

A PSICOPATOLOGIZAÇÃO E A MEDICALIZAÇÃO DAS INFÂNCIAS: O QUE PODE A PSICANÁLISE FRENTE AOS EFEITOS DA SEGREGAÇÃO?

*Halanderson Raymisson da Silva Pereira*¹

 <https://orcid.org/0000-0001-5928-4894>

Resumo: A psicopatologização e medicalização das infâncias, apresentam-se contemporaneamente com um caráter epidêmico de proporções nacionais e internacionais. Tornou-se uma questão de saúde pública, na qual as crianças são tomadas como objetos de avaliação e intervenções médico-psiquiátricas, atuantes principalmente na regulação de seus comportamentos e corpos, destituindo-as da posição de sujeitos. É irrefutável que há nichos de mercado em expansão com propostas diagnósticas e terapêuticas, as quais legitimam a si mesmas como ciências verdadeiras, baseadas em evidências. Os demais saberes, como a psicanálise, passam a ser denominadas de pseudociências. A saúde mental é um grande negócio em que para cada novo transtorno, há novos medicamentos e tratamentos. Nesse contexto, o que poderia a psicanálise frente aos efeitos da segregação decorrente da aliança entre o discurso do capitalismo e da ciência? Qual lugar para o discurso do analista na cidade dos discursos, que produzem grupos fechados, novas identidades para esses sujeitos? Ao analista caberia assumir uma posição ortopédica, servindo a ideologia da criança feliz e funcional, ou sustentar a ética do desejo do sujeito inconsciente, não recuando ante a criança que faz com o seu sintoma uma via de preservação de sua singularidade, continuamente ameaça pelos ideais de normalidade.

Palavras-chave: Segregação; Medicalização; Psicopatologização; Infância; Psicanálise.



¹ Doutor em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, professor da Universidade Federal de Rondônia, Porto Velho, RO. E-mail: halandersonpereira@gmail.com

PSYCHOPATHOLOGIZATION AND MEDICALIZATION OF CHILDHOOD: WHAT CAN PSYCHOANALYSIS IN THE FACE OF THE EFFECTS OF SEGREGATION?

Abstract: The psychopathologization and medicalization of childhood is presented in the contemporaneity in an epidemic character of national and international proportions. It has become a public health issue, in which children are taken as objects of evaluation and medical-psychiatric interventions, acting mainly in the regulation of their behaviors and bodies, depriving them of the position of subjects. It is irrefutable that there are expanding market niches with diagnostic and therapeutic proposals, which legitimize themselves as true sciences, evidence-based. The other knowledge, such as psychoanalysis, is now called pseudosciences. Mental health is a big business in which for each new disorder, there are new medications and treatments. In this context, what could psychoanalysis in the face of the effects of segregation resulting from the alliance between the discourse of capitalism and science? What place for the analyst's discourse in the city of discourses, which produce closed groups, new identities for these subjects? The analyst would have to adopt an orthopedic position, serving the ideology of the happy and functional child, or uphold the ethics of the the unconscious subject's desire, not retreating ahead the child who uses his/her symptoms as a means of preserving his/her singularity, continually threatened by the ideals of normality.

Keywords: Segregation; Medicalization; Psychopathologization; Childhood; Psychoanalysis.

PSICOPATOLOGIZACIÓN Y MEDICALIZACIÓN DE LA INFANCIA: ¿QUÉ PUEDE HACER EL PSICOANÁLISIS ANTE LOS EFECTOS DE LA SEGREGACIÓN?

Resumen: La psicopatologización y medicalización de la infancia presenta actualmente un carácter epidémico de proporciones nacionales e internacionales. Se ha convertido en una cuestión de salud pública, en la que los niños son tomados como objetos de evaluación e intervenciones médico-psiquiátricas, actuando principalmente en la regulación de sus conductas y cuerpos, privándolos de la posición de sujetos. Es irrefutable que existen nichos de mercado en expansión con propuestas diagnósticas y terapéuticas, que se legitiman como verdaderas ciencias, basadas en evidencia. Otros tipos de conocimiento, como el psicoanálisis, ahora se denominan pseudociencias. La salud mental es un gran negocio porque para cada nuevo trastorno, existen nuevos medicamentos y tratamientos. En este contexto, ¿qué podría hacer el psicoanálisis frente a los efectos de la segregación resultantes de la alianza entre el discurso del capitalismo y la ciencia? ¿Qué lugar para el discurso del analista en la ciudad de los discursos, que producen grupos cerrados, nuevas identidades para estos sujetos? Correspondería al analista asumir una posición ortopédica, sirviendo a la ideología del infante feliz y funcional, o sosteniendo la ética del deseo del sujeto inconsciente, no retrocediendo ante el niño que utiliza su síntoma como forma de preservar su singularidad, continuamente amenazados por ideales de normalidad.

Palabras clave: Segregación; Medicalización; Psicopatologización; Infancia; Psicoanálisis.

Introdução

Não é mais novidade os fenômenos da patologização e medicalização² da vida. Observa-se nas variadas redes sociais criadores de conteúdos que “viralizam” ao encenar a vida cotidiana dos outros e talvez de si mesmos, marcada pelos excessos de trabalho, uso de substâncias psicoativas, relações conflitivas, dentre outras variações e combinações. Além das tentativas de transformar em comédia a dimensão trágica ou de sofrimento da vida para consumo, também há uma viralização de conteúdos relacionadas a identificação de sinais de disfuncionalidades, sofrimento, transtornos mentais, associadas a práticas terapêuticas, muitas propostas como mais científicas do que outras. A saúde mental, afinal, tornou-se um grande negócio, principalmente quando identificamos o aumento exponencial do número de diagnósticos na infância e sua consequente medicalização.

A medicalização, embora viralizada, não é um fenômeno contemporâneo. A partir do século XVIII com o crescente aglomerado urbano na França, nascem as práticas higienistas, que pretendiam uma normalização social, unificação do corpo urbano, por meio da medicalização. As concepções de normalidade e patologia, a hegemonia biologicista, veiculada ao discurso médico-psiquiátrico, foram ingredientes de base, para que houvesse uma instauração da psicopatologização e medicalização da existência (Kamers, 2015).

