



Psyché
Universidade São Marcos
psique@smarcos.br
ISSN (Versión impresa): 1415-1138
BRASIL

2005
Andréa Máris Campos Guerra
A PSICANÁLISE NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL INFANTO-JUVENIL
Psyché, janeiro-junho, año/vol. IX, número 015
Universidade São Marcos
São Paulo, Brasil
pp. 139-154

Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal

Universidad Autónoma del Estado de México


LA MEMORIA CIENTÍFICA EN LÍNEA
<http://redalyc.uaemex.mx>

A psicanálise no campo da Saúde Mental Infanto-Juvenil

Andréa Máris Campos Guerra

Resumo

O texto discute a contribuição da psicanálise no campo da assistência em saúde mental infanto-juvenil. Território sabidamente relegado a segundo plano no contexto da reforma psiquiátrica brasileira, o setor público da saúde mental infanto-juvenil vem se organizando e se tornando complexo a partir da Portaria MS 336/2002. O texto parte de uma contextualização desse campo, e em seguida discute os fundamentos norteadores das políticas públicas de assistência, bem como a prática da clínica ampliada no setor público com crianças e adolescentes. Busca traçar – na interface entre psicanálise, políticas públicas da saúde e pedagogia – princípios para a prática da clínica em extensão com crianças e adolescentes nos serviços abertos e substitutivos ao manicômio.

Unitermos

Psicanálise; reforma psiquiátrica; saúde mental; assistência infanto-juvenil; inclusão.

Já com mais de vinte anos, a reforma psiquiátrica no Brasil pode hoje discutir suas experiências e consolidar seu percurso e sua sustentação teórica e prática com adultos. Seus avanços vêm se aprofundando no trabalho com os adultos que sofrem de transtornos mentais, mas nem sempre alcançam crianças e adolescentes com transtornos graves. Ainda são poucas e localizadas as iniciativas e ações nesse setor.

A representação dessas crianças nas diretrizes políticas¹ no campo da Saúde Mental ainda era a do desvio em relação aos ideais médicos, pedagógicos e sociais, e faltava uma orientação política específica para esse público. É somente com a Portaria MS 336/02 que essa configuração se modifica, prevendo-se um modelo com orientações específicas ao planejamento assistencial em saúde mental infanto-juvenil.

A reformulação da assistência pública nesse setor vem marcada pelo atravessamento da clínica, demarcando uma proposta que articula a

subjetividade e a dimensão política na organização da assistência. Esta é atravessada por diferentes saberes, destacando-se entre eles o psicanalítico. A tensão provocada pelo confronto entre a dimensão política, que cria uma assistência “para todos” e a clínica, que sustenta a escuta de “cada um”, tem produzido férteis contribuições na área, em uma relação dialética entre os dois campos ou em uma relação de estranhamento que deve guardar suas diferenças, sobretudo no que tange à dimensão ética (Ferreira, 2001, p. 20-23).

Especificidades da assistência infanto-juvenil no campo da Saúde Mental Pública

O que demarcaria, no território da Saúde Mental, as especificidades da assistência à criança e ao adolescente?

Primeiro: trata-se de uma clínica nova. Ainda que Kanner já tenha detectado nove elementos para realização diagnóstica do autismo no início do século XX, e Bleuler no mesmo período já tenha se referido à esquizofrenia precoce, só muito recentemente a clínica psiquiátrica infantil, ocupando-se desses sujeitos, deslocou a preocupação fenomenológica da doença para a busca do sujeito em uma estrutura potencializada pelo saber psicanalítico. É ainda mais recente a preocupação da assistência pública, pelo menos no Brasil, em reformular sua prática e suas estratégias com crianças e adolescentes.

Segundo: foi uma clínica relegada a segundo plano por muito tempo. Termos de nos haver – nós como sociedade – com o futuro incerto e desnarcisado que essas crianças nos apontam, como fazem com seus pais e familiares, coloca-nos diante de uma demanda por correção e mestria. Correção de um sujeito “defeituoso” por meio de um saber “ortopédico”, que se quer acreditar onipotente. Pensava-se que era preciso mudar, consertar essas crianças, e não, como hoje, criar estratégias para incluí-las, com sua diferença, no cotidiano.

Terceiro: vinculada à clínica com adultos, adotou por um tempo suas estratégias, tendo agora de destacar dela as particularidades da clínica com crianças, como: 1) incluir necessariamente a família; 2) lidar com uma linguagem diferenciada do sujeito, porque lúdica; 3) conviver com outros saberes (médico e pedagógico principalmente) em uma prática multiprofissional crítica; 4) buscar a capacidade de resposta do sujeito diante do que o acomete, e não responder ao apelo social e localizá-lo na impotência e falha.

