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

Selma de Albuquerque Cavalcanti Kirsch

Efeitos do discurso atual da ciência médica na demanda de análise das crianças

Rio de Janeiro
2020

Selma de Albuquerque Cavalcanti Kirsch

Efeitos do discurso atual da ciência médica na demanda de análise das crianças

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

Orientador: Prof. Dr. Luciano da Fonseca Elia

Rio de Janeiro

2020

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CEH/A

K61 Kirsch, Selma de Albuquerque Cavalcanti.
Efeitos do discurso atual da ciência médica na demanda de análise das crianças / Selma de Albuquerque Cavalcanti Kirsch. – 2020.
77 f.

Orientador: Luciano da Fonseca Elia.
Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Psicologia

1. Psicanálise – Teses. 2. Infância – Teses. 3. Medicalização – Teses. I. Elia, Luciano da Fonseca. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Psicologia. III. Título.

es CDU 316.6

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

_____ _____
Assinatura Data

Selma de Albuquerque Cavalcanti Kirsch

Efeitos do discurso atual da ciência médica na demanda de análise das crianças

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

Aprovada em 27 de maio de 2020.

Banca Examinadora:

_____

Prof. Dr. Luciano da Fonseca Elia (Orientador)

Instituto de Psicologia - UERJ

_____

Prof. Dr. Vinícius Anciães Darriba

Instituto de Psicologia - UERJ

_____

Prof.ª Dra. Nynpha Touza Lourenço Amaral

Universidade Federal do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2020

DEDICATÓRIA

In memorian ao meu pai.

Migrante nordestino, corajoso, satisfeito na vida, foi quem me ensinou a simplicidade e o respeito pelo modo de ser e pela dor do outro.

In memorian à minha mãe.

Migrante nordestina, mulher guerreira, foi quem me ensinou a encarar as adversidades da vida de forma destemida. Toda mulher tem que ter a sua independência...dizia ela**.**

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, supervisor e analista Luciano Elia, minha eterna gratidão por acolher o meu tema de pesquisa e por todas as oportunidades em vários espaços, e minha principal referência. Obrigada pela paciência e orientação. Entre muitas reflexões durante o mestrado, aprendi que é preciso dar tempo às elaborações e, que não é possível antecipar o que não é antecipável.

Ao meu esposo Heitor Marcos Kirsch, pelo incentivo e parceria incondicional em todos os momentos.

Aos meus filhos Victor e Guilherme, pela alegria constante em nossas vidas.

Ao Laço analítico Escola de Psicanálise, lugar onde faço minha formação em psicanálise já a alguns anos.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Psicanálise do Instituto de Psicologia da UERJ, pela transmissão.

À Unemat, pela oportunidade concedida em dedicar-me de maneira integral ao meu trabalho no mestrado.

Aos membros da banca Nympha Amaral e Vinicius Darriba, pelas preciosas considerações na banca de qualificação.

Aos colegas de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Psicanálise do instituto de Psicologia da UERJ, pelos momentos compartilhados.

Aos membros da equipe do CAPS i Monteiro Lobato, em Niterói, por abrirem o espaço para meu estágio de pesquisa, em especial à Mariana Weil, pelas discussões de casos difíceis e pela calorosa recepção e presença em vários momentos, inclusive nos mais difíceis.

Aos colegas do Laço Analítico, sede do Rio de Janeiro, em especial à Maria Silvia, Rose e Thiago pela recepção e acolhimento durante minha estada no RJ.

RESUMO

KIRSCH, S. A. C. *Efeitos do discurso atual da ciência médica na demanda de análise das crianças.* 2020. 77 f. Dissertação (Mestrado em Psicanálise) – Instituto de Psicologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.

Esta dissertação tem como proposta abordar as contribuições da Psicanálise à clínica com crianças e as relações existentes entre os discursos hegemônicos atuais da ciência médica e o preocupante aumento da medicalização e patologização da infância e adolescência na atualidade. Discutimos inicialmente as contribuições que a Psicanálise traz para o tratamento com crianças, com destaque na questão de que o sofrimento psíquico não implica forçosamente haver doença. Verificamos que as diversas práticas existentes que promovem e sustentam a medicalização e patologização da infância são sustentadas por um cientificismo ideológico resultado da degradação da ciência ao se associar com o capitalismo. O atrelamento e a submissão da ciência médica ao capitalismo são comprovados pelos investimentos maciços realizados pela indústria farmacêutica ao financiar e promover campanhas públicas de designação de novas doenças, ditas “transtornos”, que na maioria das vezes não tem consistência alguma. A falta de validade e rigor científicos são claramente observadas nas últimas edições do DSM. Apesar do manual se colocar como ateórico, descritivo e não etiológico, ele se afina com as vertentes teóricas organicistas e comportamentais e se tornou uma referência para médicos, psicólogos e outros profissionais que trabalham com a saúde mental. As questões de ordem eminentemente subjetivas são tratadas pela psiquiatria biológica, neurociência e psicologia comportamental como um transtorno neurológico comportamental. A ampliação no número de doenças observadas no DSM-V revela que este manual promove também a fabricação de novos quadros e consequentemente novos psicofármacos, elevando enormemente a medicalização da vida.

Palavras-Chave: Medicalização da infância. DSM. Ciência. Psicanálise.

ABSTRACT

KIRSCH, S. A. C. *Effects of current medical science discourse on children's demand of analysis.* 2020. 77 f. Dissertação (Mestrado em Psicanálise) - Instituto de Psicologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.

This dissertation proposes to investigate the contributions of Psychoanalysis to the clinic with children and the existing relationships between the current hegemonic discourses of medical science and the unsettling increase in the medicalization and pathologization of childhood and adolescence today. We initially discussed the contributions that Psychoanalysis brings to the treatment of children, with emphasis on the issue that psychological suffering does not necessarily imply the existence of a disease. We found that the various existing practices that promote and support the medicalization and pathologization of childhood are supported by an ideological scientificism resulting from the degradation of science when associated with capitalism. The connection and submission of medical science to capitalism are evidenced by the massive investments made by the pharmaceutical industry in financing and promoting public campaigns for the designation of new diseases, known as “disorders”, which in most cases have no consistency. The lack of scientific validity and rigor is clearly seen in the latest editions of DSM. Despite the manual being classified as atheoretical, descriptive and non-etiological, it is in tune with the organicist and behavioral theoretical approaches and has become a reference for doctors, psychologists and other professionals working with mental health. Eminently subjective issues are treated by biological psychiatry, neuroscience and behavioral psychology as a behavioral neurological disorder. The increase in the number of diseases observed in the DSM-V reveals that this manual also promotes the production of new conditions and, consequently, new psychotropic drugs, greatly increasing the medicalization of life.

Keywords: Medicalization of childhood. DSM. Science. Psychoanalysis.

RESUMÉ

KIRSCH, S. A. C. *Effets du discours actuel de la science médicale sur la demande d'analyse des enfants.* 2020. 77 f. Dissertação (Mestrado em Psicanálise) - Instituto de Psicologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.

Cette dissertation propose d'aborder les contributions de la psychanalyse à la clinique avec les enfants et les relations existantes entre les discours hegémóniques de la science médicale et l'augmentation inquiétante de la médicalisation et de la pathologie de l'enfance et de l'adolescence aujourd'hui. Nous avons d'abord discuté des contributions que la psychanalyse apporte au traitement des enfants, en insistant sur le fait que la souffrance psychique n'implique pas forcément l'existance de maladie. Nous avons constaté que les diverses pratiques existantes favorisant et promouvant la médicalisation et la pathologisation de l'enfance sont soutenues par un scientisme idéologique résultant de la dégradation de la science lorsqu'elle est associée au capitalisme. Le lien et la soumission de la science médicale au capitalisme sont mis en évidence par les investissements massifs mis en oeuvre par l'industrie pharmacologique dans le financement et la promotion de campagnes publiques pour la désignation de nouvelles maladies, appelées "troubles", qui n'ont le plus souvent pas de cohérence. Le manque de validité et de rigueur scientifique est clairement observé dans les dernières éditions du DSM. Bien que le manuel soit placé comme a-théorique, descriptif et non étiologique, il est en phase avec les volets théoriques organistes et comportementaux et est devenu une référence pour les ambulanciers paramédicaux, les psychologues et autres professionnels travaillant avec la santé mentale, les neurosciences et la psychologie comportementale en tant que troubles neurologiques du comportement. L'augmentation du nombre de maladies observées dans le DSM-V révèle que ce manuel favorise également la fabrication de nouveaux cadres et, par conséquent, de nouveaux médicaments psychotropes, augmentant considérablement la médicalisation de la vie.

Mots-clés: Médicalisation d'enfance. DSM. Science. Psychanalyse.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 9
1 **SOFRIMENTO PSÍQUICO NÃO IMPLICA DOENÇA** 13
1.1 **O nascimento da infância** 13
1.2 **O infantil para a psicanálise** 16
1.3 **O pequeno Hans – exemplo clássico de sintoma em uma criança** 18
1.4 **Melanie Klein – contribuições para uma clínica com crianças** 22
1.5 **Psicanálise e psiquiatria** 25
1.6 **O sintoma em psicanálise** 27
1.7 **O sintoma na criança para Lacan** 30
2 **PATOLOGIZAÇÃO E MEDICALIZAÇÃO DA INFÂNCIA** 32
2.1 **Patologização da infância e adolescência promovida pelo DSM: equívoco do diagnóstico TDAH** 37
2.2 **Consequências clínicas do casamento da ciência com o capitalismo** 41
2.3 **Consequências clínico-políticas da Lei n° 13.438 de 26 de abril de 2017** 45
2.4 **Demanda de laudo médico como requisito para matrícula na sala de recursos** 47
3 **CIÊNCIA E PSICANÁLISE** 50
3.1 **Os antecedentes científicos da psicanálise** 51
3.2 **A "metodologia psicanalítica"** 55
4 **DA MEDICALIZAÇÃO À DESMEDICALIZAÇÃO: O LUGAR DO TRATAMENTO PSICANALÍTICO NA CLÍNICA COM CRIANÇAS** 59
4.1 **CAPSi: Uma breve experiência de trabalho** 59
4.2 **As relações com a escola na discussão de um caso atendido pelo CAPSi - Caso I: Matheus** 63
4.3 **Da demanda por um atendimento médico à demanda por uma clínica psicanalítica - Caso II: Pedro** 65
4.4 **O significante na clínica cm crianças - Caso III: João** 67
4.5 **O diagnóstico e tratamento na clínica com criança – Caso 4 - Lucas** 68
CONSIDERAÇÕES FINAIS 71
REFERÊNCIAS 74

INTRODUÇÃO

O progresso tecnológico e científico verificado em praticamente todos os campos do conhecimento humano, sobretudo naqueles observados ao longo dos últimos 50 anos produziu uma transformação significativa no cotidiano das pessoas em grande parte da população mundial. Na medicina, a redução da mortalidade infantil, o incremento da expectativa de vida, a eliminação e/ou um controle mais efetivo dos efeitos danosos de inúmeras doenças, até recentemente tidas como “incuráveis” são apenas alguns dos exemplos desses avanços.

Nesse mesmo campo, esse fenômeno é igualmente acompanhado de uma intensificação na implementação de estratégias que objetivam um crescente controle da vida humana, nas suas mais variadas esferas, fato que merece uma melhor atenção em termos de seus efeitos. Isso é motivado, em grande parte, porque os avanços nessa área passaram a permitir que inúmeros instrumentos tecnológicos fossem capazes de apontar para uma probabilidade na ocorrência de várias patologias em indivíduos, ainda que não apresentassem qualquer tipo de manifestação explícita das doenças em questão.

Como se percebe, é evidente e é preciso reconhecer que tais resultados levaram a uma significativa melhoria na qualidade de vida das pessoas. Por outro lado, não se pode ignorar que acabaram igualmente por transformar um grande contingente de pessoas em pacientes potenciais de tratamentos que, não raro, são altamente prejudiciais à saúde humana, ou mesmo inócuos em termos de resultados práticos.

Em outras palavras, houve um processo de *medicalização* do cotidiano da vida das pessoas, o que evidentemente não significa negar a necessidade da *medicação* em caso de algumas doenças originárias essencialmente de fatores biológicos.

Há também uma crescente tentativa de se tratar como doenças orgânicas situações que, na realidade, muitas vezes estão vinculadas à subjetividade. Alguns exemplos comuns disso são os diagnósticos, com consequente medicalização, de Transtorno de Atenção e Hiperatividade (TDAH), Transtorno Opositivo – Desafiador (TOD) e o Transtorno de Conduta (TC).

Esta crescente medicalização, notadamente da infância, pode ser evidenciada em um estudo realizado e divulgado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária

(ANVISA, 2012). Nesse é revelado um aumento de 75% no consumo de Ritalina e Concerta entre crianças e adolescentes na idade de 6 e 16 anos, no período de 2009 a 2011, no país. Uma das questões mais problemáticas apontadas pelo estudo em foco revela que há, por trás deste aumento, uma lógica de funcionamento merecedora de uma atenção mais elaborada ou investigada.

O objetivo dessa dissertação é justamente o de examinar, analisar, discutir e propor novos encaminhamentos para esta situação sempre com base na psicanálise como eixo norteador da discussão. O trabalho consiste em abordar as contribuições da Psicanálise em relação à clínica com crianças e as relações existentes entre os discursos hegemônicos atuais da ciência médica e o aumento da medicalização da infância e adolescência na atualidade, o que torna evidente as motivações político-econômicas e seus efeitos danosos para cada sujeito afetado por estas práticas, na maioria das vezes orientadas de forma mais ideológica do que científica e para a sociedade mais ampla.

Cremos que abordar a clínica com crianças seja relevante neste contexto, pois há importantes controvérsias que modulam os diferentes modos de como esta clínica é concebida e praticada, o que gera abordagens e tratamentos distintos por parte dos especialistas das diferentes áreas do conhecimento, o que não é sem consequências.

Com frequência recebemos em nossa clínica crianças encaminhadas pelas escolas. Muitas vezes, quando essas chegam até nós, já passaram por vários profissionais, entre eles o pedagogo ou psicopedagogo, neurologista, psiquiatra e fonoaudiólogo. O que nos chamou à atenção nesses casos é o fato da criança já ter sido diagnosticada antes mesmo de iniciar um tratamento. “Meu filho é hiperativo”; “a professora me falou que ele é autista”, “acho que meu filho tem um problema no cérebro”, relatam algumas mães.

No espaço escolar há uma insistência em se nomearem as questões apresentadas pelas crianças, talvez pela dificuldade em se lidar com a sua subjetividade, e neste caso parece que o diagnóstico, de certa forma, explica a dificuldade no trato com a criança. Há também uma demanda de laudo médico formulada pela escola para justificar o ingresso do aluno em uma sala de recursos, ou ainda, para obter um professor de apoio. O fato é que esta lógica de funcionamento não somente coloca o problema na criança, o que desresponsabiliza

os pais e a própria escola, como também produz práticas medicalizantes, em detrimento de um tratamento que leve em conta a história e a posição do sujeito.

Para empreendermos o trabalho de pesquisa a que nos propomos, o organizamos em quatro capítulos.

No primeiro capítulo retomamos inicialmente a pesquisa de Philipe Ariès (1981), em *História social da criança e da família*, com destaque no modo como a criança foi inserida na cultura, bem como o lugar que ela ocupava no início do século XX. Em seguida apresentamos algumas contribuições que a Psicanálise traz para tratamento com crianças, destacando que a presença constatada do sofrimento psíquico não implica forçosamente haver doença. Para tanto foram tomados como aportes analíticos as contribuições oferecidas pelos textos freudianos que discutem o sintoma infantil e os fundamentos para uma clínica com crianças. Além disso, as reflexões teóricas de Melanie Klein e alguns de seus mais importantes seguidores são considerados e, por fim, as contribuições de Lacan e autores referenciados à orientação de seu ensino relacionadas à temática da clínica foram trazidos para a discussão porquanto constituem um eixo fundamental na compreensão desses aspectos.

No segundo capítulo, enfatizaremos a discussão da patologização e a medicalização da infância. Tematizaremos então o que está em jogo nesta operação que autoriza a medicalização de questões que são da ordem do sujeito, assim como as consequências clínicas destas operações. Partimos do pressuposto de que a medicalização é resultado de um discurso, e, portanto, de uma práxis de linguagem que tem uma dimensão política no laço social, e não apenas do que se poderia considerar como avanços da ciência médica. Este discurso que produz práticas medicalizantes por razões que excedem o âmbito da ciência, que se coloca a serviço de uma ideologia regida pelos interesses do capital e do controle social, por exemplo, e é nosso objetivo problematizar esse quadro, determinante, segundo pensamos, do processo de medicalização da infância.

No terceiro capítulo, o foco da discussão está nas relações entre ciência e psicanálise. Na verdade, a questão recua em um passo atrás, do ponto de vista metodológico, concernindo à própria posição da ciência na contemporaneidade, em contraste com o que poderíamos denominar de ciência clássica. As relações da ciência com a psicanálise decorrem, em larga medida, de questões internas ao próprio campo científico e suas relações com o mundo atual. A psicanálise é um

campo diretamente derivado do surgimento da ciência na era moderna, e operou sobre ele profunda subversão metodológica. Por outro lado, a ciência clássica degradou-se em termos de rigor metodológico com sua associação com o capitalismo, que Jacques Lacan designou como uma “cópula”. Resulta disso um cientificismo ideológico desprovido de qualquer rigor metodológico exigível de uma práxis verdadeiramente científica, no qual são justamente as ciências da vida, subsumindo nesta categoria as ciências “psi”, que assumem a hegemonia na comunidade científica internacional, da qual excluem qualquer modo de conceber e tratar das questões da vida psíquica, por mais rigorosas, consistentes e eficazes em seus resultados que se mostrem, que não se alinhe a esses critérios neurologicocêntricos e comportamentalistas. Pensamos que a medicalização da sociedade e em particular da infância é uma consequência direta desse processo de desqualificação metodológica da ciência contemporânea, e este é o fundamento da decisão de discutir essas questões no capítulo III.

Citamos como exemplo o fato de se considerar como um distúrbio orgânico aquilo que não é, de modo algum, como é o caso da tão discutida TDAH. A área da psiquiatria biológica lhe atribui uma designação classificatória de um “transtorno”, amparada em preceitos supostamente científicos, embora o DSM V, e mesmo versões anteriores deste manual se autoproclame “a-teórico”, descritivo e não etiológico. Curioso não-comprometimento com a causalidade, que não impede que médicos, psiquiatras, pediatras, e em sua esteira educadores e psicólogos tratem esses transtornos como se fossem efeito de distúrbios como sempre de base orgânica e neurológica, como falha de neuro-transmissores entre outros fatores, sempre de base biológica – o que é confundido com “científica”, como se a ciência devesse ser positivista e neurocentrada – e sua contrapartida psicológica comportamental.

Tal categorização é completamente inapropriada, visto que o comportamento hiperativo, bem como o *déficit* de atenção é frequentemente verificado clinicamente em crianças que não apresentam nenhuma falha ou disfunção em seu cérebro. Esta constatação por si só já refuta que se considere o TDAH como um distúrbio orgânico.

No quarto capítulo discutimos o lugar do tratamento psicanalítico na clínica com crianças, trazendo para a discussão alguns casos clínicos observados ao longo da nossa prática.

1 SOFRIMENTO PSÍQUICO NÃO IMPLICA DOENÇA

> Embora a psicologia e a pedagogia tenham sempre mantido a crença de que a criança é um ser feliz e sem conflitos e tenham suposto que os sofrimentos dos adultos resultam de encargos e das durezas da realidade, devemos afirmar que justamente o oposto é verdadeiro. O que aprendemos sobre o adulto através da psicanálise é que todos os sofrimentos da vida ulterior são, em sua maior parte, repetições dos sofrimentos infantis, e que toda criança, nos primeiros anos de vida, passa por um grau incomensurável de sofrimento.
>
> *Melanie Klein*

1.1 O nascimento da infância

Ariès (1981), em *História social da criança e da família* evidencia o quanto o lugar social ocupado pela criança passou por modificações ao longo do tempo. Ele demonstra que na Idade Média a criança não se diferenciava do adulto em suas particularidades, pois ela era vista como um pequeno adulto. A duração da infância se limitava ao seu período mais frágil e tão logo adquiria alguma independência da mãe ou da pessoa responsável pelos seus cuidados, ela era misturada aos adultos e já partilhava dos trabalhos e dos jogos. Isso significa dizer que, de criança pequena ela se transformava em um jovem homem, haja vista a que não passava pelas etapas consideradas como essenciais ao desenvolvimento, nem dentro do período que corresponde a como atualmente a infância é concebida, e que comporta subdivisões (primeira, segunda, terceira infância), nem na adolescência como transição para a vida adulta.