A psiquiatria biológica, como tendência hegemônica no campo psiquiátrico, e o avanço da psicofarmacologia, articularam-se como as principais propostas interventivas aos comportamentos considerados disfuncionais, muitos deles vinculados à produção de queixas escolares e ao sofrimento psíquico de crianças e adolescentes. Como resultante dessa relação e da articulação de outros fatores socioculturais, observa-se na contemporaneidade uma pulverização diagnóstica de transtornos mentais e um alastramento da medicalização da vida (Cruz *et al.*, 2016; Benedetti *et al.*, 2018).

Em uma revisão sistemática de literatura de publicações dos últimos treze anos nas bases de dados *Lilacs/Bireme*, *SciELO*, *PubMed/Medline*, *Scopus* e *Web of Science*,

² Acepção que será tomada nesse trabalho como transformações de comportamentos considerados transgressivos e desviantes em transtornos mentais, associadas ao controle social e imperialismo médico, em consonância com os apontamentos de Ortega e Bezerra Júnior (2014).

Thiengo *et al.* (2015) identificaram que os transtornos mentais mais prevalentes na infância e adolescência encontrados nos estudos foram: depressão, transtornos de ansiedade, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), transtornos por uso de substâncias e transtorno de conduta. Estes transtornos estavam diretamente relacionados a fatores genéticos, biológicos e ambientais, como sexo masculino, histórico familiar de transtorno mental, violência familiar e comunitária e configuração familiar.

A pandemia causada pela COVID 19, por sua vez, também contribuiu significativamente para o agravamento dos quadros de sofrimento psíquico na população mundial, principalmente de crianças e adolescentes, que conforme revisão de literatura de Thiengo *et al.* (2015), já se destacavam nessa temática. Segundo o relatório *The State of the World's Children 2021; On My Mind: promoting, protecting and caring for children's mental health*, cuja pesquisa contou com a participação de 21 países, dentre eles o Brasil, estima-se que mundialmente mais de um em cada sete meninos e meninas com idade entre 10 e 19 anos viva com algum transtorno mental diagnosticado, nas quais ansiedade e depressão representam cerca de 40%, seguidos por déficit de atenção/ hiperatividade, transtorno de conduta, deficiência intelectual, transtorno bipolar, transtornos alimentares, autismo, esquizofrenia e transtornos de personalidade. Soma-se a esse dado aproximadamente 46 mil mortes por suicídio de adolescentes, uma das cinco principais causas de morte nessa faixa etária, estando atrás de mortes causada por acidente de trânsito, tuberculose e violência interpessoal.

No Brasil, os dados sinalizaram que 22% dos adolescentes e jovens entrevistados, entre 15 e 24 anos, relataram que em diversas ocasiões se sentiram deprimidos e com pouco interesse em manter atividades cotidianas. O relatório ainda denuncia os baixos financiamentos de políticas nessa área, sendo que apenas 2% dos orçamentos governamentais de saúde são destinados para gastos com saúde mental em todo o mundo. Ao voltarmos o olhar para o contexto brasileiro, encontramos um déficit histórico de investimento na saúde mental, cuja população infantojuvenil entra como pauta das agendas políticas no final dos anos 80.

A atenção psicossocial no campo da saúde mental infantojuvenil no Brasil é tardia em relação à população adulta (Couto; Delgado, 2015; Taño; Matsukura, 2015). Até o século XIX, os comportamentos não aceitáveis de crianças e adolescentes eram prontamente associados à loucura. O destino desses sujeitos eram os hospitais

psiquiátricos, nos quais compartilhavam o espaço e os “tratamentos” ofertados (Pereira; Duarte; Santos, 2022). Foi apenas com os movimentos sociais da Reforma Sanitária e Psiquiátrica, da promulgação da Constituição de 1988 e do Estatuto da Criança e do adolescente (1990), do movimento antimanicomial e dos trabalhadores de saúde mental, dentre outros, que há início de transformações.

Os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis (CAPSij) começam a surgir a partir do ano 2000, sendo somente em 2004 instituído o Fórum de Saúde Mental Infantojuvenil com a proposta de construir de forma intersetorial e coletiva as principais bases de uma política pública de saúde mental a essa população.

Em 2011, o Ministério da Saúde instituiu, através da Portaria nº 3.088, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), com o objetivo de ampliar os pontos de atenção à saúde para pessoas em sofrimento psíquico e com necessidades provenientes do uso de álcool e outras drogas no Sistema Único de Saúde – SUS, priorizando os grupos mais vulneráveis como crianças e adolescentes. Seguidamente, foram implementadas ações de fortalecimento da rede da Atenção Básica no cuidado em saúde mental infantojuvenil, articulando estratégias intersetoriais no âmbito da educação (Brasil, 2014).

É irrefutável o avanço teórico-prático e político na área de saúde mental de crianças e adolescentes, mas como todas as políticas sociais no contexto brasileiro, principalmente na última década, foi impactada pelo corte orçamentário, precarização das condições de trabalho e atravessada por concepções ideológicas, marcadas por ideias higienistas e de ajustamento aos ideais sociais (Marques *et al.*, 2019).

Não é intenção desse trabalho suscitar uma discussão das ações do Estado no campo da assistência à saúde mental, mas, coloca-se em relevo que mesmo com a visibilização do público infantojuvenil, ainda há déficits quantitativos e qualitativos no atendimento de crianças e adolescentes em intenso sofrimento. Os CAPS, de acordo com Taños e Matsukura (2015), não conseguiram atender efetivamente estas demandas tendo como referência a atenção integral à saúde. Além disso, o público prioritário desses dispositivos de saúde, refere-se a sujeitos em intenso sofrimento psíquico e, quanto aqueles que não são enquadrados nesse critério, qual seria o lugar de acolhimento e atendimento de outros tipos de sofrimento?

