticas. Não dá para ficarmos em uma sala esperando as pessoas, esperando condições ideais, esperando que as coisas mudem por si sós. É preciso ir às ruas, escutar essas pessoas, atentando para todo um contexto social, cultural e político em que elas vivem. É preciso saber ouvi-las em suas singularidades.

Além disso, essa escuta só será possível na medida que a psicanálise se permitir ser mais flexível, dialogar com os diversos saberes, se questionar. O cuidado das crianças exige a multidisciplinaridade, exige um espaço onde seja cultivada a invenção. Ela precisa interrogar poderes estabelecidos que a impedem de se exercer na criatividade e na singularidade de cada ato analítico. Precisa dialogar com os diversos saberes, flexibilizar o debate e não se fechar em si mesma. A psicanálise deve buscar recursos para enfrentar novos desafios.

Diversos discursos produzidos pelos adultos enquadram as crianças. A escuta psicanalítica surge como possibilidade de proporcionar a elas uma escuta singular e de subverter essa posição de objeto que a criança ocupa. O discurso psicanalítico difere radicalmente dos discursos dominantes e inaugura uma nova lógica de cuidado. Desse modo, a escuta psicanalítica de crianças é também um ato político. Cabe ao analista escutar o que há de singular em cada criança, sempre levando em consideração o contexto na qual ela vive e também escutar o que está por trás das demandas que lhe chegam.

A psicanálise tem de fato muito a contribuir com o serviço público por introduzir a novidade da escuta do singular, da radicalidade do inconsciente. Ademais, a psicanálise se beneficia com esse diálogo com o serviço público. O campo público é dinâmico, complexo,

envolve diversas forças e disputas de poder. Os casos difíceis e os impasses colocam a psicanálise em movimento. Nesses espaços surgem muitas demandas que não chegam aos consultórios particulares. Precisamos dialogar com diversos saberes, com a comunidade, estarmos atentos a toda a dimensão social, política e cultural implicada. A prática nesses campos é formadora, pois é nesse lugar de um não-saber que precisamos sustentar nossa função, inventando um saber fazer ali onde os resultados serão visualizados no só depois.

Além do mais, discutir sobre uma escuta psicanalítica com crianças se faz fundamental frente ao cenário político atual, de contenção de verbas para o serviço público, de desmantelamento de toda uma política pública de saúde mental que vinha sendo construída há mais de trinta anos. Contexto também de sucateamento das universidades públicas e desinvestimento nas pesquisas. Precisamos lutar pelo SUS, por um serviço público de saúde de qualidade capaz de atender a todos. É importante mostrar nossas pesquisas, nosso fazer e, além disso, nesse momento mais do que nunca somos convocados a assumir a posição de “analista cidadão”, temos que adotar uma posição, participar do debate, assumir uma postura ativa, através de publicações, intervenções, opiniões, da invenção, cientes do momento em que estamos vivendo.

O lugar do analista no serviço público precisa ser construído, ele não está posto de antemão. Cabe ao analista aproveitar as brechas e ir construindo esse lugar, ele precisa ser resistência. Contudo, essa não é uma tarefa fácil, nosso desejo é o tempo todo questionado, desejo de ser analista, de insistir com a psicanálise. Portanto, pensando no desafio de Freud, é preciso ir, sem medo de errar, insistir, se arriscar.

Acreditamos que este estudo possa contribuir para ampliar o debate sobre a psicanálise no serviço público e para questionar as práticas de cuidados com as crianças e que novas formas de intervenção possam ser pensadas. Cabe pontuarmos também que as discussões apontadas aqui não se esgotam nas questões levantadas, podendo contribuir para outros questionamentos.