Ariès (1981) considera que o “sentimento da infância”, não existia na Idade Média. O referido sentimento, segundo o autor, é compreendido como a consciência da particularidade infantil, de modo mais específico, aquilo que essencialmente distingue a criança do adulto. Isto não significava que as crianças naquela época fossem negligenciadas ou abandonadas. Apenas não havia a consciência daquilo que particulariza a criança em relação ao adulto e é isso que explica o fato da criança ingressar no mundo adulto tão cedo.

Por meio de sua pesquisa iconográfica, Ariès demonstra que as características infantis do modo como as conhecemos atualmente não aparecem nas representações artísticas no século XII. Observavam-se apenas criaturas menores com vestes semelhantes, não havia indicações de traços que indicassem a infância. Para Ariès a “arte medieval desconhecia a infância ou não tentava representá-la” (ARIÈS, 1981, p. 50). O estudioso acreditava ser pouco provável que a ausência de representações fosse decorrente de uma falta de habilidade, o que sugere a ausência de um lugar para a infância na época. O autor afirma ainda que, “até o fim do século XIII não existem crianças caracterizadas por uma expressão particular, e sim homem de tamanho reduzido” (ARIÈS, 1981, p. 51).

O estudo apresentado por Ariès (1981) revela que o sentimento da infância é resultado de uma construção social. A descoberta da infância ocorre no século XIII e culmina nos séculos XVI e XVII com o aparecimento do primeiro “sentimento da infância”. Esse surgiu no meio familiar e era caracterizado pela “paparicação”, esta considerada por ele como um “sentimento superficial da criança”. Os adultos se divertiam com as crianças do mesmo modo que se divertiam com um animalzinho. Esta paparicação era destinada à criança apenas nos seus primeiros anos de vida, enquanto ela ainda se mostrava engraçadinha, entretanto a criança era afastada muito cedo dos seus pais. Assim, a transmissão dos valores e a socialização da criança não eram asseguradas pela família, e sim por toda a comunidade e pelo convívio com os adultos.

A paparicação provocou inúmeras reações críticas no final do século XVI e mais especificamente, no século XVII. Algumas pessoas consideravam como insuportável a atenção dispensada às crianças. O segundo sentimento da infância, caracterizado por uma “exasperação”, posição oposta à paparicação se estabeleceu. Como efeito deste novo olhar, o lugar que é dado à criança se modifica. Ela passa a ser separada dos adultos. O autor observa que “não se considerava mais desejável que as crianças se misturassem com os adultos, especialmente na mesa – sem dúvida porque esta mistura permitia que fossem mimadas e se tornassem mal educadas” (ARIÈS, 1981, p. 161).

Para Ariès (1981) este segundo sentimento procedeu dos homens da lei até o século XVI e dos moralistas no século XVIII. Estes tinham como preocupação a disciplina e a racionalidade dos costumes.

No tocante à sexualidade das crianças, Costa (2007) salienta que até o século XVI acreditava que as crianças eram indiferentes à sexualidade e os adultos divertiam-se com brincadeiras, e faziam alusões aos assuntos sexuais na presença das crianças.

A autora enfatiza ainda que com a privatização do espaço doméstico na Renascença, a família enquanto um grupo coeso se estabelece. Ocorre então uma mudança em relação ao lugar que era dado à criança. Ela passa a ser o centro do grupo familiar e a infância é considerada como um período de preparação para o futuro.

Assim, a partir do século XVII até o século XVIII, a educação passou a ser uma preocupação tanto da família quanto dos educadores. Conforme Costa (2007), neste período, “predomina a noção de uma inocência infantil que precisava ser preservada e a educação tornou-se uma preocupação constante das famílias, dos homens da lei e dos educadores” (COSTA, 2007, p. 9).

Ferreira (1999) considera que é com a emergência dos ideais educativos a partir dos séculos XVI e XVII, no Brasil mais especificamente somente no final do século XIX é que a criança ganha uma particularidade. Neste contexto, a criança se transforma em objeto de especulação teórica e de práticas específicas. Vários saberes são produzidos sobre ela. “A pediatria, a pedagogia e as especializações dirigidas à criança surgem e se desenvolvem rapidamente, a partir daí” (FERREIRA, 1999, p. 22).

Costa (2007) considera que o pensamento de que a criança é um estorvo para os pais reinou muito tempo na história da pedagogia e “foi responsável por uma atmosfera de frieza na família, e os pais, instruídos pelos pedagogos, passaram a adotar uma educação rígida em relação aos filhos para livrá-los de suas malignidades naturais” (COSTA, 2007, p. 10). A autora salienta ainda que a ideia de que a criança era um encargo muito pesado modifica-se gradativamente a partir do século XVIII com o surgimento do discurso filosófico iluminista. Para ela, esse discurso “vai inspirar toda a educação até o século XX, tanto na cidade como no campo, e na burguesia como no povo” (COSTA, 2007, p. 10–11).

Rousseau é considerado um dos representantes do iluminismo. Conforme Costa (2007) ele acreditava que a bondade era inerente ao homem. A criança para ele nasce inocente, é pura. “Ele postulava que a educação da criança visava o

desenvolvimento de suas potencialidades naturais e seu afastamento dos males sociais” (COSTA, 2007, p. 11).

De acordo com Costa (2007), no intuito de defender seu pensamento, Rosseau elaborou um manual para educadores. Tem como princípio o fato de que não há perversidade original na criança porque é a sociedade que a corrompe. Para impedir que a criança seja corrompida, os educadores devem seguir os princípios por ele sugeridos.

Costa (2007) expõe que o pensamento de Rousseau é amplamente aceito entre os grandes pedagogos da Europa e influenciou a mentalidade da sociedade em relação às crianças durante muitos anos.

Outro ponto destacado pela autora em relação ao pensamento rousseauniano é a ideia de que a criança é desprovida de sexualidade e o fato de que a Igreja no século XVII tenha-se preocupado em afastar a criança de assuntos ligados ao sexo, com a alegação de que estas vivências eram inadequadas para a formação do caráter e da moral.

Desse modo, ainda no início do século XX predominavam as ideias de que a criança era inocente, pura e constituída de uma natureza infantil passível de ser modelada. Para Ferreira (1999), esta concepção de uma adaptabilidade da ‘natureza’ infantil serviu de base para a pedagogia, em sua função modeladora de comportamento. Conforme a autora, estes especialistas acreditavam que colocar as crianças em situações apropriadas possibilitaria um desenvolvimento harmonioso em muitas direções.

1.2 **O infantil para a psicanálise**

A concepção de que a criança é dotada de uma natureza infantil, passível de ser modelada, assim como a ideia de que ela não é sexualizada são totalmente desconstruídas por Freud. Em 1905, ele publica os “Três ensaios para uma teoria da sexualidade” e dedica o segundo ensaio especialmente ao tema da sexualidade infantil. Nesse ensaio, Freud (2016), aponta como um equívoco de graves consequências, a ideia de que a pulsão sexual está ausente na infância e que ela é despertada somente na puberdade. Isso ocasionou, em sua opinião, um desconhecimento até aquele momento das condições fundamentais da vida sexual.

Na mesma obra, Freud faz uma crítica aos autores de sua época. O motivo é que eles atribuem uma influência maior à hereditariedade no esclarecimento das reações do indivíduo adulto, do que na existência individual de uma pessoa, no período da infância. Adicionalmente ainda, no mesmo trabalho, aponta que os estudos acadêmicos predominantes acerca da temática sobre a atividade sexual precoce em crianças, como por exemplo, os atos de masturbação e as condutas similares às do coito são compreendidas como uma excepcionalidade, uma curiosidade, ou ainda, exemplos de depravação precipitada ou desvio patológico. Portanto, segundo ele, não havia, até esse momento nenhuma literatura que revelasse a regularidade da pulsão sexual na infância. Essa é justamente uma das noções conceituais fundamentais inovadoras introduzidas por Freud nesse campo de estudo.

Diferentemente dos demais estudiosos de seu tempo, Freud (2016) considera a sexualidade da criança como perverso-*polimorfa,* em outras palavras*,* ela traz em sua constituição a possibilidade de apresentar as mais diversas configurações fora da referência normativa de um desenvolvimento orientado pelo objetivo da reprodução, as quais, fora desta perspectiva, seriam consideradas transgressões. Isto ocorre porque, conforme a idade da criança, as barreiras psíquicas contra esta polimorfia sexual, que são estruturais, ou seja, nem naturais nem simplesmente culturais – a vergonha, o asco e a moral – ainda não foram estabelecidas, ou então, estão em processos de construção. A noção de sexualidade a partir de Freud, portanto não é natural, tampouco, culturalmente determinada, mas obedece a determinações estruturais.

Com o tratamento analítico das neuroses em adultos Freud descobriu que as forças motivadoras de todo sintoma neurótico no adulto estão relacionadas à sexualidade infantil do paciente, o que comprova que o infantil possui caráter estrutural e não uma etapa da sexualidade do falante. Seguramente, diz o autor, é possível observar em crianças:

> Os impulsos e desejos sexuais que desenterramos nos adultos dentre seus próprios escombros – especialmente se é crença nossa que eles constituem a propriedade comum de todos os homens, uma parte da constituição humana, e apenas exagerada ou distorcida no caso dos neuróticos (FREUD, 1969a, p. 12).

O infantil para Freud, portanto, não tem a ver com a idade, pois persiste no adulto e é investido de sexualidade. Conforme Ferreira (1999), o infantil em Freud se

refere à posição do sujeito frente ao modo de satisfação pulsional e em Lacan à posição do sujeito frente ao gozo. “Esse modo de satisfação pulsional, ou modo de gozo, diz respeito à relação do sujeito ao Outro” (FERREIRA, 1999, p. 47).

Discutiremos a seguir o caso conhecido como “Pequeno Hans” que revela, de forma exemplar e bastante explícita, o modo como um sintoma aparece como substituição de uma satisfação recalcada na resolução de um conflito.

1.3 **O pequeno Hans – exemplo clássico de sintoma em uma criança**

Em 1909, Freud publicou o caso do “Pequeno Hans” – *Análise de uma fobia em um menino de cinco anos* (FREUD, 1969a). Neste ele discute a fobia do garoto por animais, mais especificamente cavalos. Essa fobia leva Hans a não querer sair de casa.

Freud (1969a) afirma que tanto a análise de um neurótico adulto possibilitou estabelecer hipóteses relacionadas à sexualidade infantil de um paciente adulto quanto a análise de uma criança (no caso o pequeno Hans), ainda que feita através de seu pai, tornou possível a verificação de que o quadro da vida sexual de uma criança estava de acordo com seus achados retirados do tratamento psicanalítico em adultos.

Duas objeções foram inicialmente apontadas e discutidas por Freud em relação ao caso. A primeira se refere ao fato de Hans não ser considerado uma criança normal e ter uma predisposição para a neurose, o que tornaria ilegítimo aplicar em outras crianças as conclusões retiradas deste caso. A segunda objeção está relacionada ao fato da análise ser conduzida pelo próprio pai de Hans. Essa condição poderia, em tese, tornar Hans mais sugestionável no transcorrer do processo analítico.

Porém, Freud deixa explícito que isto não se aplica a Hans visto que ele demonstrava independência suficiente ao aplicar suas teorias sexuais infantis, sem ter sido encorajado para isto. Assim, apesar desta peculiaridade, Freud traçou as linhas gerais do tratamento e não deixou de considerar as declarações realizadas por Hans, ele acompanhou o caso passo a passo, por meio das supervisões e observações relatadas pelo pai. Estabeleceu, portanto, a partir deste caso, fundamentos importantes tanto na compreensão de uma fobia, quanto na vida psíquica das crianças.

O que fica evidente e o que é importante destacar neste trabalho de Freud está no fato de que uma criança diante do sofrimento, assim como um adulto, pode apresentar um sintoma psíquico passível de ser analisado e tratado por meio do método psicanalítico.

Em *Inibição, sintoma e angústia* [1926], Freud retoma o caso pequeno Hans e discute amplamente a questão do sintoma infantil. O avanço introduzido por ele nessa obra está no fato de o considerar como um substitutivo de uma satisfação pulsional que não pode acontecer em consequência do processo de recalque. Em outras palavras, considerou o sintoma como uma formação de compromisso resultante de um conflito que ocasionou uma defesa malsucedida, que ao ser recalcado, retorna como sintoma.

O recalque, explica Freud, procede do *eu* que não deseja colaborar num investimento pulsional despertado no *id*. Assim, é por meio deste processo que o *eu* garante que uma ideia portadora de um impulso desagradável seja mantida fora da consciência, e, desse modo, essa ideia é conservada como uma formação do inconsciente.

No caso do “Pequeno Hans”, Freud, deixa evidente o quanto é preciso todo um trabalho para localizar o impulso recalcado, o sintoma substitutivo e o motivo do recalque. Considera como material bruto do caso a recusa de Hans em sair às ruas por medo de cavalos e interroga inicialmente qual seria o verdadeiro sintoma neste caso e em que estaria a satisfação proibida a si mesmo, e ainda, o porquê de proibi-la.

A princípio, diz Freud, esse incompreensível medo dos cavalos é o sintoma e a incapacidade de sair à rua é uma inibição, “[...] uma restrição que o Eu impõe a si próprio para não despertar o sintoma da angústia” (FREUD, [1926] 2014a, p. 33). A angústia, neste caso, é explicada por Freud não como algo indeterminado diante de uma situação específica, mas sim uma angustiada expectativa de que será mordido pelo cavalo.

Para desvendar as implicações neste caso, Freud considera toda a situação psíquica de Hans, a partir do que se revela no trabalho analítico. O menino encontra-se em pleno complexo de Édipo. Experimenta um conflito de ambivalência de amor e ódio pelo pai, ama intensamente, ao mesmo tempo em que sente ciúmes e hostilidade por ele. A fobia, diz Freud, é considerada como uma tentativa de solucionar o conflito.

Freud explica que há diversas formas de sair de um conflito de ambivalência, o que pode ter vários desfechos. No recalque por formação reativa, observa-se que

> um dos dois impulsos em luta, geralmente o afetuoso, fortalece-se bastante, enquanto o outro desaparece. Apenas o caráter exagerado e compulsivo da afeição nos revela que tal postura não é a única presente, que ela está sempre em guarda para manter suprimido o seu contrário" (FREUD, [1926] 2014a, p. 33).

Este não é o caso do pequeno Hans, ou seja, a saída dele não é uma formação reativa. O que fica evidente no caso é que Hans faz recalque do impulso hostil em relação ao pai. Freud chega a esta conclusão quando busca compreender a origem da ideia do cavalo que morde. "Hans viu um cavalo cair, também viu cair e se ferir um amigo com quem brincava de cavalinho" (FREUD, [1926] 2014a, p. 34). Essa revelação leva Freud a supor que, na realidade, Hans desejava que o pai caísse e se machucasse, assim como ocorreu com o cavalo e com o amigo.

Freud explica que aquilo que se caracteriza como sintoma, a angústia da fobia de Hans por cavalos, não é a ambivalência da manifestação de amor e ódio pelo pai e seu amor pela mãe, isto é, estar enamorado da mãe e temer o pai. Na realidade, esta situação edípica revela apenas uma reação afetiva, mas não uma neurose. O que torna esta fobia em neurose é, na verdade, a substituição que Hans faz do pai pelo cavalo, portanto, é esse deslocamento que produz o sintoma. Desse modo, o conflito de ambivalência é resolvido, não com o mesmo objeto, mas quando um dos impulsos é direcionado para outro objeto como um objeto substitutivo.

Isso significa que Freud considera como conteúdo da fobia a ideia de ser mordido pelo cavalo. Ao mesmo tempo, esclarece que "[...] o fato de o pai do pequeno Hans haver comprovadamente brincado de cavalinho com ele fora determinante na escolha do animal gerador da angústia" (FREUD,[1926] 2014a, p. 37).

Freud deixa evidente que o recalcado na fobia de Hans é um impulso hostil em relação ao pai que foi reprimido mediante ao processo de transformação no contrário. No lugar da agressividade em relação ao pai, surge a agressividade, sob a forma de vingança, do pai para com Hans. Em outras palavras, há um deslizamento em que o "eu odeio" experimentado pelo garoto se transforma em "ele vai se vingar me odiando também", o que evidencia um dos destinos da pulsão, o retorno ao próprio eu do impulso. Assim, explica-se como de qualquer modo essa agressividade "[...] tem raízes na fase libidinal sádica, basta-lhe apenas uma

degradação até o estágio oral, que em Hans é apenas insinuado pela ideia de ser mordido” (FREUD,[1926] 2014a, p. 39).

Além do mais, o que fica evidente neste caso, é que há duas moções pulsionais: a agressividade sádica em relação ao pai e a postura terna e passiva diante dele. Todavia, ao mesmo tempo em que ambos formam um par de opostos, eles são simultaneamente recalcados. Adicionalmente ainda, considera que Hans abole também o investimento objetal relativo à mãe. Assim, o recalque atinge todos os componentes do complexo de Édipo, os impulsos hostis e afetuosos para com o pai, bem como os afetos em relação à mãe.

Freud acredita que o motivo do recalque é o medo da ameaça de castração, e é esse medo que faz com que Hans abandone a agressividade para com o pai. Nas palavras de Freud, “[...] seu medo de que um cavalo o morda pode ser entendido, de maneira não forçada, como o medo de um cavalo morder-lhe o genital, de castrá-lo” (FREUD,[1926] 2014a, p. 42). Assim, fica evidente no caso que o complexo de Édipo fracassa em decorrência do complexo de castração. O medo de ser mordido por um cavalo pode ser compreendido como um substituto distorcido do ato de ser castrado pelo pai. Foi o medo de ser castrado pelo pai que sofreu a ação do recalque.

É nesse momento que Freud opera uma inflexão importante em relação a primeira teoria da angústia, até então compreendida como resultado da libido recalcada. Ele verifica que o afeto da angústia não resulta do recalque, não resulta da modificação da libido por incidência do recalque mas, pelo contrário, a angústia é que desencadeia o recalque, é sua causa real. Para Freud “[...] a angústia da fobia de animal é o medo da castração inalterado, ou seja, um medo realista, angústia ante um perigo propriamente ameaçador ou considerado real” (FREUD, [1926] 2014a, p. 43).

Freud constata nesta obra, portanto, que é a angústia que gera o recalque, e não o contrário, como havia sustentado anteriormente. Supera, portanto, a noção de que o representante pulsional era distorcido, deslocado pelo recalque, enquanto que a libido do impulso pulsional era transformada em angústia. Conclui desse modo que, “A angústia da fobia animal é o medo da castração sentido pelo eu” (FREUD, [1926] 2014a, p. 44).

A maioria das fobias, diz Freud, “[...] remonta a essa angústia do eu ante as exigências da libido. A postura angustiada do eu é sempre o elemento primário e

instigador da repressão. A angústia não provém jamais da libido reprimida” (FREUD, [1926] 2014a, p. 44). Ela passa a ser sinal de perigo diante uma exigência da pulsão.

Logo, para a psicanálise freudiana o sintoma neurótico é um acontecimento psíquico, sinal e substituição de uma satisfação pulsional que não pode se realizar e sofreu a ação do recalque. A neurose é resultado de um conflito entre o eu e o id, e aquilo que não pode se realizar e que foi suprimido pelo eu fracassa e retorna sintomaticamente. Este modo de compreender o sintoma neurótico enquanto um acontecimento psíquico, é inovador e amplamente discutido em toda obra freudiana.

1.4 **Melanie Klein – contribuições para uma clínica com crianças**

Melanie Klein é considerada pioneira na aplicação da psicanálise em crianças e chega a várias conclusões teóricas importantíssimas em relação ao funcionamento mental primitivo do bebê, a partir de suas observações de trabalho clínico. Em (1937), ao abordar a temática sobre a vida emocional do bebê, Klein aponta que a mãe é o primeiro objeto de amor e de ódio do bebê. Ao mesmo tempo, ela é desejada e odiada com toda a intensidade.

A criança, segundo a autora, experimenta amor quando a mãe atende às suas necessidades de alimento “[...] e lhe oferece o prazer sensual que experimenta quando sua boca é estimulada pelo sugar do seio” (KLEIN, 1975, p. 83). No entanto, experimenta igualmente o ódio e os sentimentos agressivos, quando diante da fome, da dor e do desconforto físico, não tem seus desejos atendidos.

Ainda conforme Klein, esses sentimentos de ódio e agressividade causam estados extremamente dolorosos como sensações de sufocação e falta de ar, entre outras experimentadas como destrutivas do seu próprio corpo. Ela considera a satisfação dos desejos do bebê pela mãe a forma mais primária em trazer alívio aos estados de tensão. Ressalta ainda que: “Pelo fato de ter sido nossa mãe a satisfazer em primeiro lugar todas as nossas necessidades de autopreservação e os nossos desejos sensuais e a nos infundir segurança, o papel por ela exercido em nossas mentes é duradouro” (KLEIN, 1975, p. 84).