Temos uma produção crítica significativa acerca de práticas disciplinares nas escolas e das constituições de saberes *psi* acerca da temática infância, porém, que não

conseguiram fazer obstáculo ao avanço do fenômeno da psiquiatrização e medicalização da infância. O capitalismo em sua voracidade, abocanha tudo que for possível de ser tornar consumível e ao aliar-se ao discurso científico, agencia e produz novas formas de controle. O cuidado da criança, como observado, não está mais restrito a família ou a escola, o discurso médico a captura, propõe um outro tipo de vigilância, aperfeiçoando técnicas de observação, classificação e análise de comportamentos. A cultura do cuidado à infância, por meio das instituições que agenciam esse discurso, passam a sustentar as intervenções médico-psiquiátricas como um dispositivo disciplinar sobre as famílias e crianças. É em nome da inclusão e dos direitos das crianças e adolescentes, considerados vulneráveis, que se produz, processos de exclusão Kamres (2015).

O texto de Lacan (1967) *Alocuções sobre as psicoses da criança*, já nos apontava as consequências da íntima relação entre o discurso científico e capitalista, cujos produtos propõe a universalização e homogeneização dos indivíduos. Lacan, se estivesse entre nós, poderia ter nomeado essa injunção como “viral”. Curiosamente, geralmente um vírus precisa de um certo tempo de incubação entre a exposição de um ser vivo a um organismo patogênico e a manifestação da doença. Passados mais de 50 anos, temos uma viralização insidiosa de discursos que criam, produzem, reproduzem e lucram com o adoecimento/ sofrimento. Embora a expressão criança generalizada aponte para uma pluralidade de leituras possíveis, neste trabalho, pretendo trazer algumas provocações sobre esses efeitos da criança generalizada na clínica e na cidade dos discursos, mas não como se fossem lugares desconexos, mas que são infiltrados, povoados por discursos que emudecem e silenciam o sujeito-criança, tomando-o como objeto de gozo.

A patologização e medicalização da vida - efeitos da segregação

Retomemos aqui o significante *segregação* e insiramos outra expressão instigante proposta por Lacan, *a criança generalizada*. O primeiro termo é empregado ainda de uma forma muito controversa no meio psicanalítico, talvez por não se apresentar como um conceito fundamental ou fazer parte da língua cotidiana da psicanálise (Askofaré, 2009). Segundo Fontenele, Souza e Lima (2018), Lacan fez referência a esse termo em três momentos: na primeira versão da Proposição de 09 de outubro sobre o psicanalista da Escola (1967), no Pequeno discurso aos psiquiatras de Sainte-Anne (1967) e no capítulo

sete do seminário XVII – o avesso da psicanálise (1967). Contudo, destacaremos as problemáticas levantadas na jornada, sob organização de Maud Mannoni nos dias 21 e 22 de outubro de 1967, dias após a *Proposição*, cujo tema foi “a criança e a psicose” em que Lacan fez uso do termo segregação e criança generalizada.

Estiveram presentes no referido evento representantes do movimento antipsiquiatria, cuja pauta abordada por Lacan marcava as práticas institucionais e o tratamento dirigido ao sujeito psicótico, além de abordar questões sobre o futuro da prática analítica. Soler (2018) faz uma observação importante sobre esse Colóquio, na qual Lacan antes mesmo de falar sobre a criança e o psicótico, destaca como primeira urgência o que psiquiatra e o psicanalista terão de fazer frente à conjuntura da época. Enfatiza que as consequências desse evento surgiram em dezembro de 1968 em *Recherches Infância Alienada II*, “[...] a primeira indicação que Lacan dá é que não se pode ignorar que a clínica e o tratamento individual são indissociáveis daquilo que eu havia chamado há muito tempo, a clínica do discurso, isto é, do laço social dominante” (Soler, 2018, p. 14). Essa inferência de Soler terá outra volta mais à frente neste trabalho, mas já se pode depreender aqui o esforço de Lacan em destacar a oposição do discurso do analista do discurso da ciência, mas sem apagar a segregação com um problema insolúvel, pois trata-se de uma consequência da própria estrutura do discurso.

O problema da segregação na intervenção de Lacan em 1967, diz Soler (2018, p.18), situava-se “[...] como algo prévio a toda concepção de análise de crianças”. No curso da análise que faz, a autora, reitera que “[...] a clínica dos sujeitos, com os sintomas de gozo que lhes faz o inconsciente, é inseparável do estado dos laços sociais que nada mais são que o tratamento coletivo do gozo” (Soler, 2018, p.18). Essa é uma condição que se impõe a todo falante, mas uma diferença crucial entre um adulto e uma criança é que ela está muito mais à mercê do Outro, dos Outros, de forma real e simbólica. Soler segue destacando que para se saber de algo sobre o ser da criança, fazendo ressalva ao empenho dessa expressão, “[...] se questiona o que ele é para o Outro, para esses outros que falam cada qual um dialeto do discurso de seu tempo, de sua sociedade” (Soler, 2018, p.18).

Lacan destacou a oposição do discurso do analista ao discurso da ciência. Ao final da conferência anuncia que deixaria de tratar de questões teóricas para borderar o impasse dos problemas da época, assim emprega o termo *criança generalizada*. Com essa expressão, o autor remete a posição estrutural da criança como objeto de gozo do Outro à

posição de objeto em que o homem é posto pelo discurso da ciência e do capitalismo (Formigoni, 2017). Sobre esta questão, Pacheco (2022), enfatiza os desafios da clínica psicanalítica com crianças ao longo da história, cujo risco que sempre se presentifica é o de anular o conceito de infantil, sobrepondo a ele a ideia de infância, arraigada por concepções desenvolvimentais. À psicanálise de uma forma geral, afirma a autora, poderia recair em um “murmúrio lucrativo” e a psicanálise com crianças em uma “pedagogização do sexo”.

A própria história do campo psicanalítica com crianças, de acordo com Zornig (2008), também se enreda por querelas, dentre as quais podemos destacar duas grandes inclinações: uma derivada de Anna Freud, a qual se apoiou em uma certa psicologia do desenvolvimento, localizando na criança uma fraqueza egóica, na qual a função do analista seria adequar, educá-la, egoicamente à realidade externa. A segunda, tem como base as perspectivas kleiniana ou lacaniana, que marca os mesmos parâmetros para as clínicas de crianças e adultos, pois a questão posta se relaciona a escuta do sujeito inconsciente.