E quando se trata de uma criança com transtornos no desenvolvimento, sabemos ainda que:

- o trabalho com a família deverá acontecer na tentativa de possibilitar o luto da criança imaginizada e a resignificação do filho real;
- o lúdico, o corpo, o espaço e o tempo encontrarão dificuldades em serem representados no brincar, exigindo novos recursos de linguagem no campo da intervenção;
- daí se extrai a necessidade de se trabalhar buscando que surja o sujeito, barrando o gozo do Outro que se lhe impõe;
- no convívio institucional e social precisamos buscar estratégias inclusivas e novas formas de acomodar a diferença que incomoda a boa norma social, evitando a segregação e desfazendo a associação entre “transtornos no desenvolvimento” e “incapacidade de adaptação” (Guerra, 2003, p. 173-174).

Tarefa nada fácil. Se já se trata de uma clínica árdua no consultório, como pensá-la no campo da saúde pública, onde existem outros dispositivos disponíveis e por inventar? Como articular clínica e política nesse modelo?

A dimensão política do trabalho em rede

Pensar em proposta no âmbito das políticas públicas para assistência a crianças e adolescentes com transtornos graves implica, no mínimo, em reescrever a história da assistência a partir de novos princípios éticos e políticos. Mesmo porque, diferentes instituições foram criadas para esse fim desde meados do século XIX na Europa, e início do século XX no Brasil, a partir principalmente do saber pedagógico e não do clínico ou psiquiátrico, ao contrário da assistência pública a adultos com transtornos psiquiátricos (Cirino, 2001, p. 84-87). Partiu-se da assistência a crianças pobres, de programas de aprendizagem e adaptação escolar, com a criação de escolas ou classes especiais, métodos de avaliação da inteligência, internatos médico-pedagógicos e ações psicopedagógicas, desconectados da assistência psiquiátrica.

Essa desconexão evidencia-se ainda hoje pelo menos de duas maneiras. Primeira, ao constataremos o quanto as políticas públicas avançaram nas propostas de reforma no campo psiquiátrico para adultos (sobretudo após a

Segunda Guerra, e no Brasil após a década de 80), sem, entretanto, tomarem a criança e o adolescente em sua especificidade, até a Portaria MS 336, de 2002. E segunda, ao vermos o avanço da legislação de proteção aos direitos sociais e civis da infância e adolescência – o Estatuto da Criança e Adolescente (ECA) é o grande exemplo –, sem a devida consideração aos modelos assistenciais à infância e adolescência com transtornos graves. Fora de duas bordas, repete-se no campo da política de saúde mental o lugar estrutural do autista, do sujeito que conta sem se fazer contar na série significativa, sujeito atópico.

Se os adultos sofriam com internações involuntárias e violentas e com tratamentos ineficientes e desumanizados, a criança e o adolescente sequer encontravam um espaço de acolhida adequado à sua particularidade. Superar o “manicômio” – como rede de valores e ações que institucionalizam a violência à liberdade do homem e o desrespeito pela criança – e acabar com o hospital psiquiátrico físico inclui uma reformulação afinada com o que rezam as políticas públicas de Saúde Mental e de proteção à criança e ao adolescente². Entretanto, como já destacamos, tomando-se o cuidado de aplicar o “para todos” da política a partir de uma ética que sustente, com o potencial crítico da clínica, o “cada um” que exigem as particularidades da infância, como discutiremos mais adiante.

Assim, quanto à dimensão política da assistência infanto-juvenil, podemos enumerar seus princípios a partir dessa legislação. Primeiramente, os serviços foram organizados em torno da idéia de substituição e superação do manicômio, concreto e ideológico, por formas mais humanitárias e eficazes de acolhida, tratamento e inserção social de usuários em dispositivos abertos. Eles constituem uma rede que se articula em torno da promoção da saúde e da inserção social, com níveis de complexidade e objetivos variados. Nesse sentido, o CERSAMI (Centro de Referência em Saúde Mental Infanto-Juvenil) ou o CAPSi II (Serviço de atenção psicossocial a crianças e adolescentes) volta-se ao acolhimento e tratamento das urgências e casos graves que exigem recursos variados (consultas, medicação, oficinas, módulos terapêuticos, passeios, visitas domiciliares, acompanhamento familiar) por meio de equipe multiprofissional (Silva, 2003). Os Centros de Saúde oferecem recursos clínicos individuais ou coletivos pontuais por meio de consultas e encontros espaçados e com equipe mais simplificada. Por seu turno, os Centros de Convivência voltam-se ao trabalho de reabilitação ou reinserção psicossocial, oferecendo atividades lúdicas, recreativas, culturais e de lazer, por meio deicineiros e operadores sociais não referidos ao saber *psi*.

Além disso, e não menos importante, é tomado como prioridade o atendimento à clientela psicótica e neurótica grave, autista, casos de risco de hetero e autoagressão, ou seja, aqueles casos que requerem uma atenção mais complexa e sofisticada.