Segundo Klein (1975), tomando a relação mãe-bebê e a amamentação como o protótipo da relação primordial de um ser humano, o objeto que satisfaz todas as necessidades e desejos da criança será definido como um “seio bom”, que

corresponde às gratificações e aos cuidados, através de sentimentos de amor. No entanto, “[...] esse primeiro amor já está perturbado em suas raízes por impulsos destrutivos. Amor e ódio lutam entre si na mente do bebê. E essa luta persiste, até certo ponto, durante toda a vida, podendo tornar-se uma fonte de perigo nos relacionamentos humanos” (KLEIN, 1975, p. 85).

Para Klein (1975), esses impulsos e sentimentos são acompanhados pela fantasia, considerada por ela como a mais primitiva dentre as atividades mentais. Desse modo, um bebê que experimentou um desejo intenso ao ser amamentado, pode, diante da ausência do seio materno, imaginar esse seio e a satisfação derivada desta experiência. Idealiza, portanto, a gratificação que lhe falta. Esse primeiro fantasiar diz a autora, marca o início de uma capacidade imaginativa posteriormente mais elaborada.

Ela explica ainda que o bebê não somente imagina a gratificação que lhe falta como também as satisfações que são experimentadas na realidade são acompanhadas de fantasias agradáveis. Nessa mesma lógica de funcionamento, diante da frustração, experimenta fantasias destrutivas, além dos sentimentos de ódio por ela despertados. Assim diz Klein:

> [...] quando o bebê se sente frustrado pelo seio, em suas fantasias ele ataca este seio; mas se está sendo gratificado por ele, ama-o e tem fantasias agradáveis com relação a ele. Em suas fantasias agressivas sente desejo de morder e despedaçar a mãe e seus seios, e também de destruí-la de outras maneiras (KLEIN, 1975, p. 86).

Ressalta ainda que as fantasias destrutivas experimentadas pelo bebê equivalem aos desejos de morte, pois ele sente como sua realização, o que deseja em suas fantasias. Assim, ele imagina ter realmente destruído o objeto de seus impulsos destrutivos, o que tem consequências importantes para o seu desenvolvimento. Para lidar com tudo isso, segundo ela, o bebê cria fantasias onipotentes, do tipo restaurador. Assim, ele pode no caso de despedaçar a mãe em suas fantasias agressivas construir fantasias restauradoras que junta novamente os pedaços.

Klein (1978), em *Algumas conclusões teóricas sobre a vida emocional do bebê*, revela que o bebê, durante o seu primeiro ano de vida, experimenta a sensação de ansiedade proveniente tanto das fontes internas quanto de externas. Defende a ideia “[...] de que a atividade interna do instinto de morte dá origem ao medo de aniquilamento e de que é essa a causa primária da ansiedade

persecutória" (KLEIN, 1978, p. 216–217). Adicionalmente ainda, considera a experiência do nascimento como a primeira fonte externa de ansiedade e em consonância com Freud ela afirma que esta experiência:

> "[...] fornece o padrão para todas as situações posteriores de ansiedade, está voltada a exercer influência sobre as primeiras relações do bebê com o mundo externo. Ao que parece, a dor e o desconforto que ele sofreu, assim como a perda do estado intra-uterino, são pelo bebê sentidos como uma agressão por forças hostis, isto é, como uma perseguição. Portanto, a ansiedade persecutória participa desde o início em sua relação com os objetos, na medida em que o bebê está exposto a privações" (KLEIN, 1978, p. 217).

Klein (1978) trabalha com a hipótese de que a criança estabelece uma relação objetal com a mãe a partir das suas primeiras experiências resultantes da amamentação e da presença dela. Esclarece que esta relação inicialmente é com um objeto parcial, o seio materno. Para ela, "[...] os impulsos oral-libidinais e oral-destrutivos, desde o começo da vida, estão dirigidos, em particular, para o seio materno" Klein (1978, p. 217).

É importante assinalar que Melanie Klein é tributária da teoria do objeto parcial desenvolvida na psicanálise por Karl Abrahan. Mas ela levou mais longe esta concepção de objeto parcial/objeto total em sua teoria. Segundo sua perspectiva, o objeto do investimento pulsional pode ser parcial - parte do corpo da mãe, por exemplo, o seio, mas sobretudo a dimensão hostil ou prazerosa do seio – e aí a parcialidade concerne a uma dimensão mais simbólica que anatômica, pois o seio bom e o seio mau são objetos parciais mas o seio bom-e-mau já não mais o seria, e no entanto continuaria sendo uma parte do corpo materno. E o objeto pode ser total (a mãe em sua totalidade, que não coincide com o seu corpo inteiro, mas também e sobretudo como a mãe que integra em si mesma as dimensões de boa-e-má. Klein atribui a essas duas posições do objeto duas posições do sujeito: a posição esquizoparanóide aquela em que as dimensões boa e má do objeto estão cindidas, não se integram, e a posição depressiva, em que o mesmo objeto que é bom é também mau, e isso o totaliza mas por integração dessas duas dimensões opostas no mesmo objeto. Nesse sentido, Melanie Klein não é uma psicanalista que reduza sua teoria a uma perspectiva meramente positivista, como às vezes é acusada de fazer. No entanto, seu objeto parcial não é como o de Lacan, que é *sempre parcial,* por razões de estrutura.

A autora sustenta ainda a interação dos impulsos libidinais e dos agressivos correspondem à fusão do instinto de vida e o de morte. Há, segundo ela, um equilíbrio entre os impulsos libidinais e agressivos nos períodos de ausência de fome, mas quando a criança se encontra em uma situação de perturbação desse equilíbrio, ocasionado por uma privação, os impulsos agressivos são reforçados. E essa alteração entre libido e agressão causa uma emoção chamada por Klein de "avidez".

> Qualquer aumento de avidez fortalece os sentimentos de frustração e, por sua vez, a frustração reforça os impulsos agressivos. Naquelas crianças em que o componente agressivo inato é forte, a ansiedade persecutória, a frustração e a avidez são facilmente provocadas, e isso contribui para a dificuldade do bebê em tolerar a privação e a ansiedade (KLEIN, 1978, p. 217).

Assim, as experiências de gratificação e frustração funcionam como estímulos para os impulsos libidinais e destrutivos e, portanto, para o amor e para o ódio. O seio materno não só é gratificador, amado e sentido como bom, assim como também é odiado e sentido como mau, quando funciona como uma fonte de frustração. Assim, o bebê para Klein tem uma participação ativa na construção subjetiva da realidade.

1.5 **Psicanálise e psiquiatria**

Freud (2014b) discute amplamente a questão das neuroses serem consideradas como uma doença ou mesmo classificadas como um distúrbio pelos médicos de sua época. A questão de extrema relevância observada pelo autor neste cenário é que o doente neurótico, ao ser examinado pelo médico, não manifestava sinal de doença em nenhum órgão. Freud (2014b), alertou para o fato de que estes doentes não deveriam ser considerados como apresentando as mesmas características dos demais, isso por considerar as neuroses como uma "doença nervosa". Além do mais, discutiu a etiologia destas a partir do psíquico, e não do orgânico, considerou-as como uma doença psíquica, num procedimento que tem o nome de psicogênese – termo aliás que Freud utilizou mais de uma vez. Esse modo de compreender as neuroses causou implicações importantes no encaminhamento do tipo de tratamento e na especialidade autorizada para conduzi-lo.

Na época os “doentes dos nervos” eram tratados em sua maioria por analistas médicos e Freud (2014b) passou a defender que o tratamento analítico para estes pacientes deveria ser realizado também por analistas não médicos, cuja formação necessitaria ser realizada em uma sociedade de psicanálise. Esta questão, segundo ele, levanta algumas polêmicas, visto que os médicos, apesar das inúmeras críticas à psicanálise, outorgavam-se o direito exclusivo na condução do tratamento do doente dos nervos.

Freud (2014b) destaca ainda que a medicina e a psicanálise se encontram em campos distintos e que a formação médica se opõe à formação do psicanalista. Salienta o fato de que a atenção do médico é dirigida para fatos objetivamente verificáveis de anatomia, física e química. Devido à sua formação acadêmica ele não é despertado para os aspectos psíquicos dos fenômenos da vida, e isso se constitui como um obstáculo na compreensão das neuroses. Enquanto a psicanálise, de um lado, se interessava pelo funcionamento do aparelho psíquico e buscava neste a explicação para as neuroses, a psiquiatria, de outro, que também se ocupava da vida psíquica, buscava os determinantes físicos dos distúrbios psíquicos.

Deve-se neste ponto fazer uma referência – e uma reverência – à Psiquiatria clássica, de orientação fenomenológica e não organicista, de um Karl Jaspers (1973 apud ELIA, 2008), por exemplo, cujo encontro com a loucura, desde o lugar de psiquiatra, levou a uma elaboração epistemológica que marcou profundamente o campo do conhecimento em sua totalidade, dando origem à dualidade entre ciências naturais e ciências humanas. Pois devemos a Jaspers essa divisão do campo do conhecimento, e seguimos Elia (2008) na hipótese por ele levantada de que essa divisão fora causada pelo modo rigoroso com que Jaspers assimilou, como cientista fenomenológico, condição que Husserl (2006), o fundador da Fenomenologia, reputava como de um cientista exato, a experiência da loucura, na qual penetrou em detalhe, com exaustivas narrativas clínicas dos pormenores mais minuciosos que para ele tinham a mesma importância dos fenômenos mais exuberantes.

E como corolário dessa incursão experiencial, concluiu que a psicose não poderia caber inteira em nenhum dos dois campos – o organismo e a cultura – e que qualquer abordagem desta condição humana teria que transbordar cada um deles, mantendo a parcialidade das explicações provenientes de cada um e não recorrendo a uma espécie qualquer de “holismo” fácil, presente na psicologia sob a flébil máscara do trinômio bio-psico-social. A experiência da loucura implica e requer

simultaneamente elementos do organismo e da cultura. Elia (2008) propõe que Jaspers transpôs essa dualidade para o campo extensional do conhecimento, propondo assim as duas formas da ciência, as ciências da natureza e as ciências da cultura, que até nossos dias organiza o campo e as áreas do conhecimento.

Jaspers marcou profundamente a psiquiatria. No entanto o que atualmente presenciamos é uma psiquiatria que retrocede no tempo, que adota um monismo organicista, que tem deixado de discutir a etiologia do sofrimento, e que opta por medicalizar indiscriminadamente a vida. Discutiremos esta questão mais pontualmente no próximo capítulo.

Freud, por sua vez, também influenciou a psiquiatria em sua época, mas a psicanálise não tem o poder de impedir a "organicização" da psiquiátrica tanto em sua dimensão teórica como em sua prática, hoje larguissimamente disseminada na sociedade.

Assim, as descobertas freudianas possibilitaram que as neuroses deixassem de pertencer ao campo das ciências médicas para serem tratadas como manifestação da estrutura clínica, da posição subjetiva, ou seja, do modo como o sujeito se houve com os conflitos por ele enfrentados diante dos seus impasses na sexualidade.

1.6 **O sintoma em psicanálise**

Partimos, neste capítulo, da afirmação, crucial nesta dissertação, de que sofrimento psíquico não só não implica doença como não pressupõe a existência de fatores patogênicos causais. Com isto queremos não só enfatizar que o que está implicado no sofrimento humano procede de diversas direções, como bem afirmou Freud na obra "mal estar da civilização", mas também salientar nossa posição contrária às explicações organicistas para as diversas manifestações sintomáticas da atualidade na esfera psíquica.

As inúmeras manifestações de sofrimento entre as crianças e adolescentes observadas nas fobias, nas inibições, nos comportamentos hiperativos, nas dificuldades de aprendizagens entre outras ganham um lugar de doença nos manuais psiquiátricos da atualidade apesar de não serem nomeadas como tais. O fato, facilmente contestável no simples exame do DSM V (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders* – 5ª edição, de 18 de maio de 2013) de que todos os

integrantes da humanidade se enquadrariam em um dos transtornos ali descritos e que portanto a “normalidade” designaria um conjunto vazio não deve ser confundido com a tese freudiana, por exemplo, de que não existe normalidade por razões de estrutura. Essas duas posições, a do DSM e a de Freud, aparentemente concordantes por negarem que haja alguém que seja normal são na verdade opostas, pois a posição do DSM é estatística – como o nome do próprio Manual explicita – e a de Freud estrutural, e portanto o DSM afirma, em contrapartida, a patologização generalizada e Freud, pelo contrário, sustenta que não existe normalidade absoluta na mesma proporção em que dissolve a noção de psicopatologia como categoria nosológica consistente e positiva. Já no caso do DSM, por mais que ele se auto-proclame a-teórico e não etiológico, seu uso dá sustentação a indicações terapêuticas quase sempre medicamentosas, que supõem uma explicação orgânica para a maioria das psicopatologias classificadas neste manual de saúde mental.

Os constantes desvios e encaminhamentos e indicações das questões de ordem subjetivas para o campo da medicina revelam uma forte crença de que diante de determinados sofrimentos há de ter, em algum lugar no corpo, uma doença que explique o sintoma. Sabemos que para a medicina o sintoma é sinal de uma doença, um signo que a representa para o saber médico, seguindo a proposição de Lacan de que o signo é o que representa algo para alguém. No entanto no campo da Psicanálise, as coisas não se dão da mesma forma: o sintoma não é sinal de doença, ele é “sinal e substituto de uma satisfação pulsional” (FREUD, 2014b, p. 20) e tem valor significante e, na mesma proposição de Lacan usada acima a respeito do signo, o significante é o que representa um sujeito para outro significante. O sintoma em psicanálise é, assim, o que representa o sujeito e não uma doença.

A distinção entre o que é da ordem do psíquico e do orgânico, assim como o que é uma doença e o que é um mal de ordem não patológica são extremamente relevantes para o diagnóstico e tratamento das patologias e/ou psicopatologias que podem se apresentar na vida de uma pessoa. A histeria, sistematicamente estudada por Freud no séc. XIX é o exemplo mais clássico de uma neurose na qual o sintoma se apresenta no corpo. No entanto, as bases para as explicações para este fenômeno não foram encontradas no corpo biológico, mas sim, em um modo de funcionamento do aparelho psíquico, que converte um conflito de ordem subjetiva em uma dor, uma paralisia e ou outras manifestações corporais. Assim, uma dor no

estômago pode significar outra dor, a dor de uma perda, por exemplo, resultado de um processo psíquico. O corpo como se percebe está incluído nas manifestações neuróticas, no entanto, não é no corpo biológico que devemos buscar as explicações para tais manifestações.

Isto se explica pelo modo como a psicanálise compreende o corpo. Conforme Elia (1995) “o corpo só poderá ser pensado pulsionalmente, como efeito do investimento pulsional” (ELIA, 1995, p. 96).

Freud afirma que a pulsão é um conceito limite entre o somático e o psíquico. Elia (1995) compreende por isso, que ela não é nem somática nem psíquica. A pulsão “rompe, de modo definitivo, com o espaço somato-psiquico tomado como unidade, produzindo efeitos, retroativos a este rompimento, tanto no espaço somático quanto psíquico, a serem ambos ressignificados” (ELIA, 1995, p. 52).

Elia enfatiza ainda que o conceito de pulsão introduzida por Freud rompe com a dicotomia entre o que é da ordem do psíquico e do orgânico, mas não para integrar o orgânico ao psíquico, criando um todo, um espaço “holístico”, mas sim uma ordem nova de fenômenos, determinados pela pulsão e pelo inconsciente – que nada devem a processos orgânicos e tampouco habitam o campo do psicológico. E em consequência disso, tanto os fenômenos somáticos quanto os psíquicos devem ser redefinidos e considerados como efeitos da determinação pulsional. Logo, para a psicanálise o corpo deve ser considerado como efeito da incidência da pulsão.

Independentemente de ser criança ou adulto o sintoma para a psicanálise é sempre uma resposta do sujeito. Elia (1995), ao abordar o sintoma neurótico esclarece que este é um significante que representa o sujeito. Diz o autor “o sintoma expressa o seu desejo recalcado, incluindo tanto a parcela de satisfação tornada impossível no plano da realização do desejo quanto a parcela de interdição que tornou possível aquela satisfação” (ELIA, 1995, p. 138). Destaca ainda que o sintoma em psicanálise se diferencia radicalmente do sintoma da medicina, pois enquanto que, no discurso médico-psicológico o sintoma é sinal de morbidez, ou seja, “[...] é um mal que acomete o indivíduo (organismo ou psiquismo), e do qual este quer se livrar, envidando esforços para isso, associando-se e assujeitando-se às ordens médicas, à terapêutica” (ELIA, 1995, p. 139), para a psicanálise é um significante que representa o sujeito, como dissemos acima, sobre a distinção lacaniana entre signo e significante.

Além disso, o autor evidencia que o sintoma neurótico não é um *mal* do qual o sujeito queira se livrar, pois,

> é algo que, apesar de causar sofrimento (o sofrimento neurótico), representa antes um *bem* do que um *mal,* um bem ao qual o sujeito se aferra com a força de suas pulsões, na medida em que o sintoma lhe parece uma solução, via recalque, para a insuportável experiência da angústia, a *dor de existir,* nas palavras de Lacan (ELIA, 1995, p. 139).

É importante ressaltar nesta discussão a concepção lacaniana de que o sintoma é estruturado como uma linguagem, assim como as demais formações do inconsciente. Ao ser estruturado dessa forma ele tem uma mensagem, um sentido a ser decifrado, que pode ser acompanhado por meio da associação livre. Segundo (Lacan (1998a), o sintoma "[...] se resolve por inteiro numa análise linguajeira, por ser ele mesmo estruturado como uma linguagem cuja fala pode ser libertada" (LACAN, 1998b, p. 270).

Lacan (1998a), considera ainda que é na psicose que o sintoma está mais claramente articulado à própria estrutura. Segundo ele, a relação entre o significante e o sujeito se revela de forma estruturada. Nas palavras de Lacan:

> Em parte alguma, com efeito, a concepção falaciosa de um processo psíquico no sentido de Jaspers, do qual o sintoma seria apenas o indício, é mais despropositado do que na abordagem da psicose, porque em parte alguma o sintoma, se soubermos lê-lo, está mais claramente articulado na própria estrutura (LACAN, 1998b, p. 543).

A psicanálise demonstra, por conseguinte, o quanto o sofrimento psíquico não implica de forma nenhuma a doença, mas sim, uma estrutura, uma posição subjetiva e, desse modo, fica evidente também o quanto a teoria e a clínica psicanalítica se tornam imprescindíveis para a compreensão e tratamento do sofrimento psíquico.

1.7 **O sintoma na criança para Lacan**

Lacan discute mais especificamente sobre o sintoma na criança no seminário realizado em 1956/1957, denominado *A relação de objeto* e em 1969 *nas Nota sobre a criança.* Em *Nota sobre a criança*, Lacan (2003), formaliza questões fundamentais em relação à constituição subjetiva e a dependência estrutural da criança em relação ao Outro. Para ele, a função da família conjugal não se reduz às

satisfações das necessidades dos filhos. Ela cumpre outra função que está para além desta, a função de uma constituição subjetiva.

A mãe cumpre uma função “[...] na medida em que seus cuidados trazem a marca de um interesse particularizado, nem que seja por intermédio de suas próprias faltas” (LACAN, 2003, p. 369). A função do pai se cumpre “[...] na medida em que seu nome é vetor de uma encarnação da lei” (LACAN, 2003, p. 369). Para ele, “[...] o sintoma da criança acha-se em condição de responder ao que existe de sintomático na estrutura familiar” (LACAN, 2003, p. 369). Lacan apresenta então duas possibilidades clínicas para a criança: quando ele já se apresenta constituído, o sintoma se define como um representante da verdade e pode representar a verdade do casal familiar; a segunda possibilidade é a de que a criança não apresente um sintoma mas *se* apresente como correlato do *objeto a* na fantasia materna.

Lacan explica que o sintoma, enquanto representante da verdade do casal parental, apesar da complexidade, é mais acessível à intervenção psicanalítica. Porém, quando o sintoma decorre da subjetividade da mãe, a articulação se reduz, pois, “[...] é como correlata de uma fantasia que a criança é implicada” (LACAN, 2003, p. 369). Nesse caso, conforme Lacan, a criança realiza a presença do objeto a na fantasia. Segundo ele:

> A distância entre a identificação com o ideal de eu e o papel assumido pelo desejo da mãe, quando não tem mediação (aquela que é normalmente assegurada pela função do pai), deixa a criança exposta a todas as capturas fantasísticas. Ela se torna o “objeto” da mãe e não mais tem outra função senão revelar a de verdade desse objeto (LACAN, 2003, p. 369).

Compreende-se assim que, se o sintoma da criança é uma resposta ao que há de sintomático na estrutura familiar torna-se fundamental que o tratamento dela seja realizado a partir de uma escuta que leve em consideração o discurso dos pais em relação à criança. Dito de outra forma é preciso considerar os discursos que se produzem sobre ela, como ela é falada, o que permite ter acesso ao que haja de sintomático na estrutura familiar: tão importante quanto saber sobre como a criança é falada, é saber sobre o lugar em que a criança está situada no desejo dos pais.