A condição da criança de extrema dependência dos pais, responsáveis ou instituições, impõe a clínica psicanalítica múltiplos desafios, pois há demandas de muitos outros, principalmente sobre o funcionamento desse ser considerado em desenvolvimento, ou seja, que ainda não é ou que talvez chegue lá, caso preencha critérios, principalmente veiculados as ideias de normalidade e desenvolvimento. A criança dificilmente buscará uma análise, mas sempre terá alguém para queixar-se dela. A sobreposição de demandas, narrativas de sofrimento, a princípio, colocam uma questão preliminar: quem está sofrendo? A criança ou quem busca para ela atendimento?

Nesse sentido, não há como não atender crianças sem ouvir quem delas se ocupa. Primeiramente, pois ela depende desses outros para ser levada a análise e por outra via, podem, e isso acontece com certa frequência, oferecer alguma resistência ao ponto de tirá-las do tratamento. Isso independe se é na clínica privada ou atendimento em qualquer outra instituição, principalmente de saúde. Além disso, escutar os pais, mães, esses que se ocupam de uma criança, que não a deixam morrer e, às vezes dificultam que viva, indica que esse sujeito singular se constitui em uma estrutura familiar, que a colocará, caso prossiga em sua análise, diante da questão do lugar que ocupa no desejo e no discurso desses outros.

Para que o sujeito possa se constituir é vital que esse desejo não seja anônimo, como indica Lacan (1969), ou seja, no início da vida, toda demanda não se refere apenas a satisfação de necessidades, mas também demanda de amor. Essa demanda de amor, de reconhecimento, lança a criança em uma história familiar, com a qual se identifica. Marca-se na criança demandas e desejos parentais, como indica Freud (1976) em uma carta a Fliess, indicando que o amor dos pais nada mais é do que um retorno e reprodução de seu próprio narcisismo. As aspirações dos pais colocam a criança em um lugar idealizado, sua majestade o bebê, compensado assim suas frustrações, a criança que não foram para seus pais (Freud, 2010). Então teríamos um certo embaraço inicial na clínica com crianças sobre a questão de quem tratamos e do que é tratado. Um embaraço preliminar, que pode ser diluído na medida em que há um seguir adiante na escuta da criança como sujeito de sua análise. O discurso parental, portanto, não deve ser tomado apenas como uma história da criança e da relação com seus cuidadores, mas como uma possibilidade de escutar sobre a posição da criança na fantasia parental, cabendo ao analista nessa experiência suportar a transferência dos pais e da criança (Zornig, 1991).

Os pais da criança, tem um papel importante no desencadeamento dos sintomas da criança, pois ela fixa sua existência num lugar determinado pelos pais em seu sistema de fantasias e desejos. “A criança procura responder ao enigma dos significantes obscuros propostos pelos adultos, se identificando ao que julga ser objeto do desejo materno, tentando preencher a falta estrutural do Outro e evitar a angústia de castração” (Zornig, 1991, p. 127).

A família, independente de sua configuração, pois temos muitas configurações familiares, inclusive reconhecidas juridicamente como homoparentais, monoparentais, recompostas, dentre outras, ainda é um lugar importante, do qual o sujeito extrai sua filiação ao simbólico. Mesmo em instituições que se proponham a cuidar de crianças e adolescentes em processos de adoção, como unidades de acolhimento institucional, nas quais não há sujeitos que se nomeiem como pai ou mãe, não quer dizer que não desempenhem essas funções ou que tragam em seus discursos, materializados em práticas de cuidado, as referências familiares.

Machado (2016, p. 278) apresenta uma família que interessa a psicanálise, que não se trata necessariamente daquela reconhecida socialmente, marcada por processos históricos e culturais dos agrupamentos humanos:

[...] a família que interessa à psicanálise é o palco onde o drama edípico se realiza, onde o sujeito se constitui e onde estão presentes, não propriamente o pai, a mãe e o filho, mas o sujeito, o grande Outro, o objeto *a* e o operador fálico que movimenta a estrutura. Ou seja, a função da mãe, a função do pai e o sujeito que nessa cena constitui-se como sintoma que revela a transmissão inconsciente: a verdade de gozo do par parental, bem como, em alguns casos, também a captura do sujeito na fantasia da mãe.

Lacan (1969), em “Duas notas sobre a criança”, apresenta a criança como respondente ao que existe de sintomático na estrutura familiar, podendo se posicionar em duas vertentes: ou a criança responde o que existe de sintomático na estrutura familiar e neste contexto seu sintoma representa a verdade do desejo parental; ou o sintoma corresponde à subjetividade da mãe, em que a criança é tomada como correlativo de um fantasma, obturando a falta em que se especifica o desejo materno, realizando a presença do objeto *a* na fantasia.

No primeiro caso, para Lacan, há mais potencialidade para uma intervenção psicanalítica, pois existe uma distância entre a criança e a mãe, operada pela função simbólica (metáfora paterna). Esta distância instala um Outro com falta, que se poderá imaginariamente suturar, mas que será um Outro do qual se podem separar objetos, em que o sujeito possa se situar. A outra vertente seria do campo da psicose, em que a criança é fusionada à mãe, não havendo a mediação de um terceiro, estando subordinada ao desejo caprichoso materno. Assim, desdobra-se dois níveis de intervenção: interpretar a criança apenas como sintoma dos pais, o que justifica uma intervenção a nível familiar ou se interessar pela verdade do sujeito e se constituir numa prática de subjetivação (Machado, 2016).

Para a psicanálise, então, haveria uma “boa família”? Para Machado (2016, p. 279), é possível retratar algo dessa ordem para psicanálise, que não tem relação com sua configuração, mas com o que ela pode ofertar em termos de constituição: “[...] a boa família é aquela no seio da qual o sujeito se constitui, consegue se contar em uma linhagem, e da qual ele poderá construir a necessária separação”.