E por fim, a ação política, ultrapassando a dimensão estritamente clínica, implica na realização constante de movimentos sociais que provoquem a modificação do estigma da loucura, cuja exclusão se reforça por meio dos dispositivos de controle social. No caso de crianças e adolescentes, a interface com os setores educacional, médico e jurídico tem sido essencial à reinterpretação de uma imagem social deficitária atribuída à criança e ao adolescente com transtornos graves (Guerra, 2003).

A dimensão clínica da reforma no campo da Saúde Mental

A “clínica ampliada” na rede pública exige um olhar, uma escuta e um tipo de intervenção “político-clínicos” que ultrapassam o recurso à palavra ou à dimensão lúdica – tomados como espaço da linguagem e da manifestação do sujeito desejanste.

A transferência, a repetição, a pulsão ou o inconsciente (Lacan, 1998) não deixam de estar no lugar central da construção dos casos envolvidos com essa prática clínica, mas não são os únicos necessários para operacionalizar as intervenções, que muitas vezes exigem atos inéditos na condução clínica atravessada pelo trabalho de retomada do cotidiano e da vida pública desses sujeitos.

Freud já anunciara, em 1919, que haveria um tempo em que a psicanálise aplicada a grandes parcelas da população pelo Estado traria modificações em sua prática.

Vamos presumir que, por meio de algum tipo de organização, consigamos aumentar os nossos números em medida suficiente para tratar uma considerável massa da população. (...) Defrontar-nos-emos, então, com a tarefa de adaptar a nossa técnica às novas condições. (...) No entanto, qualquer que seja a forma que essa psicoterapia para o povo possa assumir, quaisquer que sejam os elementos dos quais se componha, os seus ingredientes mais efetivos e mais importantes continuarão a ser, certamente, aqueles tomados à psicanálise estrita e não tendenciosa (Freud, 1919[1918], p. 210-211).

Na aplicação da psicanálise ao cenário da Saúde Mental, essas modificações ocorrem a partir daquilo que exige a criança em atendimento na rede pública.

As visitas domiciliares, as intervenções que partem de atores institucionais – que não o responsável clínico pelo caso – ou os passeios pela cidade, são exemplos dessas mudanças.

Além disso, para além da proposta política universalizante – que orienta e determina em termos gerais a organização e a prática da assistência –, a clínica nesse setor exige para cada caso a interface com outros saberes (medicina, educação, campo jurídico e campo do lazer e da cultura). Outro elemento que interfere na maneira como ela se operacionaliza de forma a ampliar seu alcance e sua extensão.

Com isso não queremos dizer que a clínica da Saúde Mental seja mais ou menos difícil que a clínica convencional, mas que a aplicação da psicanálise nesse setor retorna ao próprio campo psicanalítico, favorecendo uma maior clareza acerca de sua clínica, na medida em que também se encontra em jogo na Saúde Mental a retomada da vida social e política em um modelo inclusivo. Entretanto, esta se dá com a advertência de não criarmos uma expectativa de reinserção ou de reabilitação psicossocial que funcione como um ideal socializante, senão cairíamos na mesma ortopedia e mestria que são criticadas pela reforma psiquiátrica e contrárias à prática psicanalítica. Há nessa aplicação uma modulação da clínica, ainda que sem se perder de vista sua política calcada na falta-a-ser e no furo real que impede a existência de um saber total. Os exemplos dessa orientação em uma prática clínica modulada aparecem nos acompanhamentos terapêuticos, que se realizam tomando como *setting* a cidade, em um trabalho que ultrapassa o *setting* clássico do consultório; ou no caso da intervenção feita por vários – equipe multidisciplinar –, ao invés de se sustentar apenas na figura do analista.

Quais seriam, então, os aspectos fundamentais envolvidos na sustentação dessa clínica? Em primeiro lugar, o *sujeito* do qual se trata – na maioria das vezes um psicótico – não opera com a ordem da linguagem da mesma maneira com que a organização social lida com a ordem simbólica comum partilhada pelos homens. E na infância essa singularidade na forma de organização da subjetividade, ao se manifestar, corre o risco de ser apreendida por um olhar pedagógico-moral, científico ou psicologizante, que a interpreta como inadaptação escolar, distúrbio de comportamento, transtorno de conduta ou outro nome qualquer, resultando em uma tentativa de “reformatar” os comportamentos dentro da “normalidade” estabelecida pelo ideal social ou pelos padrões normativos.

Assim, em uma perspectiva micropolítica essa clínica é atravessada pela dimensão política do sujeito que sofre, pelo resgate da cidadania usurpada do

usuário e pela inventividade em responder à diferença que implica a escuta singular de um psicótico (Lobosque, 2000). No aspecto macropolítico, é estruturada em torno da idéia da extinção e superação do manicômio e todas as suas formas simbólicas correlatas. Mas para além das mudanças estruturais quanto às políticas públicas, a operacionalização dessa clínica ampliada no território infanto-juvenil coloca outras questões.