O fato de não existir uma “psicopatologia psicanalítica”, pelo menos no mesmo sentido em que temos uma psicopatologia psiquiátrica, nos dá fundamentos para discutir a patologização e a medicalização da infância de modo mais crítico e consistente, ancorados no discurso psicanalítico.

2 PATOLOGIZAÇÃO E MEDICALIZAÇÃO DA INFÂNCIA

Compreender adequadamente o aumento abusivo que se verifica na medicalização da infância na atualidade, assim como suas consequências na clínica com crianças é preciso situar os aspectos que estão em jogo na operação que autoriza e sanciona a medicalização das questões que são relativas à ordem do sujeito. Dito de maneira mais direta e objetiva: Por que as pessoas se medicam tanto na atualidade? E por que medicamos tanto as nossas crianças?

O primeiro ponto que merece destaque e que pode ser colocado como central nesta discussão aponta para o fato de que há, por trás desta problemática, um discurso que é assumido como hegemônico. Ele compreende as questões, mesmo aquelas que são eminentemente da ordem do sujeito, pela via do orgânico, o que tem como consequência a produção de práticas medicalizantes em detrimento de um tratamento clínico que garanta, preferencialmente, a escuta do sofrimento do sujeito.

Um dos apontamentos feitos por Kamers (2013) em relação a esta problemática em seu artigo *A fabricação da loucura na infância: psiquiatrização do discurso e medicalização da criança*, busca sistematizar os mecanismos pelos quais o saber-médico, sobretudo, o psiquiátrico, foi respondendo às demandas sociais a ele endereçados. Em outras palavras, como essas demandas foram reduzidas a um simples diagnóstico do desvio comportamental juntamente a uma tentativa de normatização, pela via da medicação.

O que fica evidente nesta *práxis* médico-psiquiatra é o olhar voltado às “[...] sintomatologias apresentadas pela criança cuja causa é atribuída a uma causa real no corpo, mais precisamente a uma falha no funcionamento cerebral e seus mecanismos neuroquímicos, o que, aliás, justifica e fundamenta a medicalização” (KAMERS, 2013, p. 155). Assim, a narrativa, nesse caso dos pais sobre os filhos, não é considerada e a causa passa a ser discutida a partir de uma falha no funcionamento cerebral. O sujeito fica, portanto, excluído.

Kamers demonstra no mencionado trabalho que há uma repetição na lógica que circunscreve os encaminhamentos realizados pelas instâncias que solicitam tratamento da criança. Muito frequentemente a escola, diante das dificuldades de aprendizagem ou daquilo que classificam como sendo de indisciplina da criança, solicita a intervenção da família. Ao não obter êxito com a família, as atitudes mais

usuais passam por encaminhar a criança a um neuropediatra ou a um psiquiatra infantil, ou ainda, acionar o Conselho Tutelar.

No âmbito de consultório privado, Kamers (2013) observa que, usualmente, os caminhos não diferem de maneira substancial: as crianças são encaminhadas ao psicólogo, que as encaminha ao neuropediatra ou psiquiatra infantil. O caminho inverso tampouco é raro: muitas vezes as escolas encaminham diretamente a criança para neuropediatra ou psiquiatra infantil e este, depois de medicar, recomenda um acompanhamento psicológico, via de regra comportamental – orientação que se mostra solidária ao tratamento medicamentoso e não interroga sua (im)pertinência. Tanto numa situação quanto na outra, as crianças acabam usualmente sendo identificadas e diagnosticadas com um quadro de TDAH (Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade), ou de Transtorno Opositivo. Invariavelmente a ação adotada é uma prescrição medicamentosa, quase sempre, a base de ritalina, de concerta ou de risperidona.

Diante disso, Kamers (2013) faz algumas considerações. A escola se converteu em um dos importantes dispositivos sociais disciplinares, local onde o saber e a intervenção médica e farmacológica são assegurados. Outro aspecto importante sublinhado pela autora é que a escola não atua isoladamente enquanto dispositivo social disciplinar em crianças que apresentam uma situação de maior vulnerabilidade socioeconômica. Crianças cujas famílias se encontram diante de tal condicionante geralmente ainda sofrem a tutela e o controle do aparelho estatal, através das unidades de saúde.

Houve, segundo a autora,

> um deslocamento do olhar assistencial, psicológico e educativo sobre a criança para o campo da intervenção médico-psiquiátrica, na medida em que a medicina vem se constituindo como o dispositivo regulador do normal e do patológico sobre a criança na atualidade.(KAMERS, 2013, p. 154-155).

Algumas das contribuições mais importantes no que tange à problematização do processo de medicalização foram introduzidas por Michel Foucault. Os estudos dele sobre a temática estão ancorados na ideia de que há uma espécie de engrenagem social cuja lógica, de caráter produtivista e homogeneizante, modela e condiciona as subjetividades das pessoas.

No pensamento de Foucault, o saber e as práticas médicas não podem ser entendidos como meramente técnicos ou sanitários, não constituem meras

respostas mais ou menos apropriadas à demanda do doente, seu sofrimento e seus sintomas. Saber é sempre poder, e, no caso da medicina, poder disciplinarizador da vida, dos corpos, dos modos de viver e morrer, o que receber a designação de “Bioética”. Ele cita, a título de exemplos, a intervenção médica que não decorre da demanda do doente, a política de rastreamento de doenças na população, a questão de contratos estarem vinculados ao parecer do médico, e ainda, o exame de perícia feito pelo psiquiatra para os casos em que uma pessoa foi acusada de ter cometido um delito. Ele chama a atenção para fato da medicina atender a outras motivações daquelas apontadas acima. Ela age igualmente, segundo ele, no sentido de extrapolar os limites de sua intervenção em termos de atuação e se apropria de objetos em seu campo epistêmico que usualmente não estão relacionados a uma doença, como no caso da intervenção médica aplicada aos homossexuais do leste Europeu, naquela ocasião. Isso, explica Foucault, caracteriza a “[...] medicalização de um objeto que não é, nem para o sujeito nem para o médico, uma doença” (FOUCAULT, 2010, p. 181). Segundo Foucault:

> De modo mais geral, pode se afirmar que a saúde se converteu em um objeto de intervenção médica. Tudo que garante a saúde do indivíduo, seja a salubridade da água, as condições da moradia ou o regime urbanístico, é hoje um campo de intervenção médica que, consequentemente, já não está vinculado exclusivamente às doenças” (FOUCAULT, 2010, p. 181).

Para o autor, uma das características marcantes da medicina contemporânea está relacionada a uma ingerência, muitas vezes arbitrária, em um campo cada vez maior do cotidiano das pessoas, tanto o individual quanto o coletivo, sendo-lhe conferido um poder autoritário que apresenta funções normalizadoras, que vão muito além das doenças e da demanda do doente. Foucault considera, portanto, que os médicos, no século XX, inventaram aquilo que ele define como sendo a sociedade da norma. E a principal característica deste caráter normativo da sociedade reside no fato dela ter passado a ser regida pela distinção entre aquilo que é definido como sendo o normal e o anormal.

Na verdade, o autor sugere que este é um processo que possui antecedentes que remetem ainda ao século XVIII, quando, nas suas palavras, a medicina “[...] se ocupou do que não lhe dizia respeito, isto é, de aspectos diferentes dos doentes e das doenças” (FOUCAULT, 2010, p. 182).

Segundo ele há quatro processos que caracterizam o início desse desvio observado no campo de atuação da medicina: o aparecimento da autoridade médica

compreendida como autoridade social, e que tem como característica a possibilidade de impor suas decisões, sobretudo em níveis locais mais restritos; o surgimento de novas especialidades no campo da medicina e que não possuem ligação direta com as doenças, tais como a preocupação com a qualidade do saneamento básico; a instituição da medicalização coletiva, através da ampliação de sua função, antes restrita a assistência aos pobres que se encontravam em estado terminal; e por fim, na introdução dos registros de regulação médica que reduziram o saber do profissional da medicina a um ato regulado por comparações e pelo estabelecimento de estatísticas.

Na concepção de Foucault, gradativamente, o tratamento das doenças deixou ser caracterizado como um ato singular e específico direcionado ao indivíduo, para se converter em uma prática social marcada por um conjunto de procedimentos que padronizam e homogeneízam os sujeitos e, com isso, suprimiu todos os aspectos que constituem sua individualidade e subjetividade. A administração das doenças, ou daquilo que passou a ser convertido e rotulado como tal, cada vez mais, desde então, tem seguido um caminho que pressupõe seu controle por meio de um método medicamentoso.

No campo dos distúrbios mentais existe um contraponto a essa tendência observada por Foucault que é realizado pela Psicanálise. A grande qualidade da Psicanálise está justamente no fato de partir do pressuposto de tratar as sintomatologias não mais a partir da medicalização.

No campo psicanalítico, Freud (1930 [1929]), sublinha os modos pelos quais o homem lida com o sofrimento. Afirma que, entre os vários métodos utilizados pelo indivíduo para se afastar do sofrimento e assim buscar a felicidade é o método químico, que pode ser considerado como um dos mais grosseiros, porém, mais eficaz quanto a sua influência no organismo. A medicação, segundo ele, funciona como se fosse uma espécie de amortecedor de preocupações, pois com seu auxílio torna-se “[...] possível, em qualquer ocasião, afastar-se da pressão da realidade e encontrar refúgio num mundo próprio, com melhores condições de sensibilidade” (FREUD, 1969b, p. 35).

Contudo, Freud adverte que é exatamente nessa possibilidade da terapêutica química que reside o perigo e a capacidade em causar danos. Ele atribui aos remédios à propriedade de serem “intoxicantes” e causar danos, “[...] são

responsáveis pelo desperdício de uma grande cota de energia que poderia ser empregada para o aperfeiçoamento do destino humano” (FREUD, 1969b, p. 35).

Nesta mesma direção, Figueiredo (2014), discute a questão da medicalização, diferenciando-a da medicação. Considera a medicação como necessária e útil, ao passo que a medicalização é tratada por ele como uma manifestação de uma fantasia inconsciente que é difundida no âmbito social. A fantasia da medicação, segundo ele, “[...] difunde a crença de que o medicamento livra o sujeito rapidamente de seu sofrimento, de maneira fácil, sem dor e sem trabalho” (FIGUEIREDO, 2014, p. 9).

Essa fantasia, diz o autor, supõe que determinados produtos culturais detêm supostos superpoderes, algo como detentor de efeitos mágicos. Assim, “[...] essa crença de que drogas específicas e agentes específicos possam operar no campo da ”saúde” parece que é uma das emergências marcantes no campo das fantasias compartilhadas” (FIGUEIREDO, 2014, p. 32). Em outras palavras, o tratamento químico, ao funcionar como um ‘amortecedor de preocupações’ tal como apontado por Freud, tampona a verdade do sujeito. Além disso, a terapêutica busca uma normatização, visto que resulta de um saber totalizante, e, desse modo, mantém o sujeito totalmente afastado da sua divisão subjetiva e, portanto, da verdade do seu desejo.

Assim, se por um lado é possível observar que o efeito da medicalização reside em uma promessa de felicidade, na medida em que supostamente assegura tirar o sujeito do sofrimento, por outro não é o que se verifica num processo analítico. Parece ser inegável, como afirma Lacan (1997), que exista uma demanda de felicidade por parte daquele que procura um analista, mas por um outro lado, o analista apesar de receber esta demanda não promete a cura e a felicidade. Acolher a demanda é o que se trata de fazer, claro, sem o que não haveria como iniciar qualquer trabalho analítico. Mas por isso mesmo acolhê-la não significa colocar-se em posição de atendê-la, pois, se o fizesse, as condições do trabalho analítico estariam igualmente aniquiladas.

Guarido (2015), aponta três questões que podem ser observadas e contribuem para a medicalização do sofrimento psíquico: o modo como o discurso médico tem imperado como verdade desde a modernidade; a generalização da noção de doença, e a consequente patologização dos acontecimentos cotidianos; e, ainda, a crença em um saber definidor sobre o que ocorre quando algo não vai bem.

A autora explicita o quanto um saber que considera o sintoma do sujeito apenas como sinal de uma doença e compreende o funcionamento orgânico como causa da problemática, desconsidera a singularidade de cada sujeito.

Dadas as considerações acima, pelas quais se procura demonstrar que a medicalização é resultado de um discurso que produz subjetividades medicalizadas, a discussão a seguir busca problematizar as práticas atuais que colaboram com a medicalização da infância.

2.1 **Patologização da infância e adolescência promovida pelo DSM: equívoco do diagnóstico TDAH**

Kamers (2013) observa que houve, a partir de 1994, com a modificação do DSM-III (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1980) e a publicação do DSM-IV (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1995),

> [...] um deslocamento do campo dos problemas psíquicos para o dos transtornos, declarados neste manual como tendo, fundamentalmente, uma etiologia genética e bioquímica, na qual o sofrimento psíquico da criança é interpretado como um transtorno neurobiológico (KAMERS, 2013, p. 156).

Assim, na opinião da autora, este deslocamento acaba se constituindo em uma perigosa transformação do campo da psicopatologia na infância e incorre em uma espécie de apagamento do sujeito em sua dimensão psíquica, histórica e social.

Na verdade, a substituição pelo termo *transtorno, e* realmente podemos falar mesmo de *transtornalização* promovida pelo DSM-IV, não visa tanto a etiologia neurobiológica, mas a abstenção em assumir uma posição conceitual e etiológica dos transtornos descritos, o que acarreta muitos outros problemas e não deixa de favorecer de modo velado e implícito, embora não assumidamente, a neurobiologização das questões subjetivas.

Nesta mesma direção Guarido (2015) aponta que o DSM-IV, agora renovado na versão DSM- V, funciona como orientador para os diagnósticos e tratamento em saúde mental. Considera que a psiquiatria atualmente se apoia nas pesquisas em neurociência, e que a renovação deste manual revela uma retirada do sofrimento humano do campo psíquico em prol do campo orgânico. Logo, o discurso tende a reduzir o sofrimento psíquico a uma doença orgânica, o que incita à administração

de medicamentos como única forma de tratamento. A autora observa ainda que houve uma ampliação surpreendente no número de doenças na nova versão; “[...] o DSM-V (2013) conta com 450 categorias, enquanto as versões DSM-III (1980) e DSM-II (1968) contavam com 265 e 182 respectivamente”(GUARIDO, 2015, p. 307).

Salienta ainda o quanto o manual repercutiu na prática diagnóstica bem como na “[...] socialização dos sinais apontados nas classificações do DSM como forma de definir os problemas apresentados por crianças e adultos, nomeando-os a partir de uma série de sinais descritivos” (GUARIDO, 2015, p. 307). Um dos pontos ressaltados pela autora no mencionado trabalho se refere ao fato de que a forma de se definirem os problemas mentais e qualificar o sujeito a partir de sinais descritivos faz com que este fique reduzido ao seu quadro diagnóstico.

Isso significa dizer que a história de vida, o sofrimento psíquico e a singularidade do sujeito são deixados de lado. Assim, verifica-se cada vez mais que o sujeito é nomeado a partir do seu diagnóstico, como por exemplo hiperativo, bipolar, deficiente mental, entre outras definições. E no campo das terapêuticas, o encaminhamento de um tratamento medicamentoso é aliado ao uso de terapias cognitivo-comportamentais.

Do DSM - III para o DSM - IV observamos que houve um processo de “despsicanalização” da psiquiatria, o que antes era chamado de neurose passou a ser chamado de transtorno e a ideia de etiologia e estrutura clínica foram completamente abandonadas. Com as renovações do DSM, os princípios psicanalíticos adotados pela psiquiatria no início do séc. XX foram aos poucos sendo descartados.

Desenvolveu-se a 3ª edição do DSM, o DSM-III, de 1980. A primeira edição do DSM data de 1952. Em 1968 foi lançado o DSM-II e, no ano de 1974, decidiu-se proceder a uma ampla revisão do DSM-II, sob a coordenação de Robert Spitzer, cujo ponto mais polêmico seria a supressão das categorias psicanalíticas de neurose e psicose. Disso resultou a edição do DSM-III, em 1980. Esta supressão gerou tanta polêmica e discussão que foi necessário retificar o DSM-III com a edição, em 1987, do DSM-III-R, que não voltou com essas categorias mas introduziu a palavra “neurose” entre parênteses após o termo “transtorno”, já introduzido em 1980. O DSM-II foi assim totalmente revisado e na nova versão os princípios psicanalíticos e fenomenológicos foram abandonados e, desde então, foi adotado o critério das evidências para fazer o diagnóstico.

A psicanálise teve, ao longo do século XX, grande influência na psiquiatria norte-americana. Mas após a edição do DSM-II, de 1968, cresceu o descontentamento com o que se considerava uma forma vaga e pouco científica de diagnosticar os doentes mentais por influência de psicanalistas americanos. Houve uma controvérsia em relação a retirada do termo neurose, um dos princípios da teoria psicanalítica, considerado pela força tarefa como vago e não-científico. Diante de enorme oposição política e perigo de não ser aprovado pelo Conselho de Administração da APA (*American Psychiatric Association's*), o DSM-III é aprovado com a condição de reinserir o termo neurose. Assim, por um compromisso político, entre Spiser e sua força tarefa, o termo foi reinserido depois da palavra "transtorno" em alguns casos. (MAYES; HORWITZ, 2005). Deste modo, o DSM-III foi publicado no ano de 1980 apresentando um total de 265 categorias diagnósticas. Ele se espalhou rapidamente em nível internacional e foi considerado uma revolução ou transformação da psiquiatria.

Mas o sucesso do DSM-III foi duramente criticado por uma de suas mais fortes idealizadoras e defensoras antes de sua publicação, Nancy Andreasen (2007), em um forte artigo publicado em 2007 com o título *DSM and the death of phenomenology in america: an example of unintended consequences* (*DSM e a morte da fenomenologia na América: um exemplo de consequências indesejáveis*). As indesejáveis consequências são abordadas no artigo em uma seção que começa com *O que deu errado? (What went wrong?)*, mostrando que, para a autora, o empreendimento tão árdua e longamente planejado do DSM-III foi um tiro no pé, ou que saiu pela culatra. O próprio sucesso editorial do DSM em todo o mundo faz parte, para ela, do desastre: os psiquiatras passaram a não mais estudar clínica psiquiátrica, fenomenologia, psicanálise, e a usar o DSM como um substituto de toda a literatura psiquiátrica, como mero catálogo de transtornos a ser aplicado diretamente sobre os pacientes.

Andreasen considera que uma das contribuições da psicanálise para a psiquiatria foi a importância em se aprofundar no autorrelato do paciente para alcançar a verdade. Com as diretrizes do DSM-III, a ênfase que a psicanálise conferia à fonte dos conflitos e o diagnóstico e a classificação foram considerados como infrutíferos pelo DSM, segundo a autora.

Entre os novos princípios e inovações do DSM-III apontados por Andreasen (2007) está o uso de critérios descritivos e "fidedignos" de diagnósticos, de caráter

ateorético sobre etiologia, o abandono do termo neurose (com toda a controvérsia que assinalamos anteriormente) e glossário para definir os termos usados nos critérios e uma abordagem multiaxial da classificação para incorporar componentes médicos e psicossociais de uma avaliação clínica, sobretudo na versão revisada do DSM-III, o DSM-III-R, de 1987.

Conforme a referida autora, o DSM-III e os sucessores tornaram-se universais e acriticamente aceitos como autoridade máxima em psicopatologia e diagnóstico. Além disso, o DSM tornou-se a base do ensino psiquiátrico para estudantes de graduação na maior parte dos Estados Unidos. Ela aponta como consequência desta universilização do DSM o fato de que o conhecimento dos critérios passa a ser a base para os exames enquanto os clássicos da psicopatologia passam a ser ignorados. O estudo da fenomenologia e nosologia, portanto deixam de ser vistos como relevantes e a pesquisa em psicopatologia deixa de existir.

Os problemas criados pelo DSM são vários na opinião da autora. Não há uma descrição abrangente sobre os distúrbios e os diagnósticos são feitos a partir de critérios que incluem “apenas alguns sintomas característicos de um determinado distúrbio”. O histórico considerado como uma ferramenta central foi reduzido a listas de verificação, o que acaba por desencorajar o conhecimento do paciente na individualidade, e isso causa, portanto, um impacto desumanizante.

Outro problema apontado por Andreasem se refere ao fato de que os diagnósticos padronizados do DSM são inúteis para a pesquisa devido à falta de validade. Conforme a autora a validade do DSM foi sacrificada em nome da confiabilidade. Eis o posicionamento dela:

> Os diagnósticos do DSM deram aos pesquisadores uma nomenclatura comum – mas provavelmente a errada. Embora a criação de diagnósticos padronizados que facilitassem a pesquisa fosse um objetivo importante, os diagnósticos do DSM não são úteis para a pesquisa devido a sua falta de validade (ANDREASEN, 2007, p. 111) (tradução nossa)[1].