Aparentemente, há um impasse ou risco ao tomarmos apenas uma vertente estritamente clínica e outra que põe em jogo os pais que se apresentam na realidade. Não esqueçamos que as queixas dos pais se articulam aos discursos que propõe um eu-ideal proposto pela ideologia. A criança não é falada apenas pelos pais, mas os pais falam da

criança a partir dos signos ofertados pela pluralidade discursiva em que estão imersos. A cultura da infância apresenta uma criança feliz, realizada, atendida em suas necessidades, em exercício pleno de direitos e que se desenvolva dentro de um parâmetro de normalidade e funcionamento. Essa criança não existe, obviamente, mas nem por isso deixa de ser falada e utilizada como um escrutínio. O sintoma da criança pode denunciar a não conformidade com o ideal social de “ser uma criança feliz”, demonstrando, por meio de sua angústia, o confronto com a castração e a perda da possibilidade de se colocar como objeto de desejo do Outro. A criança *a-sintomática* é uma criança segregada para psicanálise.

E quanto a nós, psicanalistas, como responderemos a essa segregação sem precedentes? Sustentando o discurso do analista ou subvertendo-o, para amoldar-se a práticas que excluem a concepção do sujeito do inconsciente? Não é raro termos notícias de supostos analistas que anunciam as boas novas de uma psicanálise neurocientífica, baseada em evidências. Seria essa uma forma de manter viva, sob uma roupagem modernizada da psicanálise, sua presença na *pólis*, ou também um dos efeitos da criança generalizada, subsumida pela relação do discurso da ciência e do capitalismo? Nas práticas privadas e nas políticas públicas, principalmente em saúde, observa-se a tentativa de apagamento das práticas psicanalíticas ou por ela orientadas sob a alcunha de pseudociência, careira, não pragmática, dentre outras adjetivações. Analistas em formação, não raramente se encolhem diante do discurso biomédico, e como estratégia de sobrevivência, incorporam práticas que se contrapõem radicalmente aos postulados da própria psicanálise, como emprego de métodos como Análise do Comportamento Aplicada

- ABA, pedagogização da criança e educação dos pais, roteirização de atendimentos, emprego de manuais diagnósticos e protocolos comportamentais, dentre outras associações controversas. Fiz um destaque para os analistas em formação, considerando que há uma multiplicidade de psicanálises, em que algumas tem mercantilizado o significante psicanálise, vendendo a formação como mais um produto que pode ser consumido, agora a preços módicos, não mais como um possível efeito de análise ou percurso formativo. Acompanhamos atualmente uma nova tentativa de formalização da psicanálise como um curso de graduação. A formação do analista, nesse sentido, sempre deve ser uma pauta importante, independente da Escola em que recolhe orientação, pois os discursos atravessam nossas práticas clínicas nos consultórios e instituições pelas quais passamos.

Assim como a posição estrutural da criança como objeto de gozo do Outro, por alusão, o ser humano, um(a) analista não advertido(a), pode ser capturado pelo discurso da ciência e do capitalismo. Para não “perder” pacientes, incorpora em suas práticas discursos outros que não sustentam a inexistência da relação sexual, o ser-para-o-sexo. Na clínica com crianças não se trata de tomar a criança como objeto, a ser cuidado, educado, contido, mas como sujeito, portanto, não há proporção sexual. Ouvir a demanda dos pais, familiares e da criança, não implica em respondê-la como é formulada, mas de promover ali uma questão, sobre o pedido, da posição de gozo do *falasser*.

Pablo Peusner (2021) reitera a aposta do(a) analista em não retroceder antes a criança, de fazer presente o desejo do analista. O que isso quer dizer? Se o desejo do analista pode ser condensando em querer ouvir seus analisantes, como isso ocorreria na clínica com esses sujeitos, carregadas às clínicas, instituições, pelos familiares, pelos discursos, com sintomas pré-fabricados? Nas instituições, principalmente de saúde mental, os sujeitos são apresentados por seus supostos índices psicopatológicos, os quais se tornam o mote da construção de condutas terapêuticas. As crianças geralmente passam a ser tratadas a partir de sintomas e diagnósticos pré-fabricados. Ora, o sintoma analítico para que se complete, instaurando a transferência, necessita que haja endereçamento a figura do analista a partir da suposição de um saber. Contudo, na clínica com crianças, Peusner (2021, p. 31), destaca que há um sintoma diferente “definido, localizado e sancionado de fora por algum outro, não revestido para seu portador desse caráter de incompletude que prefigura o lugar do analista”. Alerta que nesses casos, não convém uma interrogação rápida dos sintomas apresentados, antes de se estabelecer um lugar operativo na transferência. Enquanto os demais discursos operam no ataque ao sintoma, a hipótese psicanalítica sustenta que há nele uma função, uma mensagem enigmática, que pede deciframento.

Se o analista ataca apressadamente o sintoma apresentado, sem ouvir o sujeito-criança, de um outro lugar, este se ocupará de uma posição de avaliador, tomando-o como objeto de avaliação, na qual quase sempre reprova. Nesses casos, Peusner (2021, p. 32) evoca a importância do estabelecimento do dispositivo da presença dos pais e parentes ao destacar que “*sem influxo analítico sobre os pais e parentes, sem um dispositivo que instale sua presença na análise das crianças, é praticamente impossível sustentar o*

trabalho sem remissão do sintoma – bem como sustentá-lo quando o sintoma tenha desaparecido.

Para o estabelecimento de uma região transferencial, a clínica com crianças não seria possível sem os pais, parentes, responsáveis diretos. Caso estejam à margem dessa região, poderão precocemente interromper as análises e tratamentos, mesmo em contextos institucionais.

Nos consultórios particulares ou nas instituições, o efeito discursivo da criança generalizada se apresenta quando ouvimos ou recebemos diagnósticos prévios ou massivas identificações com determinados conjuntos: sou mãe atípica, meu filho é autista, a escola disse que meu filho tem TOD, me orientaram a ir com um neuropsicólogo. A peregrinação e busca por especialistas em um mercado cada vez mais acirrado pode repercutir em uma desimplicação com o que faz sofrer, com o próprio gozo. Os familiares de crianças e adolescentes buscam resultados, que estão referidos a eliminação das diferenças, e uma homogeneização do sujeito. Ao considerar esses cenários, apresento um recorte da clínica que me pôs a trabalhar sobre essa leitura da criança como uma figura de segregação.

Um luto pelo “casca de bala”? O que eu tenho é tristeza.