## 6 Referências Bibliográficas

- Andrade Júnior, M. de. (2007). O desejo em questão: Ética da psicanálise e desejo do analista. *Psychê*, XI (21), 183-196.
- Barreto, F. P. (1999). *Reforma psiquiátrica e movimento lacaniano*. Belo Horizonte: Itatiaia.
- Bastos, A. B. I. (2009). A escuta psicanalítica e a educação. *Psicólogo Informação*, 13 (13), 91-98. <https://doi.org/10.15603/2176-0969/pi.v13n13p91-98>
- Bernardino, L. M. F. (1998). Psicanalisar...crianças, que desejo é este? In I Congresso Internacional de Psicanálise e suas conexões. *Trata-se uma criança* (pp 64-73). Rio de Janeiro: Companhia de Freud.
- Bernardino, L. M. F. (2004). O desejo do psicanalista e a criança. In L. M. F. Bernardino (Org.), *Psicanalisar crianças: Que desejo é esse?* (pp. 57-68). Salvador: Ágalma.
- Bernardino, L. M. F., & Kupfer, M. C. M. (2008). A criança como mestre do gozo da família atual: Desdobramentos da “pesquisa de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil”. *Revista Mal-estar e Subjetividade*, 8(3), 661-680.
- Betts, J. (2014). Desamparo e vulnerabilidade no laço social: A função do psicanalista. *Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre*, 45(2), 09-19.
- Birman, J. (2002). Relançando os dados: a psicopatologia na pós-modernidade, novamente. In M. L. V. Violante (Org.), *O (im)possível diálogo psicanálise e psiquiatria*. (pp. 47-63). São Paulo: Via Lettera.
- Brasil (2005). Ministério da Saúde. *Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2009). Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Diretrizes do Nasf: Núcleo de Apoio à Saúde da Família*. (Cadernos de Atenção Básica, n 27). Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2012). Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2014). Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. *Núcleo de Apoio à Saúde da Família: Ferramenta para a gestão e para o trabalho Cotidiano*. (Cadernos de Atenção Básica, n 39). Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2018). Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para a implementação*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Camarotti, M. do C. (2010). O nascimento da psicanálise de crianças: uma história para contar. *Reverso*, 32 (60), 49-53.
- Campos, G. W. de S. (2016). Aporias ente saúde mental e integralidade: Saúde mental, a que se destina? In M. Nunes & F. L. P. Landim (Orgs.), *Saúde mental na atenção básica: Política e cotidiano*. (pp. 31-46). Salvador: EDUFBA.

- Cirino, O. (2001). *Psicanálise e psiquiatria com crianças: Desenvolvimento ou estrutura*. Belo Horizonte: Autêntica.
- Couto, M. C. V. (2003). Trilhando novos caminhos: A política pública de saúde mental para crianças e adolescentes. In A. M. C. Guerra & N. L. de Lima (Orgs.), *A clínica de crianças com transtornos no desenvolvimento: Uma contribuição no campo da psicanálise e da saúde mental* (pp.191 -198). Belo Horizonte: Autêntica; FUMEC.
- Couto, M. C. V. (2012). *Política de saúde mental para crianças e adolescentes: especificidades e desafios da experiência brasileira (2001-2010)*. (Tese de Doutorado). Instituto de psiquiatria da Universidade do Rio de Janeiro (IPUB-UFRJ). Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
- Damasceno, S. S., Nóbrega, V. M. da, Coutinho, S. E. D., Reichert, A. P. da S., Toso, B. R. G. de O., Collet, N. (2016). Saúde da criança no Brasil: orientação da rede básica à Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(9), 2961-2973. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.25002015>
- Deleuze, G. (1990). O que é um dispositivo. In Deleuze, G. *Michel Foucault, filósofo*. Barcelona: Gedisa, pp. 155-161.
- Dolto, F. (2004). Prefácio. In M. Mannoni, *A primeira entrevista em psicanálise: Um clássico da psicanálise* (pp. 7-33). Rio de Janeiro: Elsevier. (Trabalho original publicado em 1923).
- Dolto, F. (2013). *Seminário de psicanálise de crianças*. São Paulo: WMF Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1985)
- Fernandes, V. A. (2013). Contribuições da ética da psicanálise para a política pública de saúde. *A peste*, 5(2), 67-79. <https://doi.org/10.5546/peste.v5i2.27933>
- Fernández, M. R. (1992). A estrutura da transferência na psicanálise com crianças. *Letra Freudiana*, X (9), 17-30.
- Ferreira, T. (2017). *A escrita da clínica: psicanálise com crianças* (3ª ed. rev. e ampl.). Belo Horizonte: Autêntica.
- Flesler, A. (2012). *A psicanálise de crianças e o lugar dos pais*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Fonseca, P. F. (2018). O higienismo moderno e a práxis do psicanalista na pólis. *Estilos da Clínica*, 23 (1), 34-46. <https://doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v23i1p34-46>
- Foucault, M. (1984). Sobre a História da sexualidade. In Foucault, M. *Microfísica do poder* a ed. pp. 243-270). Rio de Janeiro: Graal.
- Freitas, I. (2017). Psicanálise e criança: Por uma ética do singular. In Pacheco, A. L. P & Oliveira, B. (Orgs.), *Criança: objeto ou sujeito 15 anos da rede de pesquisa Psicanálise e Infância do FCL-SP* (pp. 177-192). São Paulo: Escuta/ Fórum do Campo Lacaniano.
- Freud, S. (1990). Linhas de progresso na terapia psicanalítica. In S. Freud. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. (Vol. 17, pp. 105 – 119) Rio de Janeiro: Imago (Trabalho originalmente publicado em 1018).