Entre as implicações apontadas, a ampliação no número de doenças no DSM-V revela o quanto este manual psiquiátrico promove também a fabricação de novos psicofármacos e, portanto, a medicalização da vida. Em consonância Barreto e Iannini afirmam que “O DSM é a classificação construída para a era dos

---

[1] O texto em língua estrangeira é: “DSM diagnoses have given researchers a common nomenclature—but probably the wrong one. Although creating standardized diagnoses that would facilitate research was a major goal, DSM diagnoses are not useful for research because of their lack of validity.”

psicofármacos” (BARRETO; IANNINI, 2017, p. 45). Segundo eles todo diagnóstico corresponde a um determinado tipo de tratamento.

Percebe-se que, sem dúvida, há um atrelamento da ciência com o capitalismo, assunto que trataremos logo em seguida.

2.2 **Consequências clínicas do casamento da ciência com o capitalismo**

Observam-se na atualidade grandes investimentos midiáticos realizados pela indústria farmacêutica em relação aos psicofármacos. O que parece estar em jogo nestes investimentos, em forma de publicidade, é uma fonte de riqueza para os donos dos laboratórios que fabricam os medicamentos e não o bem-estar daqueles que sofrem. Pode-se dizer que houve nos últimos tempos um atrelamento entre a ciência médica e o capitalismo.

Conforme Barros (2015), o modo de pensar capitalista “[...] faz o sujeito acreditar que o mercado é capaz de provê-lo de algum objeto, fabricado pela ciência, capaz de satisfazer seu desejo” (BARROS, 2015, p.101). Para Laia e Aguiar (2017), a indústria farmacêutica não só financia, como também promove campanhas públicas de detecção de doenças cujos diagnósticos podem ser altamente questionáveis. Além disso, eles tomam a psiquiatria como um mercado que precisa ser expandido e que tem como consequência uma ampliação do espectro da medicalização.

Segundo os autores, os investimentos realizados por parte da indústria têm como objetivo a ‘fabricação industrial da demanda’, e um dos fatores que contribuiu para esta situação é o empobrecimento da clínica após o DSM-III e o abandono da perspectiva psicanalítica e fenomenológica na psiquiatria.

Nesta mesma direção, Foucault (2010), antecipadamente apontou para uma associação entre a produção dos discursos médicos e a indústria farmacológica. Segundo ele, um aspecto a ser ressaltado é o fato da saúde passar a ser, por um lado, objeto de desejo para uns, ao mesmo tempo se constituir como objeto de lucro para outros. Assim, diz ele,

> [...] tendo se convertido em objeto de consumo que pode ser produzido por uns – laboratórios farmacêuticos, médicos, etc. – e consumido por outros – os doentes potenciais e atuais -, a saúde adquiriu importância econômica e se introduziu no mercado (FOUCAULT, 2010, p. 188).

Desse modo, explica o autor, o corpo humano entra pela segunda vez no mercado de trabalho. A primeira vez, quando se tornou assalariado por vender sua força de trabalho, e, desta vez, por intermédio da saúde. O corpo humano, diz Foucault, “[...] entra novamente em um mercado econômico enquanto suscetível às doenças e a saúde, ao bem-estar e ao mal-estar, à alegria ou ao sofrimento; na medida em que é sede de sensações, desejos, etc.” (FOUCAULT, 2010, p.188).

Gotzsche (2016) observa que atualmente sofremos de duas epidemias produzidas pelo homem, o tabaco e a medicalização por prescrição. Destaca que os medicamentos prescritos como a terceira causa de morte no mundo, depois das doenças cardíacas e do câncer. Na opinião do referido autor, o tabaco e as indústrias farmacêuticas têm em comum o desrespeito por vidas humanas, pois tanto os executivos do tabaco quanto os executivos da indústria farmacêutica sabem que são “mercadores da morte”.

Adicionalmente ressalta ainda o quanto a indústria farmacêutica corrompeu a assistência médica. Segundo ele, médicos e pacientes acreditam na eficácia e na segurança dos medicamentos. Afirma que

> [...] os fabricantes de medicamentos nunca falam sobre os benefícios e danos de seus produtos, mas sim sobre sua eficácia e segurança. As palavras criam o que descrevem, e a semântica preferida é sedutora: leva você a pensar que ingerir medicamentos só pode ser bom, pois são eficazes e seguros (GOTZSCHE, 2016, p. 20).

Outro ponto que contribui para a crença da eficácia medicamentosa, registrada pelo autor é o pensamento de que os medicamentos, além de serem cuidadosamente testados pela indústria farmacêutica, são também, “[...] examinados de forma minuciosa pelas agências reguladoras de medicamentos, usando elevados padrões antes de receberem permissão para serem comercializados” (GOTZSCHE, 2016, p. 20).

Houve também em consequência deste atrelamento da ciência médica com a indústria farmacêutica, uma mudança na função do médico, tal como Lacan (2001) havia previsto. A função do médico dentro desta lógica fica reduzida a um “agente distribuidor”. Como isso foi possível?

Lacan (2001), na conferência *O lugar da psicanálise na medicina*, aborda alguns dos aspectos relacionados à aceleração da ciência na vida cotidiana das pessoas e a mudança que ocorreu na função do médico ao longo do tempo com o advento da ciência. Ele deixa evidente em sua fala o quanto o médico, no exercício

do seu trabalho, além da sua função de “cientista fisiologista”, acaba se submetendo a outros chamados exteriores à sua função, especialmente ao da organização industrial. O mundo científico, diz Lacan, deposita nas mãos dos médicos “[...] o número infinito daquilo que é capaz de produzir em termos de agentes terapêuticos novos, químicos ou biológicos. Ele os coloca à disposição do público e pede ao médico, assim como se pede a um agente distribuidor, que os coloque a prova” (LACAN, 2001, p. 10).

É importante frisar que, embora não se possa negar que o avanço tecnológico à disposição do médico para o diagnóstico e tratamento possua uma importância indiscutível quanto à prevenção e ao tratamento de algumas doenças, e uma consequente melhoria na qualidade de vida, tais progressos fizeram dele um tecnicista. Dito de outra forma, o médico tornou-se um técnico cada vez mais especializado e preocupado com o tratamento dos efeitos das doenças e, de certa maneira, perdeu a posição de investigar as causas dos sintomas.

A essa mudança visível na função do médico, Lacan (2001) acrescenta uma preocupação. Segundo ele, é preciso questionar o limite da atuação médica e ao que ela deve responder. Na mencionada conferência Lacan retoma sua velha distinção entre demanda e desejo, para mostrar que nem sempre o doente ao se endereçar ao médico apresenta a demanda do que realmente ele deseja. Existem situações nas quais não é a cura mas que o médico autentique sua doença que é demandado pelo paciente. Isto ocorre por causa da “estrutura da falha que existe a demanda e o desejo”. Assim, diz Lacan:

> ... não é necessário ser psicanalista, nem mesmo médico, para saber que, no momento em que qualquer um, seja macho, ou fêmea pede-nos, demanda alguma coisa, isto não é absolutamente idêntico e mesmo por vezes é diametralmente oposto àquilo que ele deseja (LACAN, 2001, p. 10).

Desse modo, parece que muitas vezes ainda que o paciente demande pela cura, inconscientemente, pode querer continuar doente.

Outro destaque que parece problemático e apontado por Lacan no dito trabalho é o que ele denominou de falha epistemo-somática, considerada por ele como um efeito do progresso da ciência sobre a relação da medicina com o corpo. Nas palavras dele:

> Apesar de ser concebível que consigamos, com base nos progressos científicos, obter uma extensão mais e mais eficaz de nossos procedimentos de intervenção no que concerne ao corpo humano, o

> problema continua insolúvel, no nível da psicologia do médico, de uma questão que reanimaria o termo ‘psicossomática’. Permitam-me assinalar como falha epistemo-somática o efeito que terá o progresso da ciência sobre a relação da medicina com o corpo (LACAN, 2001, p. 11).

A falha epistemo-somática é compreendida por Lacan como sendo o não reconhecimento da dimensão do sujeito e do gozo na relação da medicina com o corpo. A medicina, portanto, considera o corpo apenas como um organismo, em pura presença animal, é apenas organismo, máquina orgânica. Lacan (2001) enfatiza ainda que a dimensão do gozo seja completamente excluída do que chamou de relação epistemo-somática, porque “[...] a ciência é capaz de saber o que pode, mas ela, não mais do que o sujeito que ela engendra, é incapaz de saber o que quer” (LACAN, 2001, p. 11). O que a ciência quer, explica Lacan, ultrapassa suas próprias previsões. Ao deixar de fora a dimensão do desejo e do gozo, a medicina toma o corpo apenas como objeto, separado.

Para Freire e Malcher (2015), a ciência, ao eliminar a dimensão subjetiva, toma os sujeitos como objetos. Assim, uma das consequências no campo da medicina, por exemplo, está na forma como o corpo passa a ser tratado, ou seja, ele passa a ser entendido como um objeto de consumo. E isso na medicina se evidencia quando o corpo é tomado como objeto passível de aperfeiçoamentos das falhas ou dos defeitos, isto, é, o corpo é manipulado de diversos modos, às vezes, até de forma radical. Os autores afirmam que:

> A separação entre o corpo e o desejo encontra na medicina uma das suas expressões mais significativas, com uma tendência cada vez maior de especializações médicas que somente tratam de seu objeto específico, mantendo a subjetividade tão apartada quanto possível do tratamento: o médico trata do órgão específico e não do sujeito que porta esse órgão; há um retalhamento do corpo que desconsidera o papel da subjetividade na sua construção e, sobretudo, que esta se dá a partir de uma perda (FREIRE; MALCHER, 2015, p. 332).

Percebe-se que há um poder concedido à medicina e, consequentemente, ao saber médico, visto que se torna uma espécie de “ciência modelo” para as diferentes ciências humanas. Birman (2014), ao discutir sobre a medicalização e a sociedade, aponta que “[...] há como que uma colonização da medicina, do discurso médico, do discurso biológico para as diferentes ciências humanas. As diferentes ciências humanas serão então marcadas por esse pensamento biologizante” (BIRMAN, 2014, p. 47).

Freire e Malcher (2015) se referenciam a esse poder ao afirmarem que:

> A dimensão exacerbada concedida ao saber médico revela o quanto este campo se propõe, de maneira perigosa, a superpor o saber e a verdade, dando ao saber médico estatuto de verdade, tornando inquestionável aquilo que se arroga ser *cientificamente comprovado.* A psicanálise não se engana acerca da diferença entre saber e verdade, demarcada na própria divisão do sujeito (FREIRE; MALCHER, 2015, p. 332).

Em síntese, vivemos em uma época marcada por significativos avanços no campo científico e tecnológico, cuja característica marcante é a existência da falha epistemo-somática, e, consequentemente, as dimensões do desejo e do gozo são excluídas. Além disso, o estatuto do saber médico é tomado como uma verdade quase dogmática. É nesse contexto que o homem "moderno" se encontra submerso. O discurso médico tecnicista torna-se um caldo cultural que resulta em práticas segregativas, e universalizantes, excludentes e homogeneizadores, como é o caso da prática médica, que atende às demandas que lhe são endereçadas, medicalizando, indistintamente e indiscriminadamente a infância e, com isso, o sofrimento do sujeito.

2.3 **Consequências clínico-políticas da Lei n° 13.438, de 26 de abril de 2017**

Como exemplo e corolário dos processos organicistas discutidos, citamos a controversa Lei 13.438, de abril de 2017 (BRASIL, 2017), que tem sido objeto de um amplo debate público e acadêmico em relação às suas consequências como um dos exemplos mais recentes no nosso país que pode reforçar as práticas medicalizantes.

Ela estabelece a obrigatoriedade de aplicação em todas as crianças nos primeiros dezoito meses de vida de um "[...] protocolo ou outro instrumento construído com a finalidade de facilitar a detecção, em consulta pediátrica de acompanhamento da criança, de risco para o seu desenvolvimento" (BRASIL, 2017).

A lei foi criada por um grupo de psicanalistas com o intuito de garantir a detecção precoce de sofrimento psíquico em tempo de possibilitar tratamento e intervenções às crianças que ainda se encontram em constituição psíquica. Entre os argumentos utilizados em defesa da aplicação desta lei está o fato de que quanto mais cedo se puder intervir, mais possibilidades haverá de se evitarem possíveis agravamentos e ou mesmo alguma psicopatologia ainda não estruturada.

No entanto, apesar de ser indiscutível a importância de se detectar o mais cedo possível falhas na constituição psíquica ainda na infância, a implementação de

um protocolo padronizado para a detecção de risco psíquico em bebês, ao que tudo indica, não é consenso entre os pesquisadores especialistas.

Uma das consequências apontadas pelos especialistas contrários à lei está no aumento de diagnósticos sem base real, o que contribui para o mercado de psicofármacos e, automaticamente, para a medicalização da infância.

O que parece ser consenso nos debates atuais em relação às políticas de atendimento à infância é a necessidade de investimentos nas redes de cuidado e atenção psicossocial. Investimentos não somente na estrutura física mas também na área de recursos humanos, pois há a necessidade de uma maior atenção no que tange à qualificação de profissionais especializados. O objetivo é não somente superar o acesso tardio aos que precisam de acompanhamento, mas garantir um tratamento mais qualificado.

A questão da detecção de sinais de autismo, assim como outras modalidades de sofrimento psíquico que revelam dificuldades no processo de constituição, merece sem dúvida destaque e discussão, assim como são necessários investimentos em ações que superem possíveis agravamentos e o tratamento continuado.

A aplicação de um protocolo a todas as crianças de 0 a 18 meses, mesmo que estas não apresentem indícios reais de problemas psíquicos tem sido questionada pelos especialistas. Há nessa obrigatoriedade, na opinião de Elia, um "[...] controle prevencionista excessivo, abstrato, que prescinde do real para intervir sobre ele, nisso consistindo, aliás o aspecto mais abusivo do excesso do controle" (ELIA, 2017).

Elia (2017), afirma ainda que esse "anseio deteccionista" produz aquilo que se pretende detectar. Alerta que um dos riscos previsíveis na aplicação desta lei é o aumento dos diagnósticos de falsos quadros de autismo, entre outros tipos de sofrimentos psíquicos e, consequentemente, que isso sustente oficialmente a medicalização da infância. Segundo ele, a proliferação dos diagnósticos sem base real serve ao mercado de psicofármacos e às práticas de controle e de adestramento comportamental. Desse modo, ele argumenta que na verdade não há uma prevenção de um possível autismo, mas sim, a oficialização da psiquiatrização e da medicalização da infância.

Mascarenhas *et al.* (2017) ao discutirem esta questão defendem que o SUS (Sistema Único de Saúde) "[...] dispõe de diretrizes e bases normativas capazes de

orientar a construção de caminhos para um cuidado mais efetivo às crianças, baseado na integralidade da atenção e na colaboração intersetorial". Segundo eles, "[...] os problemas de desassistência ainda presentes no cenário brasileiro estão mais relacionados à execução das diretrizes para ampliação do acesso qualificado do cuidado".

O que se mostra evidente nesta discussão consiste na constatação de que, se existe uma normativa com propostas que orientam as ações territoriais e intersetoriais para o cuidado com crianças, qual é a serventia de uma lei que baseada unicamente na obrigatoriedade de detecção precoce de risco psíquico em bebês? De que modo isso contribui para a superação dos desafios relacionados ao tratamento e ao apoio às famílias?

Ainda conforme Mascarenhas *et al.* (2017), a aplicação de um protocolo para testar risco psíquico em todas os nascidos não garante a atenção necessária para os que não vão bem nos primeiros meses de vida.

Os autores acima referidos apontam dois eixos de trabalho no campo das políticas públicas de saúde. O primeiro implica em investimentos na formação permanente de profissionais dedicados à primeira infância, incluindo matéria nas universidades, cursos de capacitação e promoções de carreira. Neste eixo, o investimento está "[...] em uma cultura de cuidados ampliados e na importância das primeiras relações do bebê com seus cuidadores principais, em suas próprias culturas, e que o bebê ganhe visibilidade enquanto sujeito no espectro das políticas públicas (MASCARENHAS *et al.*, 2017).

O segundo aponta para a necessidade de ampliação das ofertas e modos de atenção, pois é preciso ressignificar acolhimentos, projetos terapêuticos para bebês em sofrimento e seus cuidadores, necessário se faz ainda que "[...] a primeira infância seja pensada a partir do reconhecimento da sua condição de sujeito, colocada em prática de maneira indissociável com uma política de educação permanente para os profissionais [...]." (MASCARENHAS *et al.*, 2017).

2.4 **Demanda de laudo médico como requisito para matrícula na sala de recursos**

Conforme a Nota Técnica nº 04/ 2014 do Ministério da Educação, a qual orienta quanto aos documentos comprobatórios de alunos com deficiência,

transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades, não é obrigatório a exigência de laudo médico para matrícula do aluno no atendimento educacional especializado. A nota diz:

> Neste liame não se pode considerar imprescindível a apresentação de laudo médico (diagnóstico clínico) por parte do aluno com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento ou altas habilidades/superdotação, uma vez que o AEE caracteriza-se por atendimento pedagógico e não clínico (BRASIL - MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2014).

No entanto, observamos neste mesmo documento que, ao mesmo tempo em que a lei torna não obrigatória a apresentação do laudo médico, ela deixa em aberto a possibilidade de sua existência ao complementar que, durante o estudo de caso para elaboração do plano de Atendimento Educacional Especializado (AEE),” [...] se for necessário, o professor do AEE, poderá articular-se com profissionais da área da saúde, tornando-se o laudo médico, neste caso, um documento anexo ao Plano de AEE” (BRASIL - MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2014). Diante do contexto, o documento passa ser considerado complementar quando a escola solicitar e julgar necessário.

Na verdade, o próprio texto da lei onde diz que o motivo da não obrigatoriedade do laudo é o fato de que o AEE não é “clínico, mas pedagógico”, já considera que sempre que houver uma questão clínica, voltará a exigência do laudo, com amparo legal.

Apesar da nota considerar que a exigência de diagnóstico clínico impõe barreiras ao acesso ao sistema de ensino e que discrimina e cerceia o que é de direito, consideramos que essa lei reafirma o poder do médico e a prática de demanda por laudos médicos, e, o que interessa mais de perto á nossa pesquisa, reitera a patologização das questões subjetivas, familiares e/ou psicossociais das crianças que manifestam sintomas escolares e reforça consequentemente a medicalização da infância.

A avaliação pedagógica para atendimento educacional especializado (AEE), garantido pela lei da educação inclusiva para crianças com deficiências e transtornos globais do desenvolvimento deve ser realizada pelo professor da sala de recurso multifatorial, do coordenador pedagógico e dos demais profissionais envolvidos no âmbito da educação.

Reconhecemos os avanços que a Nota Técnica nº 04/ 2014 trouxe ao desobrigar a apresentação do laudo médico para realização da matrícula de alunos

com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades e ainda na valorização da equipe pedagógica para a avaliação do aluno a ser matriculado. No entanto, os próprios termos em que a lei é formulada acabam, na maioria das vezes, por acentuar com as dificuldades em se lidar com casos mais complexos, o que contribui ainda para a demanda de laudos médicos nas unidades escolares. Acreditamos que a avaliação será mais exitosa se feita por uma equipe multidisciplinar para não incorrer em rotulação indiscriminada e/ou em falsos diagnósticos.

Consideramos esta prática como um efeito discursivo do que discutimos até aqui, ou seja, a escola alimenta e se submete ao discurso médico pautado nos manuais de psiquiatria (DSM), ao mesmo tempo em que alimenta a indústria farmacêutica e, dessa forma, contribui com a medicalização da infância.

Há uma complexidade em relação a estes encaminhamentos, pois os casos mais graves, assim como os casos ainda em constituição necessitam, prioritariamente, de atendimento analítico ou psicoterapêutico.

Constatamos ao longo deste capítulo, de maneira bastante explícita, o quanto as diversas práticas que promovem e sustentam a medicalização e patologização da infância resultam de um cientificismo ideológico, e o quanto estas excluem o sujeito do seu campo de operação. É fundamental, portanto, uma discussão sobre as relações entre ciência e psicanálise com destaque nos antecedentes científicos da psicanálise e na emergência do sujeito com o qual a psicanálise opera.

3 CIÊNCIA E PSICANÁLISE

> As estrelas, quando observadas por nossa visão livre e natural, não se apresentam a nós com sua dimensão real e, por assim dizer, nua, mas são cercadas por um certo halo e franjas de raios brilhantes, sobretudo quando a noite já vai avançada; por conseguinte, parecem muito maiores do que [pareceriam] se fossem despidas dessas franjas adventícias, pois o ângulo de visão é determinado não pelo corpo principal da estrela, mas pela auréola brilhante que o circunda.
>
> *Galileu Galilei*

Neste capítulo, o foco da discussão se concentrará nas relações entre ciência e psicanálise. Essa questão é amplamente centrada na interrogação de que a sociedade contemporânea se encontra diante de um paradoxo na sua relação com a ciência, e que na verdade já apontamos desde o início de nossa pesquisa – e curiosamente, de nossa escrita no corpo do texto desta dissertação, pois que essa questão está apontada nas primeiras linhas de nossa Introdução: se, por um lado, o progresso científico e tecnológico oferece indiscutíveis e valiosos avanços para a vida humana, inclusive no campo do sofrimento psíquico, por outro, é tarefa relativamente fácil verificar a total falta de rigor científico que, nesse mesmo campo, produz graves consequências.