Recebo em meu consultório Thullio³, uma criança de nove anos de idade, cuja queixa apresentada pela mãe e padrasto era de luto pela perda de um amigo de doze anos, que havia falecido há aproximadamente um ano. Antes de recebê-lo, marco um horário para ouvir os pais sobre o que poderiam me dizer sobre a busca de tratamento para o filho. Brevemente, informaram-me que ele estava em luto há *‘tempo demais’*, além de apresentar comportamento agressivo. É importante destacar que o movimento inicial pela busca de tratamento não partiu da mãe e do seu companheiro, mas de uma tia materna que entrou em contato comigo por telefone.

Havia certa urgência da mãe em resolver o problema do filho e da sua outra filha, de cinco anos de idade, que suspeitava ser autista, pois, segundo ela, era uma menina que fazia muita birra, que se isolava e tinha comportamentos estranhos: *‘eu estou agendando atendimento no CAPS para os dois. Um está nesse luto que não acaba, já falei para ele esquecer isso e seguir a vida. A outra parece uma louca, faz tudo do jeito que ela quer. A*

³ Nome atribuído a criança em virtude da música “Casca de bala”, cujo nome do artista que a canta é Thulio.

escola vive me pedindo laudo dela e dele. Dei umas pesquisadas na internet e as coisas batem, um deve ter TOD e a outra é autista'.

Antes de ouvir pela primeira vez a criança, escuto sua mãe e padrasto duas vezes. Na primeira escuta, apenas houve uma queixa da mãe ao luto do filho, seguida por queixas sucessivas em relação ao seu companheiro, que demonstrava passividade diante das acusações. Quando ele conseguia verbalizar, dizia que o comportamento retraído e eventualmente agressivo da criança estava não só relacionado a perda, a mudança que fizeram de casa e do bairro que moravam, mas tinha referência aos constantes conflitos que havia na relação conjugal. Ao final da segunda entrevista, o padrasto disse: *ela não me permite ser pai dele, como não deixou que o pai biológico também fosse, apenas ela é quem sabe o que é melhor para ele.*

Recebo Thulio e a primeira pergunta que me faz é se ele podia falar ali, respondo que sim, que aquele era um lugar para falar. *'Eu posso falar sobre o amigo que perdi? Seguiu sem aguardar uma resposta [...] Minha mãe disse que eu devo esquecer dele agora, enquanto sou criança, para lembrar dele quando for adulto. Minha mãe fala coisas sem sentido. Como eu posso esquecer dele agora para lembrar depois? Estou vivendo é agora e não depois. Depois, eu não sei [...] Minha mãe vive dizendo para todo mundo que eu tenho depressão (faz silêncio por algum tempo) [...], mas eu não tenho isso, o que eu tenho é tristeza, eu perdi um irmão para mim, eu perdi um grande amigo. Eu perdi o meu casco de bala (chora).* Pergunto, o que ele queria dizer com aquela expressão. Olha para mim e sorri. O senhor nunca ouviu? É a música. Cantorolou para mim um trecho e sorrimos. Continuou a falar em seguida: *Então doutor, o que eu tenho é tristeza e raiva. Desde que meu amigo morreu meus sonhos são pretos, escuros. Sabe, eu até tentei achar outro, um outro casco de bala. Eu fui tentando fazer com que outros colegas fossem como ele, mas sabe o que aprendi? [...] que isso não dá certo, só existiu ele. Os outros não são pessoas ruins, não é isso doutor, mas não são como meu parsa. Ele tinha 12 anos quando morreu, não viveu nada, mas foi feliz com o que deu, né... Minha mãe não me entende por que não quer entender [...] Sinto raiva dela, mas também a amo, só que ela confunde as coisas... estou te dizendo doutor, essa mulher não entende a diferença das coisas. Uma coisa é amar, outra coisa é aceitar tudo que ela quer. Nem tudo é bom e eu me defendo, não vou deixar ela falar do jeito que quiser comigo não, eu sei me defender [...]* (faz uma pausa).

Foi a única vez que pude ouvir Thullio, seus pais se separaram novamente, o que implicou em uma reorganização da família. Mesmo propondo alternativas de horários e valores, a mãe respondeu, por mensagem, que agradecia minha *boa vontade* em atender o filho, mas que no momento estava preocupada com outras coisas e seguiria com o atendimento no CAPS, pois lá *dão laudos e medicamentos*.

Na prática clínica com crianças em consultórios particulares ou instituições públicas de saúde, como se observa na literatura, identifica-se uma massiva demanda por confirmações diagnósticas. Estamos imersos em uma cultura, na qual o ato de diagnosticar está ao alcance de todos, não apenas dos especialistas. Basta identificar os sinais de desvios de uma norma convencionada ou estatisticamente estabelecida para conferir um possível transtorno mental. Essas suposições podem ser posteriormente chanceladas por um especialista, que não raramente escuta os sintomas, inferidos de um corpo que padece e se rebela, desvinculando-os das experiências subjetivas que os constituem.

A medicalização da vida começa cada vez mais cedo. Como destacado, Lacan já apontavam na década de 60 para a segregação como um dos efeitos desse enlaçamento do discurso científico e do capitalismo que exclui o sujeito barrado. A criança-sujeito, diminuída ou silenciada pela possibilidade de dizer, construir, contar e recontar sua história, é tomada como objeto de saber, objeto de gozo, cujas marcas de sua singularidade, estranhezas e rebeldia, são rapidamente lidas como sinais psicopatológicos e de disfuncionalidade, passando a fazer parte de conjuntos fechados: neurodivergentes, atípicas, infratoras, disfuncionais. As ciências baseadas em evidências, por sua vez, coroam a si mesmas como legítimas para produção de processos diagnósticos e interventivos nesses casos, descredibilizando outras ciências sob a alcunha de pseudociências, como a psicanálise.