- Freud, S. (2010). Recomendações ao médico que pratica a psicanálise. In: S. Freud. *Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia: ("O caso Shereber")*: artigos sobre técnica e outros textos (1911- 1913) (pp. 147-162). São Paulo: Companhia das Letras. (Trabalho originalmente publicado em 1912).
- Guerra, A. M. C. (2003). Tecendo a rede na assistência em saúde mental infanto-juvenil: interfaces entre a dimensão clínica e a dimensão política. In A. M. C. Guerra & N. L. de Lima (Orgs.), *A clínica de crianças com transtornos no desenvolvimento: Uma contribuição no campo da psicanálise e da saúde mental* (pp.171 -189). Belo Horizonte: Autêntica; FUMEC.
- Guerra, A. M. C. (2005). A psicanálise no campo da saúde mental infanto-juvenil. *Psychê*, IX (5),139-154.
- Goidanich, M. (2001). Saúde mental na rede pública: Possibilidade de inserção psicanalítica? *Psicologia ciência e profissão*, 21 (4), 26-33. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932001000400004>
- Gomes, F. M. de A., Cintra, A. M. de O., Ricas, J., & Vecchia, M. D. (2015). Saúde mental infantil na atenção primária à saúde: discursos de profissionais médicos. *Saúde e Sociedade*, 24 (1), 244-258.
- Gurski, R. (2010). Algumas observações sobre a clínica da infância. *Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre*, 39 (2), 90-102.
- Hachet, A. (2006). Entre prevenir e normalizar, que lugar terá o sofrimento da criança? Trad. Pedro Henrique Bernardes Rondon. *Ágora*, 9(1) p. 27-37. <https://doi.org/10.1590/S1516-14982006000100002>
- Hülle, S. do C. (2003). Desejo do analista e nó borromeano. *Literal*. 1 (6), 101-123.
- Jerusalinsky, A. (2003). As crianças do “ready made”. In A. M. Meira (org.) *Novos sintomas*. Salvador: Ágalma.
- Laurent, E. (1999). O analista cidadão. *Revista Curinga*, 13 (2), 07-13.
- Legnani, V., & Almeida, S. (2004). A construção da infância: entre saberes científicos e as práticas sociais. *Estilos da Clínica*, 9(16), 102-121. <https://doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v9i16p102-121>
- Macedo, M. M. K., & Falcão, C. N. de (2005). A escuta na psicanálise e a psicanálise da escuta. *Psychê*, IX (15), 65-76.
- Mannoni, M. (1983). *A criança sua “doença” e os outros: O sintoma e a palavra*. (A. C. Villaça, Trad.) Rio de Janeiro: Zahar.
- Matsuo, T. Y. & Carreira, A. F. (2015). A Alienação da criança: Clínica e contemporaneidade. *Estilos da Clínica*, 20 (3), 475-491. <https://doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v20i3p475-491>
- Maurano, D. (2006). *A transferência: Uma viagem rumo ao continente negro*. Rio de Janeiro: Zahar.