Elia (2016), em “A dimensão científica da Reforma Psiquiátrica Brasileira-Basaglia com Lacan”, assinala que a contemporaneidade parece desconhecer radicalmente o que é a ciência e não se interroga mais sobre o que é e o que não é científico atualmente, aceitando passiva e acriticamente o que a hegemonia no campo da ciência se autoproclama como sendo exclusivamente científico. Esta discussão nos interessa neste trabalho, já que observamos o quanto as práticas que favorecem a medicalização da infância e adolescência estão apoiadas no discurso da ciência médica mas não em sua versão rigorosa e sim na vertente hegemônica cujo poder, aqui entendido como hegemonia política sustentada pela sua aliança com o capital, dispensa o esforço de dar a si mesma qualquer rigor metodológico que fosse efetivamente científico, como é o caso de alguns dos “transtornos” da infância elencados no DSM.

O que problematizamos aqui é o fato de que estes casos, que manifestam efeitos determinantes de ordem eminentemente subjetiva, quando tratados, como efetivamente são na maioria das vezes como um transtorno de ordem neurológico-comportamental pela dobradinha formada pelas neurociências e pela psicologia comportamental, decidem por uma sentença diagnóstica que condena um número incalculável de crianças a ingressarem em uma carreira de doentes mentais ou deficientes quando, em muitos casos – provavelmente a maioria – não o seriam de modo algum, caso pudessem ter recebido da "ciência" o tratamento rigoroso devido, que começa no diagnóstico e avança no tratamento pela via indevida.

A Psicanálise, no contexto da "ciência" contemporânea, não tem boa reputação, o que se deve antes à soma de preconceitos ideológicos que vimos apontando do que às suas reais insuficiências conceituais, metodológicas e clínicas. Os preconceitos sustentados pela aliança ciência-capitalismo (representado, no caso, pela mais poderosa e lucrativa indústria contemporânea, a de medicamentos) colaboram para o enfraquecimento ou desvalorização do tratamento analítico, que, desse modo, fica em segundo plano ou ainda nem é considerado. Portanto, é fundamental aprofundar a discussão acerca das concepções do que é aceito como conhecimento validado pela comunidade cientifica.

3.1 **Os antecedentes científicos da psicanálise**

Lacan demonstrou com toda a clareza que a psicanálise é derivada da ciência, o que atesta o importante lugar que deve ser dado à ciência por parte de todo psicanalista que queira imprimir algum rigor à sua práxis.

A ciência teve seu início no século XVII com Galileo Galilei que ao se interessar pela produção de instrumentos de medida e observação, criou o primeiro instrumento científico para observar as estrelas. E foi a partir da revolução científica deste século, que o homem deixou de ocupar uma posição contemplativa em relação a natureza, para sustentar uma atitude ativa em relação a esta (MARICONDA, 2006).

Conforme Koyré (2006), esse primeiro instrumento científico chamado de *perspicillum* possibilitou a Galileu transcender a limitação imposta pela natureza aos sentidos e conhecimentos humanos. Aquilo que não era perceptível até então pelo olho humano, como por exemplo as montanhas na lua, os planetas no céu, novas

estrelas fixas, entre outros fatos, foram observadas e descobertos por meio deste instrumento. Pode se dizer, salienta Koyré (2006), “que não só a astronomia, mas também a ciência como tal, entraram, com a invenção de Galileu, em uma nova fase de seu desenvolvimento, a fase que poderíamos chamar de instrumental” (KOYRÉ, 2006, p. 82). Desse modo, a ciência não mais fica sujeita a uma mera observação da realidade submetida as distorções possíveis do sujeito da percepção.

Com o advento da ciência, portanto, a produção do conhecimento sobre qualquer coisa, passou a implicar um método de investigação, passível de verificação. Por esta via, as questões passaram a serem problematizadas e esclarecidas a partir de hipóteses com possibilidades de serem testadas por meio de experiências. Dessa maneira, o método científico é caracterizado como um modo de investigação consistente, e este não se reduz a uma mera observação da realidade, e tem na verificação experimental sua última etapa, e não seu ponto de partida, que é, antes, a construção de hipóteses. Por isso Galileo chamou seu método de *hipotético-dedutivo.*

No entanto, apesar da ciência possibilitar que a realidade não seja explicada a partir das observações, estas, na opinião de Popper (2008), podem ser usadas para refutar enunciados gerais. O exemplo clássico de que, ao se observar a existência de um único cisne negro (se ele de fato for negro), pode-se, por meio da lógica, refutar a assertiva universal de que *todos os cisnes são brancos*, desde que ela seja afirmada categórica e universalmente, e não por meio de relativizações, ou seja, na forma do que Popper chama “aberta à refutação”. Para Popper (2008), o método científico e o conhecimento em geral progridem por meio de conjecturas e refutações. Assim, uma hipótese formulada pode ser refutada por meio de testes que envolvem a observação e/ou a experimentação. No entanto quando uma hipótese é refutada, por não resistir aos testes, novas hipóteses são formuladas e assim sucessivamente.

Alves Mazzotti (1998) ao se referir aos postulados de Popper, salienta que, quando uma hipótese resiste aos testes, ela passa a ser aceita como uma solução provisória para o problema em questão. A hipótese, neste caso, foi considerada como corroborada. O termo *corroboração,* explica a autora, “(...) é preferível à *confirmação* para não dar a ideia de que as hipóteses, leis ou teorias são verdadeiras ou se tornam cada vez mais prováveis à medida que passam pelos testes” (ALVES MAZZOTTI, 1998, p. 15).

Assim, uma hipótese, lei ou teoria pode ser refutada a qualquer momento, mas enquanto resistem aos testes, são consideradas como verdades provisórias, ou seja, como um conhecimento que não está sendo contestado em um determinado momento. Esse conhecimento é considerado, portanto, como temporário e pode ser revisto e revogado, desde que exista novas evidências.

Uma compreensão distinta dessas acerca da forma de produção do conhecimento é apresenta por Kuhn (2018). O ponto central de sua argumentação é que a pesquisa científica é orientada por paradigmas e não apenas por teorias. Um paradigma é formado por algo mais amplo, além de leis e conceitos. Conforme Alves Mazotti (1998), o paradigma para Kuhn é formado também por modelos, analogias, valores, regras para a avaliação de teorias e formulação de problemas e princípios metafísicos. A ciência está imbricada com o ponto de vista, com a visão de mundo de sua época, ou seja, a força do paradigma determina o modo como um fenômeno é percebido pelos cientistas. Assim, a pesquisa científica é considerada "[...] orientada por um paradigma e baseada em consenso entre especialistas"(ALVES MAZZOTTI, 1998, p. 25).

No que tange a psicanálise, é possível sustentar que ela se vincula a uma posição epistemológica baseada em uma prática científica que teoricamente é norteada pela lógica. Assim sendo, se filia a tradição epistemológica racionalista.

A produção do conhecimento em psicanálise implica em considerar a existência do inconsciente. O homem não está colocado como o seu objeto de estudo, assim como as ciências humanas o consideram. A psicanálise, portanto, não é humanista, assim como também não está filiada à filosofia, à arte ou à religião.

Desse modo é possível sustentar que ciência e psicanálise são campos distintos, sem, no entanto, perder de vista que a segunda é derivada da primeira. Lacan afirma ser impensável que a psicanálise como prática e a descoberta do inconsciente por Freud houvessem tido lugar antes do nascimento da ciência.

O campo freudiano, diz Lacan, "[...] não seria possível senão certo tempo depois da emergência do sujeito cartesiano, por isso a ciência moderna só começa depois que Descartes deu seu passo inaugural" (LACAN, 2008, p. 53).

Conforme Lacan (1998b), Descartes inaugura com o *Cogito, penso Logo sou,* o sujeito da ciência. Elia (2004), ao elucidar esta questão do nascimento do sujeito, explica que foi na angústia desse momento que Descartes responde por meio da

dúvida, que tem como única certeza o fato de estar duvidando. Desse modo, inaugurara o *Cogito, Penso logo sou,* a questão da existência.

O sujeito, portanto, emerge pela primeira vez a partir da dúvida cartesiana e desse modo, pode ser considerado, como uma categoria moderna assim como a ciência. O corte na realidade, concretizado pela ciência moderna teve como efeito a produção de um sujeito.

Jean-Claude Milner (1996), em *A obra clara,* situa a ciência como um advento moderno o que implica em sustentar a ideia de que ela é o resultado de um corte discursivo que rompeu com a *episteme antiga*. Elia, seguindo esta direção apontada por Milner, dá como como exemplo de evidência desse corte, o problema da queda dos corpos, destacando que:

> É muito diferente pensar que os corpos caem porque o lugar natural daquilo que é pesado, *grave*, é 'o mais Baixo do que, [...] afirmar que os mesmos corpos que parecem cair estão, na verdade, sendo atraídos pela terra porque estão próximos a ela e têm menos massa do que ela (ELIA, 2004, p. 11–12).

Assim, explica o autor, a primeira afirmação se fundamenta na compreensão humana, em valores estabelecidos e compartilhados, e a segunda é explicada em consequência de uma lei universal, que afirma que: *matéria atrai matéria na razão direta das massas e inversa das distâncias,* enunciado da lei da gravitação universal, de Isaac Newton.

Dando continuidade a esta discussão sobre a emergência do sujeito, no texto *A ciência e a verdade,* Lacan afirma que "o sujeito sobre o qual operamos em psicanálise não pode ser senão o sujeito da ciência" (LACAN, 1998a, p. 873). Esta assertiva, surpreendente, e sobre a qual Lacan diz que pode ser tomada por paradoxal, é retomada por Milner (1996). Neste trabalho, ele confirma que essa assertiva em Lacan enuncia três afirmações: em primeiro lugar que a psicanálise opera sobre um sujeito, e não sobre um eu; em segundo lugar, que há um sujeito da ciência e finalmente, que estes dois sujeitos constituem apenas um.

Elia (2004), ao abordar sobre o conceito de sujeito, retoma esta mesma afirmativa lacaniana e esclarece que este enunciado, deixa evidente o quanto por um lado a ciência moderna estabelece as condições para a emergência do sujeito da ciência, ao mesmo tempo em que, por outro lado não opera com ele e nem sobre ele, operação que é própria à psicanálise e só a ela.

O sujeito com o qual a psicanálise opera, está, portanto, excluído do campo de operação da ciência. Ele explica ainda que, apesar do sujeito ser o mesmo, ele é subvertido pela psicanálise e a subversão realizada por ela é justamente a de ter criado condições de operar com esse sujeito.

> A experiência psicanalítica, uma vez colocada em operação através da instalação do dispositivo freudiano da associação livre, produz as condições de emergência do sujeito do inconsciente, justamente através da repetição e da transferência, e cria as condições de produção das chamadas formações do inconsciente- atos falhos, lapsos, sonhos, sintomas e chistes. (ELIA, 2004, p. 16–17)

O autor sublinha, portanto, o fato de que o sujeito do inconsciente é uma categoria que se impõe à experiência analítica e o método científico é inoperante quando o que está em questão leva em conta o sujeito do inconsciente. Foi essa não operacionalidade que impôs a psicanálise a invenção de um método próprio para fazer pesquisa e operar com o sujeito excluído da ciência. Consideremos, pois, este método, o método psicanalítico, em suas relações com o método científico.

3.2 **A “metodologia psicanalítica”**

Lacan (2009), ao discutir a dimensão do sujeito que fala, esclarece que enquanto na ciência,

> o sujeito não é finalmente mantido a não ser no plano da consciência, porque o sujeito na ciência é no fundo o cientista. É aquele que possui o sistema da ciência que mantém a dimensão do sujeito. É o sujeito, na medida em que é o reflexo, o espelho, o suporte do mundo objetal (LACAN, 2009, p. 255).

Na psicanálise o que foi evidenciado é o oposto disso pois, “Freud, pelo contrário, mostra-nos que há no sujeito humano algo que fala, que fala no pleno sentido da palavra, quer dizer, algo que mente, em conhecimento de causa, e independente do que traz a consciência”.(LACAN, 2009, p. 255). O sujeito, diz Lacan, é capaz de mentir, ele é distinto do que diz.

Elia (2000), retoma a recomendação feita por Freud de que ‘a psicanálise faz em seu favor a reivindicação de que, em sua execução, tratamento e investigação coincidem’. Desse modo, confirma o autor, a pesquisa se impõe à prática do psicanalista sendo considerada como essencial em função de estar articulada ao inconsciente. Além disso, afirma que a prática analítica tem por estrutura uma

dimensão de pesquisa, ao que conclui que, querendo ou não, ao psicanalista a pesquisa se impõe como necessária em sua prática. No entanto, a forma de se faze-la em psicanálise, se diferencia da abordagem tradicional utilizada pela ciência moderna.

Vários estudiosos salientam que uma das características do método científico é que ele é compreendido como uma forma sistemática de compreender a ocorrência da regularidade de fenômenos semelhantes, permitindo assim seu enquadramento e sua classificação, o que favorece a previsibilidade em suas ocorrências.

Cotrim, por exemplo, observa que:

> Para reconhecermos a ocorrência de regularidades, devemos observar os fenômenos e classificá-los segundo suas características comuns. Ao examinar as regularidades, a ciência procura chegar a uma conclusão geral que possa ser aplicada a todos os fenômenos semelhantes. Através desse processo, ela procura formular leis científicas (COTRIM, 2002, p. 241).

Em outras palavras, este método prima pela tentativa de uma espécie de padronização nas explicações dos fatos, ou seja, almeja favorecer uma visão global e a possibilidade de previsão dos fenômenos que se enquadram na regularidade identificada. A psicanálise, diferente desse modo de fazer pesquisa, se constitui não como um campo de aplicação da teoria, mas sim como um campo de produção de saber, onde o que se leva em conta é a singularidade do sujeito.

Sobre esta questão do método Elia (1992), em sua tese de doutoramento, salienta que a ciência se estrutura de um modo em que a prática se constitui em uma “[...] aplicação parcial, contingente e possível da teoria até o ponto em que começa a contradizê-la ou refutá-la” (ELIA, 1992, p. 24), ao passo que, a psicanálise não segue esta estrutura de modo que não se pode falar em uma psicanálise aplicada ou em psicanálise teórica. Enfatiza ainda que a intervenção clínica é derivada de uma enunciação clínica e desse modo, não pode ser situada como um lugar de aplicação do saber psicanalítico. O lugar dela, diz Elia, “[...] não é o da aplicação de um saber teórico pré-existente, mas o lugar de produção e construção desse saber” (ELIA, 1992, p. 25). Desta maneira, a aplicação de um saber teórico, pré-estabelecido, não só é para a psicanálise inoperante, pois, o que está em jogo é a singularidade do sujeito, como também, muitas vezes, pode se revelar problemática.

Portanto, faz todo sentido a provocação suscitada por Elia, ao discutir a dimensão científica da Reforma Psiquiátrica Brasileira, questionando sobre o que é, e o que não é científico na atualidade. O autor aponta para uma banalização da ciência na atualidade, onde tudo pode ser dito sem o menor controle e a epistemologia a quem sempre coube a tarefa de delimitar e avaliar as práticas científicas encontra-se completamente silenciada há pelo menos três décadas. Por consequência a ciência banalizada torna-se facilmente matéria nos veículos mediáticos. Assim afirma Elia:

> A ciência se banaliza, vulgariza, torna-se frequentemente matéria de capa de veículos hebdomários de mídia (principalmente Na seção de 'saúde e comportamento'), enfim tudo pode ser dito sem nenhum controle de rigor e com uma confortável hegemonia de poder, assegurado pelo capital, ao qual interessa, mais que tudo, manipular a opinião pública, tornar a sociedade o mais acrítica possível, assumindo falaciosamente para isso o fardão da ciência em nome da mais reles ideologia que passa a ser respeitada como se fosse ciência (ELIA, 2016, p. 01).

Uma preocupação semelhante é exposta por Fischer (2000). Ele sublinha a necessidade de haver uma preocupação dos diversos campos do conhecimento sobre as possíveis implicações ao homem contemporâneo, diante dos fortes apelos do mercado, da mídia e da publicidade.

> Os discursos sobre como devemos proceder, como devemos ser e estar no mundo, o que fazer com cada parte do corpo, o que fazer com nossa alma, produzem-se e reproduzem-se nos diferentes campos do saber e práticas sociais, mas passam a existir 'realmente' desde o momento em que acontecem no espaço dos meios de comunicação (FISCHER, 2000, p. 111).

O discurso da medicina, o discurso político, o discurso da psicologia e o discurso acadêmico necessitam cada vez mais, segundo Fischer (2000), estar presentes no espaço da mídia e isto implica não somente numa ampliação do poder de alcance público, como também "[...] conferem a própria mídia, ao próprio meio, um poder de verdade, de ciência, de seriedade" (FISCHER, 2000, p. 112). A autora enfatiza ainda que os limites entre o senso comum, o pensamento científico e a opinião pública se confundem.

É inegável portanto a existência de uma ideologia cientificista na atualidade. Para Elia (2016), o campo Psi (Psicologia, Psiquiatria, Psicoterapias) mais especificamente a área das práticas sociais, as políticas públicas e a Saúde Mental são o campo mais atingido por esta ideologia cientificista contemporânea.

Ele questiona se a saúde mental pode ser concebida como um sub-campo da medicina biológica e ainda se o real em jogo no campo da saúde mental é um real biológico.

> A psiquiatria organicista e a psicologia comportamental apresentam-se arrogante e insustentavelmente como o paradigma da ciência no campo "psi". Mas suas práticas não são de modo algum científicas, dado seu grau de reducionismo metodológico e de redução conceitual mesmo (ELIA, 2018, p. 6).

Quinet (2009), ao discutir a tendência atual da psiquiatria quanto à questão diagnóstica, assinala que as categorias clínicas da neurose, perversão e psicose utilizadas pela psicanálise até os dias atuais, foram construídas por Freud a partir da nosografia da psiquiatria clássica. Ressalta que os tipos clínicos clássicos da neurose (histeria, neurose obsessiva e fobia) e dois dos tipos clínicos da psicose (paranoia e melancolia) desapareceram dos manuais de psiquiatria e que destas categorias clássicas restou apenas a esquizofrenia. As doenças da psiquiatria clássica foram substituídas por transtornos.

Salienta, portanto, que ao fazer esta substituição, a psiquiatria optou por uma descrição e comunicação dos fenômenos entre colegas mais que "[...] por uma clínica em que cada caso seja efetivamente um caso e onde os fenômenos sejam considerados sintomas, ou seja, formações de compromisso entre as diversas instâncias do aparelho psíquico" (QUINET, 2009, p. 11). Isto explica, em alguma medida, a facilidade e rapidez que na atualidade a ciência médica muitas vezes diagnostica casos de paranoia e melancolia como sendo esquizofrenia, numa relação mecânica e simplista de causa e efeito. Surtou, logo, é esquizofrênico.

O desaparecimento das categorias clínicas dos manuais de diagnósticos descritas pela psicanálise pode dificultar a relação de interconexão entre psiquiatria e psicanálise proposta por Freud, adverte Quinet (2009). Segundo ele ainda, para que o diagnóstico não seja um simples procedimento classificatório é necessário que ele cumpra a função de remeter à estrutura que o condiciona. Ele argumenta que, como na psiquiatria não tem como confirmar a doença da qual o sintoma seria o sinal, é na construção do caso clínico, a partir de um saber sobre a subjetividade particular de cada paciente, que um diagnóstico aparece, como conclusão do processo de investigação.

4 DA MEDICALIZAÇÃO À DESMEDICALIZAÇÃO: O LUGAR DO TRATAMENTO PSICANALÍTICO NA CLÍNICA COM CRIANÇAS

4.1 CAPSi: Uma breve experiência de trabalho

Tendo em vista nosso objetivo em ampliar nosso campo clínico de pesquisa e compreender as questões que envolvem a medicalização da infância e da adolescência, assim como as possibilidades de tratamento que vão em outra direção que não o da medicalização, realizamos nosso estágio de pesquisa no CAPSi (Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil) Monteiro Lobato, na cidade de Niterói, estado do Rio de Janeiro. Neste estágio verificamos o importante trabalho do CAPSi, ao exercer seu mandato político clínico-territorial, que é o de articular a rede de saúde mental, constituindo-se como uma prática de acolhimento e cuidado aos diversos tipos de sofrimento psíquico graves e outras situações de vulnerabilidade social.