Para Colette Soler (2018), não se pode ignorar que a clínica e o tratamento individual são indissociáveis da clínica do discurso, ou seja, do laço social dominante. As promessas de resolução rápidas, por meio da oferta mercantilizada de laudos e medicamentos, subvertem até mesmo as concepções dos dispositivos em saúde mental, como os Centros de Atenção psicossocial - CAPS, constituídos pelas ideias da luta antimanicomial e reforma psiquiátrica. A fala da mãe de Thullio sobre esse dispositivo, o qual oferta laudo e medicamentos, pode ser escutado como um dos desdobramentos dos efeitos de segregação. Há uma contundente possibilidade de que caso essa mãe tenha

acesso ao CAPS, a tristeza de seu filho e a suposta loucura da filha podem ser enquadradas como condições passíveis de serem medicadas, sem uma leitura crítica sobre as condições do surgimento dessas expressões de sofrimento. Diagnosticar, laudar e o medicar, referem-se a atos homogeneizantes, que excluem o sujeito do inconsciente, com seu dizer, sua história e singularidades.

Diante do suposto fracasso dos filhos no aspecto moral, educativo e relacionado a saúde, a figura materna, principalmente a mãe/ mulher, sem sido também culpabilizada historicamente. Os discursos que circulam sobre famílias desestruturadas, partindo do princípio de que há um modelo de referência que possui uma estrutura, agenciam práticas de vigilância e controle das famílias pelo próprio Estado, com destaque para aqueles que são compreendidas como desajustadas aos ideais do protótipo da família burguesa constituída por pai, mãe e filhos (Pereira; Pizzinato; Artech, 2024).

O que pude extrair do recorte clínico a respeito da mãe de Thulio, figura os impasses cotidianos que muitas mulheres enfrentam ao se dividirem nos cuidados aos filhos e nas experiências de relacionamentos amorosos, em que são afetadas pelas desigualdades sociais e de gênero circunscritas pelos contextos em que vivem. Para saber mais sobre sua posição subjetiva em relação ao filho e sua suposta não autorização de que um pai ocupe um lugar, seria necessário ouvi-la mais, em sua singularidade e não apenas nas queixas que apresentou. Contudo, as circunstâncias da sua vida e a decisão de procurar uma resposta mais rápida para as questões que lhe afligiam em relação aos filhos, mesmo que tivessem relacionadas às suas próprias questões, retiraram Thulio do tratamento. A minha *boa vontade*, segundo a mãe, não fez frente às promessas de respostas rápidas ao mal-estar. O discurso patologizante nomeia arbitrariamente as experiências de sofrimento ou possíveis questões dos sujeitos. O laço social é, por sua vez, fragilizado, degradado, pois as diferenças são apagadas. Um filho questionador é relido como uma criança com TOD, que precisa de tratamento que a mantenha identificada ao universal da Criança.

Soler (2018, p. 20) indica que “[...] esse tratamento das massas, do número, pela segregação, é uma consequência direta da degradação dos laços sociais”. Ainda enfatiza que quando os laços se desfazem, sobra a massa, um agregado de indivíduos, “[...] então, na massa do ‘todos criança’, eis aí uma fórmula de paridade; a segregação é, assim, o único modo de tratamento da coabitação, o tratamento pela divisão real do espaço”. O laço social, por sua vez, possibilita a coabitação dos corpos, permite o viver juntos, pois todo

laço social implica uma disparidade, comportando o não todos iguais. “Na ordem social é ao preço de uma desigualdade principal que uma ordem linguageira se instaura: na falta disso, resta a segregação” (Soler, 2018, p. 20).

A ética da psicanálise é contrária a segregação justamente por ser orientada pelo impossível de universalizar. Pais, mãe, responsáveis por crianças, bem como instituições que delas se ocupam, são atravessadas por saberes sobre a Criança, como um significante absorvido pelo Mestre, que agencia, de acordo com Pacheco (2022) os saberes psi.

Uma conclusão não-toda

É irrefutável o progresso da ciência na vida dos sujeitos, mas proporcionalmente, é irrefutável as segregações que dele se origina. As instituições asilares, manicomiais, não desapareceram completamente, sofreram processos de transformações sofisticadas, elevadas a formalizações discursivas que não necessitam mais levantar muros para contenção das loucuras e aprisionamento de corpos. A medicalização condensou em pílulas um novo cárcere. A criança e o louco na cidade dos discursos são ditos por outros, que não ouvem a singularidade dos sujeitos, pois há índices, conjuntos fechados, que os encerra sob a insígnia do bem-estar e da saúde mental. As diferenças, as subjetividades, são apagadas e renomeadas como anormalidades, transtornos mentais.

Ao considerar o dispositivo da presença dos pais e parentes, discutido por Peusner, poderíamos analogamente prolongar essa região transferencial às instituições ao considerar a presença de outros sujeitos com seus discursos, que também se ocupam do tratamento da criança, como médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais. Há muito mais desses outros do que analistas nas instituições, ou aqueles que atuam sob efeitos do discurso do analista, o que não inviabiliza um trabalho pela causa analítica, mas apresenta seus desafios. O que poderia ser uma guerra pelo objeto-criança em busca de sua cura, poderia ser uma aposta de escuta que considere, para além das suas questões desenvolvimentais, um lugar para que o sujeito possa dizer de si, do seu gozo, de suas questões.

A experiência clínica evidencia que as crianças se engajam com muito mais facilidade a associação livre do que os adultos. Oferecem palavras e o próprio corpo na construção de brincadeiras, construção de histórias e estórias, sem a preocupação dos sentidos atribuídos ao dizer, fazendo uso livre da linguagem. Com adultos, é necessário um

percurso considerável para se chegar à fantasia, com a criança, ela nos é ofertada nas elaborações fantásticas que produzem. A presença do discurso do analista pode funcionar como um freio ao saber pré-existente, nosológico e massificado, e principalmente do eu, que dificulta a comunicação inconsciente.

A pergunta que inaugura o manuscrito encontra aqui uma resposta não-toda da psicanálise aos efeitos da segregação na organização social e nas suas incidências no laço com o outro. Não recuar frente a clínica com crianças, refere-se a sustentar a ética da psicanálise, do *um* a *um*, fazendo frente as figuras de segregação, dentre elas a criança da ciência tomada como um objeto de saber sem sujeito.

Referências

ASKOFARÉ, Sidi. Aspectos da segregação. *A peste*, São Paulo, n. 2, p. 345-354, 2009. Disponível em: <http://revistas.pucsp.br/index.php/apeste/article/view/6287/4621>. Acesso em: 20 out. 2024.