- Mello, D. M. (1995). *Nau do desejo: o percurso da ética de Freud a Lacan*. Rio de Janeiro: Relumé - Dumará; Alfenas, MG: Unifenas.
- Mendonça, L. G. L. de. (2013). *De que sofrem as crianças, hoje?* Curitiba: CRV.
- Minerbo, M. (2016). *Diálogos sobre a clínica psicanalítica*. São Paulo: Blucher.
- Moretto, M. L. T. (2001). O que pode um analista no hospital? São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Moretto, M. L. T. (2019). Políticas públicas, psicanálise e o lugar do analista. In Broide, E. & Katz, I. (Orgs.), *Psicanálise nos espaços públicos* (pp. 66-72). São Paulo: IP/USP.
- Moretto, M. L.T. & Prizskulnik, L. (2014). Sobre a inserção e o lugar do psicanalista na equipe de saúde. *Tempo Psicanalítico*, 46 (2), 287-298.
- Myssior, S. G. (2001). O que a psicanálise com crianças nos ensina? In M. C. V. de. Vidal. *Quando chega ao final a análise com uma criança?* (P. Vidal Trad. pp. 27-43). Salvador: Ágalma.
- Neme, L. (2003). A criança na estrutura. In A. M. C. Guerra & N. L. de Lima (Orgs.), *A clínica de crianças com transtornos no desenvolvimento: Uma contribuição no campo da psicanálise e da saúde mental*. (pp.15 -18). Belo Horizonte: Autêntica; FUMEC.
- Pechberty, B. (2001). A psicanálise da criança: Uma situação violenta. *Estilos da clínica*, 6 (10), 7-27. <https://doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v6i10p7-27>
- Peres, L. (1998). Nem anjos, nem demônios, mas produtos da modernidade... In I Congresso Internacional de Psicanálise e suas conexões. *Trata-se uma criança*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.
- Petri, R. (2008). *Psicanálise e infância: Clínica com crianças*. Rio de Janeiro: Cia. de Freud; São Paulo: FAPESP.
- Peusner, P. (2016). *Fugir para adiante: O desejo do analista que não retrocede ante as crianças*. São Paulo: Agente Publicações.
- Portaria nº 154. (2008, 24 janeiro). *Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família- NASF*. Diário Oficial da União, nº 43, Brasília-DF.
- Portaria nº 2.436. (2017, 21 setembro). *Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Diário Oficial da União, nº 68, Brasília-DF.
- Quinet, A. (1991). *As 4 + 1 condições da análise*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Quinet, A. (1995). Prefácio. In D. M. Mello, *Nau do desejo: o percurso da ética de Freud á Lacan*. (pp. 11-17). Rio de Janeiro: Relumé - Dumará; Alfenas, MG: Unifenas.
- Rassial, J. J. (2004). Questões sobre o desejo do analista de crianças. In L. M. F. Bernardino (Org.), *Psicanalisar crianças: Que desejo é esse?* (pp. 25-35) Salvador: Ágalma.
- Rinaldi, D. (1996). *Ética da diferença*. Rio de Janeiro: EdUERJ; Zahar.

- Rinaldi, D. (2014). Transferência e desejo do analista”. *IPB Intersecção Psicanalítica do Brasil*. Recuperado de <http://www.interseccaopsicanalitica.com.br/int-participantes/doris-rinaldi-index.html>
- Rosa, M. D. (2002). Uma escuta psicanalítica das vidas secas. *Textura: Revista de Psicanálise*, 2(2), 42-46.
- Rosa, M. D. (2016). *A clínica psicanalítica em face da dimensão sociopolítica do sofrimento*. São Paulo: Escuta/Fapesp
- Rosa, M. D., & Lacet, C. (2012). A criança na contemporaneidade: Entre saber e gozo. *Estilos da Clínica*, 17 (2), 359-379. <https://doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v17i2p359-372>
- Rosa, M. D., Estêvão, I. R., & Braga, A. P. M. (2017). Clínica psicanalítica implicada: Conexões com a cultura, a sociedade e a política. *Revista Psicologia e Estudo*, 22 (3), 359-369. <https://doi.org/10.4025/psicolestud.v22i3.35354>
- Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais – SES (1019). *Sistema Único de Saúde – SUS*. Saude.mg.gov.br. Belo Horizonte. Recuperado de: <http://www.saude.mg.gov.br/sus>.
- Sauret, M-J. (1998). *O infantil e a estrutura*. São Paulo: Escola Brasileira de Psicanálise.
- Serralha, C. A. (2018). “Não atendo Criança”: Situações de risco para a não constituição do si mesmo. Curitiba: CRV.
- Victor, R. M., & Aguiar F. (2011). A clínica psicanalítica no serviço público: Desafios e possibilidades. *Psicologia; Ciência e Profissão*, 31(1), 40-49. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932011000100005>
- Vidal, M. C. V. de. (2001). Quando chega ao final a análise com uma criança? In Vidal, M. C. V. de. (org.), *Quando chega ao final a análise com uma criança?* (P. Vidal Trad. pp.13-26). Salvador: Ágalma.
- Voltolini, R. (2018). O psicanalista e a pólis. *Estilos da Clínica*, 23 (1), 47-61. <https://doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v23i1p47-61>
- Vorcaro, A. M. R. (1999). *A criança na psicanálise: Clínica, instituição, laço social*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.
- Vorcaro, A. M. R. (2004). *A criança na clínica psicanalítica*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.
- Vorcaro, A. M. R. (2011). O efeito bumerangue da classificação psicopatológica da infância. In A. Jerusalinsky & S. Fendrink (Orgs), *O livro negro da psicopatologia contemporânea* (pp.219-229). São Paulo: Via Lettera, 2011.
- Zorning, S. A. (2001). Neurose infantil, neuroses da infância. *Psychê*, V (8), 183-190.
- Zorning, S. A. (2008). *A criança e o infantil em psicanálise*. São Paulo: Escuta.