Os Centros de Atenção Psicossocial os CAPSi cumprem uma função estratégica na organização da rede de saúde mental. Não é difícil fazer a verificação de que os trabalhos em equipe multiprofissional, com suas discussões de caso funcionam como agenciadores do cuidado no território, agenciamento aliás que é mesmo esperado de todo CAPS, embora nem sempre isso se possa verificar que isto ocorre. Temos observado que no campo da infância e da adolescência, por motivos, entre outros, relacionados com a própria condição da criança, que requer atenção de diferentes setores além da Saúde – Educação, Justiça, etc. – os CAPSi conseguem cumprir de modo mais efetivo seu mandato de ordenadores da rede de cuidado, mas é importante observar que esta não é uma tarefa nada fácil e que a própria gestão dita “central” oferece resistências e obstáculos a isto, o que parece contraditório se pensarmos que se trata de uma política pública, por cuja implementação, portanto, a gestão de nível central seria a responsável e portanto a primeira a sustentar e apoiar o trabalho dos polos de articulação desta política nos diferentes territórios urbanos. Mas as questões de poder atravessam (e talvez isto não seja mesmo eliminável) o que o próprio “poder” central supõe que deseja, e seu modo vertical e hierárquico de exercício de poder acaba por entrar em conflito com a necessária autonomia e desenvoltura que um CAPS precisa ter no território, sempre em afinidade com os princípios da política central, mas chamado ao conflito com o

anseio de poder do “núcleo” central. Um agravante neste cenário de tensão, que sempre existiu, é o fato, que nem sempre existiu, de que as políticas públicas vêm sofrendo nos últimos anos grandes retrocessos na direção manicomial, processo que, no atual governo federal, tem assumido matizes desastrosos.

As ações que caracterizam as políticas públicas da Saúde Mental para crianças e adolescentes baseiam se em princípios que se fundam em uma ética e uma lógica do cuidado. Amstaldem e colegas (2010) consideram que, “A criança ou o adolescente a serem cuidados devem ser tomados como *sujeitos*, o que implica a noção de singularidade e a de direitos, dentre os quais o direito ao cuidado” (AMSTALDEN; HOFFMAN; MONTEIRO, 2010, p. 41). Considera-se ainda que todos aqueles que chegam ao serviço de saúde mental devem ser acolhidos. As ações após o acolhimento vão na direção de assumir o tratamento do sujeito, na realização de encaminhamento de forma assistida e implicada quando necessário ou ainda na direção de uma desconstituição de demanda para os casos onde não é preciso atendimento em saúde mental. Os autores enfatizam que é necessário também que a ação de cuidado vá além das intervenções técnicas de um determinado serviço o que implica incluir os demais serviços e equipamentos disponíveis no território.

Amstaldem e colegas apontam que a *construção da rede* deve ser constante, dinâmica e resultado das demandas singulares de cada sujeito, além disso, atravessada pelo princípio da intersetorialidade. Este princípio considera que o cuidado em atenção psicossocial não é operado exclusivamente pela saúde, sendo por ela agenciado porém implicando diferentes setores da ação pública da área social, como Educação, Assistência, Justiça, Esporte e Lazer além da saúde.

Possibilitar a fala e a escuta das crianças e adolescentes assim como dos seus responsáveis é fundamental em todo tratamento que tenha a emergência do sujeito como uma direção. Observamos em nossa pesquisa que o fato das equipes em um CAPSi não serem constituídas inteiramente por psicanalistas não só não impede que o tratamento tenha como direção um trabalho de escuta, psicanaliticamente orientado, capaz de garantir que as singularidades de cada pessoa que se endereçar a este serviço sejam consideradas, como indica que uma equipe constituída só por psicanalistas seria um grande obstáculo para que este objetivo fosse atendido, pois que constitui uma exigência para este trabalho que cada um se despoje o mais possível de seu respectivo olhar “de especialista”, no

que Elia passou a designar como “princípio da desdisciplinaridade” em lugar dos conhecidos termos “interdisciplinaridade” e “transdisciplinaridade”.

Elia *et al.*, (2010) ao discutir sobre a direção psicanalítica exercida em alguns CAPSi no Rio de Janeiro demonstra que esta escolha pela psicanálise é “profunda e amplamente afinada com os princípios e diretrizes das políticas públicas de saúde mental infanto-juvenil” (ELIA, *et al.*, 2010, p. 212). Os autores consideram que para que um dispositivo clínico seja considerado como psicanalítico nestes espaços é preciso que alguns técnicos se coloquem no lugar de psicanalistas e operem com seu desejo. Enfatizam ainda que o *desejo do psicanalista* é um operador estrutural que tanto acarreta como também maneja a transferência.

Os CAPSi de orientação psicanalítica portanto tem como direção sustentar uma clínica que aposte na emergência do sujeito e na construção de laços entre os seus usuários. Desta forma o modo como as crianças e adolescentes são recebidas e tratadas nos centros de atendimento contribuem para a construção destes laços. Conforme Elia *et al.* (2010), neste espaço, as crianças são recebidas preferencialmente sem propostas previamente estabelecidas. As intervenções realizadas em um CAPSi não visam educar, ensinar, entreter, divertir, propor atividades ou ainda, organizar rotinas. Destaca que a forma como cada um já tem para lidar com aquilo que o aflige precisa ser observado.

Assim, conforme os autores, é importante iniciar o trabalho a partir da fala da criança. “Partimos daquilo que eles nos falam, mesmo que, às vezes, sem utilizar palavras. Procuramos dar lugar para particularidade de cada um através da oferta de uma presença vazia de toda e qualquer demanda, capaz de promover a abertura ao que a criança diz” (ELIA, *et al.*, 2010, p. 227).

Durante nosso estágio de pesquisa, ao participar dos diversos projetos terapêuticos oferecidos neste espaço, como o Fórum intersetorial de Saúde Mental da Infância e Adolescência promovido também pelo CAPSi e as discussões clínicas na supervisão, verificamos o quão importante e necessário são estas intervenções que priorizam a fala do sujeito. Além disso estas experiências foram reveladoras da importância de uma prática do cuidado para os casos de intenso sofrimento psíquico que se endereçam a este serviço.

Observamos também várias situações que algumas vezes, funcionam como obstáculo ao tratamento em determinados casos. Cito como exemplo a demanda medicamentosa constatada, tanto nos acompanhamentos em consulta junto ao

psiquiatra como nos acolhimentos para uma primeira avaliação, momento em que os familiares trazem suas preocupações mais agudas. Esta demanda por medicamentos foi facilmente verificada logo nestes primeiros encontros, quando os pais nos pedem uma avaliação médica, movidos pela crença de que o sofrimento do filho possa ser explicado por uma falha no corpo biológico. Há sem dúvida por parte desses pais uma crença de que a medicação vai livrá-los do sofrimento.

Nas reuniões de escola em que pude acompanhar em conjunto com técnica da equipe, foi possível constatar algo semelhante, ou seja, uma demanda de consulta médica para casos onde se verificam claramente questões de ordem subjetiva. Há sem dúvida uma lógica de funcionamento que se revela no discurso nestes espaços que resultam de um modo de compreender o sofrimento psíquico a partir de uma perspectiva organicista.

A demanda por medicamentos é mais intensa principalmente nos casos onde há agressividade, recusa em fazer as atividades escolares, comportamento agitado e conflituoso nas relações. Nestes casos há muitas vezes uma precipitação em diagnosticar, e é com extrema rapidez que se fazem diagnósticos como o de transtorno de comportamento opositor, de *déficit* de atenção e de hiperatividade. Diante da complexidade no manejo com algumas crianças, parece ser mais fácil nomear a criança como portadora de algum distúrbio.

Ouvi de uma professora: “fulano precisa controlar os impulsos”, e para controlar os impulsos a medicação parece que entra como uma luva na mão. Estas situações são bastante reveladoras da necessidade de se fazer um trabalho de desconstrução dessa hegemonia que compreende as questões do sujeito por essa via organicista.

Sabemos, desde Freud, que uma terapêutica química funciona como um “amortecedor de preocupações”, eficaz quanto à sua influência no organismo, porém, ao produzir este efeito, acaba afastando o sujeito da sua verdade.

A demanda por uma avaliação psiquiátrica e a submissão ao poder do discurso médico são facilmente perceptíveis ao se analisarem os fragmentos do relato nos dois casos que apresento logo abaixo. Um deles observado no estágio em questão, e outro em consultório particular.

4.2 As relações com a escola na discussão de um caso atendido pelo CAPSi - Caso I: Matheus

Vimos anteriormente em Kamers (2013), que o saber e a intervenção médica e farmacológica são assegurados pelos dispositivos sociais disciplinares e o quanto a escola tem se convertido em um dispositivo de produção de patologias. A escola submetida ao discurso ideológico cientificista contribui para a patologização e medicalização da infância.

Frequentava o primeiro ano do ensino fundamental no início de 2018 (período do estágio de pesquisa). Na ocasião, apresentava inúmeras dificuldades, tanto na aprendizagem quanto no comportamento. Recusava a fazer as tarefas e ficava agressivo quando contrariado. Uma das dúvidas apresentada pelo técnico de referência neste caso estava relacionada à estrutura clínica de Matheus. No CAPSi ele participava tanto das atividades coletivas quanto do atendimento individual. Em uma das reuniões com a escola da qual participei, a professora responsável pela sala de recursos relatou que o aluno se mostrava extremamente agressivo, criava situações com os colegas, não conseguia lidar com frustrações e mostrava grande resistência em realizar as atividades propostas e dificuldades em aceitar as regras e limites estabelecidos no espaço escolar. A escola chamava de surtos os episódios onde em que ele se mostrava agressivo e tinha crises de choro. Diziam que ele adquiria uma força “descomunal” nestas horas, como um pequeno “Hulk” e que chorava muito. A professora de referência faz relatos de que Matheus tem muita necessidade de chamar atenção e reitera as dificuldades com regras e limites e em atender às solicitações. A escola relata ter grande preocupação quanto ao descontrole do aluno assim como receio de que ele machuque os colegas. Diante destas falas fizemos algumas interrogações como: Chamar atenção para quê? Chamar atenção é para algo que não está sendo percebido. Do que será que se trata? Poque ele chora depois das crises? O que se passa?

Uma outra questão que apontaram como problemática refere-se ao diagnóstico médico e ao tratamento medicamentoso encaminhado pelo psiquiatra. Discordam tanto do diagnóstico médico quanto do tratamento encaminhado por ele e solicitam da equipe CAPSi uma nova avaliação psiquiátrica, mas sugerem que esta seja feita por um médico indicado pela escola. O que inicialmente acreditávamos ser uma preocupação com a saúde de Matheus revelou na verdade tão somente uma

discordância em relação à medicação que ele estava usando, um anseio de controle mais do que de tratamento. Segundo eles, o medicamento não estava funcionando pois não ajudava a controlar os impulsos, além disso, necessitavam de laudo médico para solicitarem uma professora auxiliar. A demanda por uma avaliação médica nesse caso faria uma dupla função. Julgamos precipitado fazer qualquer diagnóstico neste caso e sabíamos que o pedido das professoras por uma nova avaliação deveria contemplar um outro possível diagnóstico e uma nova medicação para conter os impulsos além do laudo confirmando a necessidade de uma professora auxiliar.

Diante desse contexto interrogamos sobre o que elas esperavam de uma nova medicação e enfatizamos a importância da avaliação e acompanhamento multiprofissional. Transmitimos o caráter do tratamento que já estávamos fazendo, o acompanhamento no CAPSi, a participação dele no coletivo, os atendimentos individuais tanto dele quanto o da mãe. Deixamos claro que não se tratava de uma nova avaliação com outro médico, mas que precisávamos apostar nesta que estava sendo realizada e que estávamos ali para ajudá-los. Em acordo com a escola, intensificamos os atendimentos individuais tanto com a criança como com a mãe e marcamos novos encontros com a equipe escolar.

Destacamos com este caso o importante trabalho realizado com a equipe da escola no sentido de colocar questões com o objetivo de romper com o discurso medicalizante que se revelava na demanda por avaliação médica entre os professores. Introduzir uma medicação no sentido de controlar os impulsos neste caso poderia não somente funcionar como uma camisa de força como também fazer obstáculo ao tratamento analítico ainda em início.

Aos poucos visualizamos uma mudança na posição dos professores em relação a Matheus. Eles começaram perceber que havia sofrimento nestes “surtos” de atirar objetos, nas crises de choro, nessa força que manifestava quando tentavam contê-lo, inclusive fisicamente. Esse ponto da contenção física também apareceu na discussão do caso com as professoras, quando uma delas falou sobre a sua angústia em lidar com os “surtos” e que às vezes precisava segurá-lo com força, mas que não sabia se estava correta. Falaram do medo que tinham de deixarem marcas roxas no corpo do Matheus ao tentarem contê-lo fisicamente, de serem denunciados. As Intervenções analíticas possibilitaram a fala e uma retificação da posição das professoras, elas começaram a perceber que não se tratava

simplesmente de colocar limites, ou uma disciplina mais rígida ou mesmo mudar a medicação e que existia sofrimento em suas manifestações que precisavam ser escutadas.

Ao final de uma das reuniões com a escola ouvimos de uma educadora: “coitado dele, também não parece fácil” e num outro momento, uma professora entre um pouco irritada e afetada pelo caso disse: Ta bom! Daqui para frente eu vou assumir o Matheus. Mas vocês vão estar comigo e vão se responsabilizar juntos. Depois disso essa professora se dirigiu ao CAPSi algumas vezes para discutir o caso. Não pude acompanhar mais o caso depois disso em função do encerramento do meu estágio de pesquisa, mas tive notícias da virada clínica que foi se estabelecendo neste caso depois destas intervenções na escola.

O caso em questão revela o quão importante e necessário é a realização de um trabalho multidisciplinar. Houve a partir destas intervenções uma visível desnaturalização do imaginário que existia em relação a esse garoto dentro da escola. Os ditos iniciais em relação a ele tipo, “ele tem uma força descomunal” “fica parecendo o Huck” foram se desfazendo e a possibilidade para ouvi-lo de uma forma singular foi estabelecida.

4.3 Da demanda por um atendimento médico à demanda por uma clínica psicanalítica - Caso II: Pedro

Logo na primeira entrevista a mãe faz relatos de que suspeita que seu filho seja autista. Segundo ela, ele não se relaciona na escola, não tem amigos, e fala muito pouco. Relata também que uma das coordenadoras da escola tem feito algumas observações dele no espaço escolar e manifesta a mesma preocupação. Diante de interrogações sobre o desempenho escolar, relata que ele não tem reprovações, porém não é organizado quanto aos deveres, esquece de anotar as tarefas, não transmite recados escolares. Apesar das queixas escolares, manifesta que sua maior preocupação parece estar relacionada ao comportamento dele. Diz que tem lido muito sobre o autismo e que acha que ele tem características parecidas a de um autista, estava pensando inclusive em levá-lo ao psiquiatra ou outro profissional especializado em autismo para fazer um diagnóstico mais preciso. Interroga-me se tenho conhecimento sobre o autismo, e o que acho sobre essa ideia de levá-lo para fora da cidade para uma avaliação. Digo que acho muito importante

que seu filho seja avaliado e entre em tratamento se for o caso, mas que ela não precisa levá-lo para fora, que eu mesma poderia atendê-lo se ela concordasse.

Relata que Pedro quando bebê era muito bonzinho, não reclamava de nada, tudo estava bom. Dormiu no mesmo quarto dos pais até dois anos de idade e não reclamou na ocasião em que decidiram que ele deveria dormir em seu próprio quarto. Relata que ele foi sem reclamar, se adaptou logo no primeiro dia, e isso lhe causou estranheza.

Marquei a primeira sessão com Pedro, somente depois de algumas sessões com a mãe.

Logo nas primeiras sessões com ele verifiquei, pelo modo como ele articulava as palavras, que não se tratava de uma criança autista, mas certamente uma criança com muitas inibições no relacionamento. Ele diz não fazer questão de se relacionar com os colegas e que prefere ficar com suas histórias. Relata que gosta de criar histórias, e que prefere ficar em seu mundo com suas invenções. Se isola no espaço escolar, para ficar inventando.

Observamos inicialmente neste fragmento diversas situações que precisam ser trabalhas:

A crença, tanto da mãe quanto da escola em uma hipótese diagnóstica a partir das observações do comportamento dele. Consideram o comportamento dele de não conversar e interagir com outras crianças assim como o fato de não trazer qualquer incômodo quanto a isso como se estes fossem indicadores suficientes para se tomá-lo como uma criança autista. Tanto a escola como a mãe a tiram conclusões precipitadas, baseando-se em uma ideologia que concebe e classifica o autismo a partir de um conjunto de comportamentos, e mesmo assim os comportamentos típicos do autismo não estão presentes em Pedro. O que esta situação revela é antes, um reducionismo dos próprios índices fenomênicos e comportamentais que indicam uma sanha em encontrar autismo onde existe apenas retraimento, inibição e excessiva atividade imaginativa, como se faz com a TDA/H; se uma criança é mais agitada e incapaz de se concentrar em determinadas atividades, então tem déficit de atenção e hiperatividade. Desprezo pelo rigor diagnóstico motivado pelo anseio de medicalizar, alimentar o capital da indústria de psicofármacos, e atender às políticas de controle das pessoas.

Outro ponto está no lugar importante que as histórias inventadas por ele e contadas dentro do espaço analítico passam a ter na resolução dos seus impasses

enfrentados em seu cotidiano. Muitas vezes trouxe para as sessões seus desenhos e suas invenções. Em uma de suas histórias demonstra com muita clareza a dificuldade que encontrou ao mudar-se de cidade e ingressar numa sala de aula com novos colegas. Enquanto lia a história em questão, que falava sobre vários personagens, todos eles possuidores de determinados poderes, repentinamente se vê como um dos personagens (esse tinha o poder de congelar uma cena) e fala: - “esse personagem está parecendo comigo” e logo em seguida diz:

- Mas isso já passou, foi assim logo que cheguei aqui, não me sinto mais assim.

Logo em seguida fala sobre o estranhamento que teve ao retornar para a sua cidade depois de três anos morando em outra cidade.

4.4 **O significante na clínica com crianças - Caso III: João**

João é filho de pais separados e morava com a mãe na ocasião do início do tratamento. Após a separação com o pai de João a mãe casou-se novamente e teve mais uma filha. João morou um tempo com o pai e estava com a mãe já há um ano e meio na ocasião em que veio inicialmente para uma avaliação. A mãe o traz para atendimento por um pedido da escola que relata que João tem se mostrado alheio em sala de aula, não quer fazer tarefas, é agitado e se distrai com muita facilidade. Em atendimento faz relatos de que não gosta da escola, que tem uma irmã, que “é uma chata” e “tem mais brinquedos que eu”. Em uma sessão enquanto falava sobre a escola, girava um brinquedo na mão (um boizinho) num movimento repetitivo. Esse movimento me chama à atenção e pergunto: “E esse boi? Faz um tempo que você o está girando”. João para de girar, olha para o boi, segura-o e diz: “Eu tinha um boi parecido com esse... ganhei do meu pai... ficou na casa dele quando eu me mudei para ficar com minha mãe, lá eu tinha brinquedos”.

Segue falando da saudade do pai e do quanto é difícil ficar longe dele, que quer voltar para a casa dele, mas ao mesmo tempo que quer isto, lembra que quando estava lá sentia muita falta da mãe também. Lidar com a falta de um dos pais lhe causa muito sofrimento.

O que acho importante salientar neste pequeno fragmento é a abertura possibilitada ao se considerar o gesto de girar o brinquedo como um significante. Vimos em Lacan que o inconsciente é estruturado como uma linguagem e que um

significante não significa nada, mas que representa um sujeito para outro significante. Nenhuma interpretação deve ser feita *a priori* pois que o sentido só é possível numa cadeia associativa.

João faz relatos de que sente falta da outra escola, dos outros amigos e que se distrai pensando nisso em sala de aula. É visível também no caso o ciúme e a inveja que experimenta em relação à irmã porque esta tem presentes tanto a mãe como o pai, e é mais presenteada, é paparicada pelo pai além de lhe roubar a exclusividade da atenção da mãe.

O que verificamos no caso a partir das falas desencadeadas no espaço analítico é que João se distrai na escola não porque tem distúrbio de atenção, ele não sofre de TDAH, e sim porque é difícil lidar com o ciúme, a inveja e a falta de um dos pais.

4.5 **O diagnóstico e tratamento na clínica com criança – Caso 4 - Lucas**

Freud (1911-1913), ao fazer algumas recomendações relacionada ao início do tratamento diz que o primeiro objetivo de um tratamento analítico é ligar o paciente ao seu tratamento e à pessoa do analista, ou seja estabelecer a transferência, e que tem por hábito praticar o que ele chama de tratamento de ensaio por uma ou duas semanas, antes do início da análise propriamente dita. Destaca que esse tempo inicial é importante para o diagnóstico diferencial entre neurose e psicose além da decisão quanto ao aceite do caso para uma análise. Lacan chamou de entrevistas preliminares esse tempo prévio a análise.