BENEDETTI, Mariana; BEZERRA, Danielle Mirian Marques de Moura; TELLES, Maria Carolina Guimarães; LIMA, Luis Antonio Gomes de. Medicalização e educação: análise de processos de atendimento em queixa escolar. *Psicologia Escolar e Educacional*, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 73–81, jan. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pee/a/L3mdKtNP76n377M9F5SzhnN/#>. Acesso em: 10 Nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil: recomendações: de 2005 a 2012*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/forum_nacional_saude_mental_infantojuvenil.pdf. Acesso em: 10 set. 2024.

COUTO, Maria. Cristina.; DELGADO, Pedro. Gabriel. Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. *Psicologia Clínica*, Rio de Janeiro, v. 27, p. 17-40, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pc/a/RSQnbmxPbbjDDcKKTdWSm3s/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10 out. 2024.

CRUZ, Bruna; LEMOS, Flávia Cristina Silveira; PIANI, Pedro Paulo Freire; BRIGAGÃO, Jacqueline Isaac Machado. Uma crítica à produção do TDAH e a administração de drogas para crianças. *Estudos de Psicologia*, Natal, v. 21, n. 3, p. 282–292, jul. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/epsic/a/KbDcTzwK8FrWmsJbRgtNsMN/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 5 nov. 2024.

FONTENELE, Thalita ; SOUZA, Leonardo; LIMA, Maria Celina. A segregação em Lacan cinquenta anos depois. *Psicologia Clínica*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, p. 493-505, dez. 2018. <https://doi.org/10.33208/PC1980-5438v0030n03A05>.

FORMIGONI, Maria. Claudia. Segregação, infância generalizada e alegria: questões para a psicanálise. *Revista De Psicanálise Stylus*, São Paulo, p. 75–82. 2017
<https://doi.org/10.31683/stylus.v0i34.26>.

FREUD, Sigmund. *Extratos da correspondência com Fliess*. Carta 69. In: FREUD, Sigmund. *Obras completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1976. Obra original publicada em 1897.

FREUD, Sigmund. Introdução ao narcisismo. In: FREUD, Sigmund. *Obras completas*. São Paulo: Companhia das Letras, 2010. Obra original publicada em 1914.

KAMERS, Michele. Psicopatologia dos transtornos de comportamento. In: KAMERS, Michele.; MARIOTTO, Rosa. Maria. VOLTOLINI, Rinaldo. *Por uma (nova)psicopatologia da infância e adolescência*. São Paulo: Escuta, 2015.

LACAN, Jacques. Alocuções sobre as psicoses da criança. In: LACAN, Jacques. *Outros escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2003. Obra original publicada em 1967.

LACAN, Jacques. Nota sobre a criança. In: LACAN, Jacques. *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003. Obra original publicada em 1969.

MACHADO, Zilda. A família está viva. Uma abordagem psicanalítica. In: PACHECO, Ana Laura. OLIVEIRA, Beatriz. (org.). *Criança objeto ou sujeito: quinze anos da rede de pesquisa Psicanálise e Infância do FCL-SP*. São Paulo: Escuta, 2016.

MARQUES, Camila; ROBERTO, Nathalia Leardini Bendas; GONÇALVES, Hebe Signorini; BERNARDES, Anita Guazzelli. O que significa o desmonte? Desmonte do que e para quem?. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, v. 39, p. 6-18, 2019. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/pcp/a/yvzyGKxGGDD55sqrmXBBpDF/#:~:text=A%20desmontagem%20%C3%A9%20de%20vidas>. Acesso em: 11 nov. 2024.

ORTEGA, Francisco.; BEZERRA JÚNIOR, Benilton. Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1859–1868, jun. 2014. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/csc/a/nqv3K7JRXxmrBvq5DcQ88Qz/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 5 out. 2024.

PACHECO, Ana. Laura. *Da fantasia de infância ao infantil na fantasia: a direção do tratamento na Psicanálise com crianças*. São Paulo: Larvatus Prodeo, 2022.

PEREIRA, Halanderson; PIZZINATO, Adolfo; ARTECHE, Adriane. A desqualificação das histórias (in)familiares: análise discursiva na suspensão e destituição do poder familiar. *Psicologia USP*, São Paulo, v. 35, p. e230011, 2024. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/pusp/a/v9KDZGY75cyvLS6QMXpxbMR/#ModalArticles>. Acesso em: 11 nov. 2024.

PEREIRA, Jacqueline.; DUARTE, Maristela.; SANTOS, Gustavo. As crianças no hospital colônia infantil de oliveira (mg): uma história institucional (1931-1974). *Psicologia &*

Sociedade, Recife, v. 34, p.256-690, 2022. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/psoc/a/sQX4SDFQchsx5Gk4v45dSfw/>. Acesso em: 7 nov. 2024.

PEUSNER, Pablo. *Fugir par adiante*: o desejo do analista que não retrocede ante as crianças. 2. ed. São Paulo: Aller, 2021.

SOLER, Colette. *O que resta da infância*. São Paulo: Escuta, 2018.

TAÑO, Bruna.; MATSUKURA, Thelma. Saúde mental infantojuvenil e desafios do campo: reflexões a partir do percurso histórico. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, São Carlos, v. 23, n. 2, p. 439–447, 2015. <https://doi.org/10.4322/0104-4931.ctoAR0479>.

THIENGO, Daianna L.; CAVALCANTE, Maria Tavares; LOVISI, Giovanni M. Prevalência de transtornos mentais entre crianças e adolescentes e fatores associados: uma revisão sistemática. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 63, n. 4, p. 360–372, out. 2014. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/L3j6bTTtvSK4W9Npd7KQJNB/#>. Acesso em: 26 nov.2024.

ZORNIG, Silvia. *A criança e o infantil em psicanálise*. São Paulo: Escuta, 2008.

ZORNIG, Silvia. A criança em psicanálise. In: ALBUQUERQUE, Jose Durval Cavalcante de; LANES, Edson. *A psicanálise e seus destinos*. Rio de Janeiro: Coqueiral, 1991.

Recebido em: 13 de agosto de 2024
Aceite em: 22 de novembro 2024