Estabelecer a transferência e fazer o diagnóstico marcam, portanto, o início do tratamento analítico. A transferência em Freud é compreendida como atualização do inconsciente, ela não tem a estrutura de uma formação do inconsciente como os sonhos, atos falhos, sintomas e chistes mas é considerada como “a própria presentificação do inconsciente sob a forma de uma relação de objeto” (ELIA, 2004, p. 30–31).

Apesar da possibilidade de relações transferenciais ocorrerem também fora da experiência psicanalítica, é somente neste campo que ela é considerada e operacionalizada e cabe ao analista o seu manejo.

O diagnóstico e tratamento na clínica psicanalítica portanto, se contrapõem totalmente aos diagnósticos previstos no DSM. Fazer diagnósticos considerando

apenas as características comportamentais elencadas no DSM para cada “transtorno” sem considerar a etiologia das diversas manifestações sintomáticas de sofrimento leva com frequência a falsos diagnósticos.

Cito como exemplo de falso diagnóstico em decorrência desse discurso um fragmento de caso ainda em início de tratamento em uma unidade de saúde pública. A criança em questão, que chamarei de Lucas está atualmente com quatro anos e usa medicamentos psicotrópicos desde um ano e oito meses. Em entrevista com a mãe, ela relata que ele foi encaminhado ao neurologista pela médica do posto. A queixa inicial naquele momento era a de que ele não dormia bem, passava noites em claro, chorava muito e dava muito trabalho. O neurologista na ocasião solicitou eletroencefalograma, prescreveu dois medicamentos, uma para dormir e outro para ajudar na maturidade cerebral por conta de uma “mancha no cérebro”. Depois de um tempo, o neurologista pediu para suspender a medicação, disse que não precisava mais e que estava tudo bem com o cérebro. Os pais tentaram tirar o medicamento mais observaram que ele ficou muito agitado e retornaram à medicação.

A mãe faz relatos de que Lucas fica incontrolável quando fica nervoso, (normalmente quando é contrariado) passa horas chorando e fica agressivo. Além disso gosta de maltratar os animais domésticos (cachorro e gato) e isso a deixa muito assustada. Levaram ele recentemente a uma psiquiatra e ela pediu vários exames incluindo uma tomografia do cérebro cujos resultados estavam aguardando.

Lucas se mostra tranquilo e participativo no primeiro atendimento, escolhe desenhar, depois montar um quebra cabeça. Sua avó diz que depois que nasceu acabou o sossego da casa, que ele tem crises demoradas de choro quando é contrariado, que judia dos animais e isto a deixa muito preocupada, inclusive chegou a pensar se o neto poderia ser psicopata, que não pensa mais assim mas se preocupa muito com o jeito dele. Relata que chegaram os exames solicitados pela psiquiatra e que ela acompanhou o neto na consulta de retorno. Os resultados de exame não revelam nenhuma patologia, no entanto a médica colocou como hipótese de diagnóstico autismo. Segundo a avó quando entraram na sala Lucas já estava cansado de esperar e não interagiu com a médica. A médica confirma que não deu nada nos exames, mas que estava suspeitando de autismo porque observou que Lucas não havia feito contato de olhar com ela. Pediu para sustentar a medicação e solicitou avaliação cognitiva comportamental.

Mesmo na ausência de sintomas clínicos a médica em questão coloca como hipótese diagnóstica autismo baseando-se simplesmente no fato de que ele não interagiu e por não ter feito contato de olhar.

Não podemos esquecer que o medicamento quando necessário é importante para o tratamento, no entanto quando usado indiscriminadamente baseando-se apenas em um conjunto de características de um determinado “transtorno” como elencado nos manuais de diagnósticos, utilizado apenas para silenciar o sintoma além de não tratar contribui para falsos diagnósticos.

Vimos que o sintoma para a psicanálise é manifestação do inconsciente, é representante do sujeito e precisa ser elaborado. Conforme Quinet, “Não atacar o sintoma, mas abordá-lo como uma manifestação subjetiva, significa acolhê-lo para que possa ser desdobrado, fazendo aí emergir um sujeito. (QUINET, 2009, p. 13)

Considerando a perspectiva analítica, nenhuma avaliação deve ser realizada *a priori* pois que o diagnóstico se revela com o tratamento. Não é possível portanto fazer avaliações sem antes saber sobre a história e a posição ou modo como o sujeito se enlaça com o outro. Conforme Quinet,

> Fundar uma prática de diagnóstico baseada no consenso estatístico de termos relativos a transtornos, que, por conseguinte, devem ser eliminados com medicamentos, é abandonar a clínica feita propriamente de sinais e sintomas que remetem a uma estrutura clínica, que é a estrutura do próprio sujeito.(QUINET, 2009, p. 12)

O autor enfatiza a importância de se restituir a função diagnóstica no tratamento psiquiátrico a partir da clínica psicanalítica e restaurar deste modo, a clínica do caso onde se avalia, se diagnostica para só depois pensar no tratamento e desse modo, garantir o retorno [...] a uma nosografia baseada nos sintomas e suas relações com as estruturas clínicas para-aquém do tratamento (QUINET, 2009, p. 12).

Finalizamos nosso trabalho destacando que a psicanálise trata para diagnosticar sob transferência. O tratamento, portanto, precisa, a partir de algumas balizas, começar antes do diagnóstico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Abordamos inicialmente neste trabalho o problema da medicalização da infância e adolescência, formulando a hipótese de que a prática medicalizadora é efeito de um discurso que reduz o que seriam, em outro contexto discursivo, reconhecido como questões subjetivas como manifestações comportamentais do organismo, com ênfase na dimensão orgânica em detrimento da psíquica. Esta questão nos levou fazer um breve percurso teórico com destaque na compreensão do que é um sintoma para a psicanálise e do quanto o sofrimento psíquico não implica forçosamente haver doença. A princípio acreditávamos na possibilidade de se estabelecer uma disjunção entre o somático e o psíquico. No entanto vimos que o conceito de pulsão em Freud explode, como entende, se exprime e desenvolve (ELIA, 1995, p. 49), a unidade psicofísica individual e a partir disso o corpo passa a ser considerado como um efeito do investimento pulsional e não mais como um conjunto de aparelhos e órgãos articulados e respondendo a funções vitais. Isto implica em dizer que o sujeito assim como o corpo são efeitos da pulsão, não são, portanto, nem de ordem psíquica nem somática.

Essa nova forma de compreender o sujeito revela que há uma complexidade nas diversas manifestações sintomáticas do sujeito. Verificamos que enquanto para a medicina o sintoma é sinal de uma doença, um signo que a representa para o saber médico, para a Psicanálise, o sintoma é “sinal e substituto de uma satisfação pulsional” e tem valor significante, é o que representa um sujeito para outro significante. O sintoma em psicanálise é, assim, o que representa o sujeito e não uma doença.

Freud, apesar de ter defendido com rigor a psicanálise como uma ciência, deixa evidente que esta não se configura nos mesmos moldes que a ciência tradicional. Ao descobrir que somos divididos, que há pensamentos inconscientes que determinam as experiências do sujeito sem que ele saiba disso, mas que, pelo método da análise, ele pode passar a dispor de um saber que não tinha e sobretudo de um saber fazer com isso, conclui ser necessário um campo exclusivo para explicar as questões do sujeito, ou, em outras palavras, a descoberta do inconsciente impõe um novo método. Lacan em consonância com Freud, explica e deixa evidente o porquê do sujeito precisar da psicanálise. Ele afirma que o sujeito com o qual a ciência opera é o mesmo da psicanálise, no entanto a ciência não

opera sobre ele, só a psicanálise. E o sujeito do inconsciente é o sujeito da ciência desde que subvertido. Segundo ele a ciência excluí o sujeito do seu campo de operação e é com esse sujeito excluído que a psicanálise opera.

Verificamos em nossa pesquisa que as várias práticas existentes que contribuem e sustentam a patologização e medicalização da infância e adolescência, de forma geral, resultam do cientificismo ideológico produzido pela degradação da ciência ao se associar com o capitalismo.

O atrelamento e a submissão da ciência médica ao capitalismo podem ser observados nos investimentos realizados pela indústria farmacêutica ao financiar e promover campanhas públicas de detecção de doenças. Estes não visam o bem estar das pessoas, mas sim o lucro para os donos de laboratórios que fabricam medicamentos.

Nesta mesma direção está a psiquiatria organicista que tem como seu maior ícone o DSM, por ela considerado o guia de diagnósticos para transtornos mentais. Este foi criado inicialmente para facilitar diagnósticos, no entanto, constitui-se em uma classificação de transtornos mentais com alguns critérios associados, porém sem nenhuma discussão etiológica e por mais que ele se auto-proclame a-teórico e não etiológico, seu uso dá sustentação a indicações terapêuticas quase sempre medicamentosas, que supõem uma explicação orgânica para a maioria das psicopatologias classificadas neste manual de saúde mental. Além disso não podemos deixar de enfatizar o quanto o aumento de doenças elencadas neste manual psiquiátrico promove também a fabricação de novos psicofármacos e, portanto, a medicalização da vida.

A perspectiva psicanalítica e fenomenológica da psiquiatria simplesmente desapareceu do DSM Há, portanto, um processo de despsicanalização da psiquiatria e uma transtornalização dos sintomas. Consideramos como um agravante o fato de que este manual tenha se tornado uma referência para médicos, psicólogos e outros profissionais que trabalham com a saúde mental. Conforme Quinet, uma prática de diagnóstico que se baseia em um consenso estatístico de termos relativos a transtornos cuja orientação de tratamento é prioritariamente medicamentosa tem como consequência o abandono da clínica que remete os sinais e sintomas a uma estrutura clínica do sujeito.

Consideramos ainda como a pior e a mais nefasta consequência, o fato de que a transtornalização dos sintomas colabora na proliferação de falsos diagnósticos

ao supor um fator biológico ali onde não tem como é o caso do “TDHA”, do “transtorno opositor”, e do autismo entre outros. Tratar como como um transtorno de ordem neurológico-comportamental aquilo que é da ordem do sujeito colabora para uma sentença diagnóstica que condena um número incalculável de crianças a ingressarem em uma carreira de doentes mentais ou deficientes.

Finalizamos nosso trabalho destacando a genialidade freudiana ao criar um método próprio à psicanálise. O discurso psicanalítico é único ao possibilitar a emergência do sujeito na sua relação com a verdade.

REFERÊNCIAS

ALVES-MAZZOTTI, A. J. ; G. F. *O Método nas Ciências Naturais e Sociais*. São Paulo: Pioneira, 1998.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 3. ed. Washington: American Psychiatric Association, 1980.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *DSM IV:* manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

AMSTALDEN, A. L. F.; HOFFMAN, M. C. C. L.; MONTEIRO, T. P. M. A política de saúde mental infanto-juvenil: seus percursos e desafios. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; TANAKA, O. Y. (Org.). *Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS*. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 33–45.

ANDREASEN, N. C. DSM and the death of phenomenology in America: an example of unintended consequences. *Schizophrenia Bulletin*, v. 33, n. 1, p. 108–112, 2007.

ANVISA - AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. *Boletim de farmacoepidemiologia do Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados (SNGPC)*. Brasília, DF, s.n., 2012. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/sngpc/boletins/2012/boletim_sngpc_2_2012_corrigido_2.pdf>. Acesso em: 14 maio 2018.

ARIÈS, P. *História social da criança e da família*. Rio de Janeiro: LTC, 1981.

BARRETO, F. P.; IANNINI, G. Introdução à psicopatologia lacaniana. In: TEIXEIRA, A.; CALDAS, H. (Org.). *Psicopatologia lacaniana*. Belo Horizonte: Ed. Autêntica, 2017. p. 35–54.

BARROS, R. M. M. DE. Algumas considerações sobre educação, ciência e capitalismo: o que pode a psicanálise. In: BARROS, R. M. M. DE; DARRIDA, V. A. (Org.). *Psicanálise e saúde:* entre o Estado e o sujeito. Rio de Janeiro - RJ: Companhia de Freud, 2013. p. 95–114.

BIRMAN, J. Medicalização e sociedade: efeitos de cultura, efeitos de sujeito. In: VIEIRA, P.; ARMANDO, G. G.; MENEZES, L. S. DE (Org.). *Medicação ou medicalização*. São Paulo: Primavera Editorial, 2014. p. 41–55.

BRASIL. Lei nº 13.438, de 26 de abril de 2017. Altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para tornar obrigatória a adoção pelo Sistema Único de Saúde (SUS) de protocolo que estabeleça padrões para a avaliação de riscos para o desenvolvimento psíquico das crianças. *Diário Oficial [da] república Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 27 abr. 2017. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2017/Lei/L13438.htm>. Acesso em: 14 jul. 2017.

BRASIL. Ministério da Educação. *Nota Técnica nº 04/2014/MEC/SECADI/DPEE*. Brasília, DF, 2014. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15898-nott04-secadi-dpee-23012014&category_slug=julho-2014-pdf&Itemid=30192&fbclid= IwAR3QU0kDNejyQyDby-aXt0P9vMDLL68kwi_gr8cVe8x_xu5oWcSPK5Giho8>. Acesso em: 10 fev. 2019.

COSTA, T. *Psicanálise com crianças*. Rio de Janeiro: Zahar, 2007.

COTRIM, G. Filosofia da Ciência. In: COTRIM, G. (Org.). *Fundamentos da Filosofia:* história e grandes temas. 15. ed. São Paulo: Saraiva, 2002. p. 238–255.

ELIA, L. *A dimensão científica da reforma psiquiátrica brasileira - Basaglia com Lacan*. Documento de trabalho, Inédito, 2016.

ELIA, L. *Corpo e Sexualidade em Freud e Lacan*. Rio de Janeiro: Uapê, 1995.

ELIA, L. *O conceito de sujeito*. Rio de Janeiro: Zahar, 2004.

ELIA, L. *Para além da sexualidade:* a psicose na psicanálise. 1992. 429 f. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica). Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1992.

ELIA, L. Psicanálise, campo público e saúde mental: uma articulação necessária entre a política e clínica. In: A PSICANÁLISE NA CIDADE, 2018, Lavras (MG): [s.n.], Lavras: UNILAVRAS, 2018.´

ELIA, L. Psicanálise: clínica & pesquisa. *In*: ALBERTI, S.; ELIA, L. (org.). *Clínica e pesquisa em psicanálise*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2000. p. 19–35.

ELIA, L. *Psicanálise coletiva:* As bases científicas da psicanálise e sua aplicação clínica ao campo da saúde mental pública e coletiva. Projeto de pesquisa vinculado ao Programa Prociência (UERJ-FAPERJ), período 2008-2011, inédito, documento de trabalho, seção Discussão Metodológica. Rio de Janeiro: [s.n.], 2008.

ELIA, L. Comentário sobre: Sobre as motivações e consequências clínico-políticas da Lei 13.438, de maio de 2017. 4 ago. 2017. [Comentário em 4 ago. 2017]. In: *Mad in Brasil*. Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: https://madinbrasil.org/2017/08/sobre-as-motivacoes-e-consequencias-clinico-politicas-da-lei-13-438-de-maio-de-2017/. Acesso em: 28 ago. 2017.

ELIA, L. et al. Impactos da política de saúde mental infantojuvenil na clínica do autismo praticada em rede territorial de cuidado no Rio de Janeiro: diretrizes das políticas públicas e estrutura do dispositivo clínico. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; TANAKA, O. Y. (Org.). *Atenção em Saúde Mental para crianças e adolescentes no SUS*. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 211–229.

FERREIRA, T. *A escrita da clínica:* psicanálise com crianças. Belo Horizonte: Autêntica, 1999.

FIGUEIREDO, L. C. M. Fantasia de medicalização: suas origens, sua força e suas implicaçõesça. In: VIEIRA, P.; ARMANDO, G. G.; MENEZES, L. S. DE (Org.). *Medicação ou medicalização*. São Paulo: Primavera Editorial, 2014. p. 25–40.

FISCHER, R. M. B. Mídia e produção do sujeito: o privado em praça pública. In: FONSECA, T. M. G.; FRANCISCO, D. J. (Org.). *Formas de ser e habitar a contemporaneidade*. Porto Alegre: Ed. UFRGS, 2000. p. 109–120.

FOUCAULT, M. Crise da medicina ou crise da antimedicina. *Verve*, n. 18, p. 167–194, 2010.

FREIRE, A. B.; MALCHER, F. O corpo de consumo entre a ciência e o capitalismo. In: BARROS, R. M. M. DE; DARRIBA, V. A. (Org.). *Psicanálise e saúde:* entre o Estado e o sujeito. Rio de Janeiro: Cia. das Letras, 2015. p. 327–339.

FREUD, S. A questão da análise leiga: diálogo com um interlocutor imparcial (1926). *Inibição, sintoma e angústia:* o futuro de uma ilusão e outros textos (1926-1929). São Paulo: Cia. das Letras, 2014a. p. 124–229.

FREUD, S. *Análise de uma fobia em um menino de cinco anos*. Rio de Janeiro: Imago, 1969a.

FREUD, S. *Inibição, sintoma e angústia:* o futuro de uma ilusão e outros textos (1926-1929). São Paulo: Cia. das Letras, 2014b.

FREUD, S.*O mal-estar na civilização*. Rio de Janeiro: Imago, 1969b.

FREUD, S.*Três ensaios sobre a teoria da sexualidade:* análise fragmentária de uma histeria (“o caso dora”) e outros trabalhos (1901-1905). São Paulo: Cia. das Letras, 2016.

GOTZSCHE, P. C. *Medicamentos mortais e crime organizado*. Porto Alegre: Bookman, 2016.

GUARIDO, R. Notas acerca da medicalização. In: KAMERS, M.; MARIOTTO, R. M. M.; VOLTOLINE, R. (Org.). *Por uma (nova) psicopatologia da infância e da adolescência*. São Paulo: Escuta, 2015. p. 303–312.

HUSSERL, E. *Ideias para uma fenomenologia pura para uma Filosofia fenomenologica*. Aparecida (SP): Ed. Ideias & Letras, 2006.

JASPERS, K. *Psicopatologia Geral*. Rio de Janeiro: Atheneu, 1973.

KAMERS, M. A fabricação da loucura na infância: psiquiatrização do discurso e medicalização da criança. *Estilos Clínicos*, v. 18, n. 1, p. 153–165, 2013.

KLEIN, M. A cituação emocional do bebê. In: KLEIN, M.; RIVIERE, J. (Org.). . *Amor, ódio e reparação*. São Paulo: Ed. da USP, 1975. p. 83–86.

KLEIN, M. Algumas conclusões teóricas sobre a vida emocional do bebê. In: KLEIN, M. et al. (org.). *Os progressos da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1978. p. 216-255.

KOYRÉ, A. Coisas que ninguém nunca viu antes e pensamentos que ninguem teve: a descoberta de novos astros no espaço físico e a mterialização do espaço. In: KOYRÉ, A. (Org.). *Do mundo fechado ao universo infinito*. 4. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006. p. 80–111.

KUHN, T. *Estrutura das Revoluções Científicas*. 13. ed. São Paulo: Persp, 2018.

LACAN, J. A ciência e a verdade. *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998a.

LACAN, J. *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998b.

LACAN, J. O lugar da psicanálise na medicina. *Opção Lacaniana*, v. 32, p. 8–14, 2001.

LACAN, J. *O seminário, Livro 1:* Os escritos técnicos de Freud. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2009.

LACAN, J. *O seminário, Livro 11:* os quatro conceitos fundamentais da psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

LACAN, J. *O seminário, Livro 7:* a ética da psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar, 1997.

LACAN, J. *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 2003.

LAIA, S.; AGUIAR, A. A. DE. Enigma, objetivação e diluição da loucura. In: CALDAS, H. TEIXEIRA, A. (Org.). *Psicopatologia lacaniana*. Belo Horizonte: Autêntica, 2017. p. 13–34.

MARICONDA, P. R. Galileu e a ciência moderna. *Cadernos de Ciências Humanas - Especiaria*, v. 9, n. 16, p. 267–292, 2006.

MASCARENHAS, C. et al. Comentário sobre: Sobre a Lei 13.438: Riscos e desafios. 15 ago. 2017. In. *Psicanalista pela democracia*. Disponível em: <https://psicanalise democracia.com.br/2017/08/sobre-a-lei-13-438-de-26417-riscos-e-desafios/>. Acesso em: 10 fev. 2018.

MAYES, R.; HORWITZ, A. V. DSM-III and the revolution in the classification of mental illness. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, v. 41, n. 3, p. 249–267, 2005.

MILNER, J.-C. *A Obra Clara*. Rio de Janeiro: Zahar, 1996.

POPPER, K. *Conjecturas e refutações*. Brasília: Ed. UnB, 2008.

QUINET, A. *Psicose e laço social:* Esquizofrenia, paranóia e melancolia. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2009.