Dentre seus conceitos operacionais fundamentais, a noção de *rede* se destaca. Como conjunto de nós interconectados, que podem integrar novos nós em um sistema aberto sem ameaças a seu equilíbrio (Castells, 2000; Garcia, 2002), as redes e suas interfaces constituem a nova morfologia de funcionamento da assistência, modificando os processos de experiência, poder e cultura. O que determina o *ethos*, o local no qual o sujeito será tratado, é sua situação naquele momento. Nessa perspectiva, trata-se sobretudo de nos perguntarmos: qual instituição para a psicose? Como fazer dessa rede um espaço que propicie produção e, antes de tudo, enlaçamento?

Pensada como rede de dispositivos institucionais e intersetoriais, ou como rede de linguagem, sua finalidade precípua é possibilitar uma inscrição sócio-simbólica possível das crianças e adolescentes por ela acolhidos.

Além disso, se a psicose ensina à clínica com seu auto-tratamento, há uma conseqüência direta na relação quanto ao *saber* que sustenta sua prática. Se na neurose a suposição de saber ao analista marca a entrada em análise e o estabelecimento do laço transferencial, na psicose a certeza – e não a suposição – do saber por parte do sujeito psicótico em relação a quem conduz o tratamento estabelece uma relação na qual se invertem os vetores de trabalho – transferência e interpretação. No caso da psicose infantil, e do autismo principalmente, em que nem sempre os fenômenos elementares se apresentam, esse manejo torna-se ainda mais delicado. É o sujeito psicótico quem interpreta ou tenta interpretar os signos do real que lhe chegam como enigmas sem decifração (Barreto, 1999, p. 155). O risco, sabemos, que torna de difícil manejo o lugar de quem conduz um tratamento nesses casos, é o de repetir as condições que colocam o psicótico como objeto do gozo do Outro, submetido a seu saber imperativo, conduzindo a uma erotomania, a uma transferência de matiz persecutório, ou mesmo a uma dificuldade de manter um campo transferencial possível de trabalho.

Na verdade o psicótico, adulto ou criança, convoca aquele que o escuta a essa repetição, e a resposta que podemos oferecer é a de recusa desse lugar,

não ocupando a função de um Outro gozador e procurando um lugar vazio de gozo. Lacan (1992, p. 235) chamou essa posição de “secretário do alienado”, na qual o silêncio do analista na recusa a esse lugar de gozo, e ao mesmo tempo na manutenção do laço analítico, permite ao sujeito construir suas respostas ao enigma pulsional. Mesmo nos casos de autismo – em que o Outro absolutizado e estendido em sua incidência sobre o real não lega espaço para o sujeito manifestar-se – a operação clínica possível faz-se a partir de uma posição de vazio de gozo, vazio de saber, em que o sujeito possa encontrar um espaço para se alojar. Fica claro, portanto, que o saber está do lado do sujeito, e não do analista, destituindo qualquer possibilidade de exercício de poder nessa clínica. Muito pelo contrário.

E suas conseqüências se vêem na prática institucional. Mesmo que nem sempre careça do recurso de dispositivos coletivos, na maioria dos casos os psicóticos exigem uma rede complexa para sustentação do enlaçamento social, e conseqüentemente do tratamento, convocando uma *prática feita por vários*. As equipes multiprofissionais, funcionando em uma comunidade de interesses regida pelo debate democrático, são a realidade dessa exigência ética, trazendo uma multiplicidade de atos heterogêneos e muitos saberes a sustentá-la. Aí os riscos dos efeitos imaginários de grupo referidos ao poder, à rivalidade e ao narcisismo das pequenas diferenças (Freud, 1921) podem ser enfrentados e dissipados – ou não –, conforme a posição que a equipe possua em relação ao saber. Querer saber e alimentar-se do poder acirra os efeitos imaginários e anima a tentativa de fazer Um, Um do Mestre. Por outro lado, sustentar a posição de um não-saber central, Um do vazio, do que sabe não saber (Di Ciaccia, 1999; Baio, 1999) pode, ao contrário, deslocar o desejo de mestria para uma posição esvaziada, furada, que oferece ao psicótico espaços para que ele possa produzir uma questão, ou mesmo uma resposta, um saber próprio sobre si. Viganò (1999, p. 57) relata o caso de um jovem psicótico que estabeleceu com a instituição que o atendia uma relação na qual se posicionava como objeto de Um saber absolutizado que o aprisionava, restando-lhe como alternativa apenas fugir desse espaço. Em uma de suas fugas a equipe decide, como estratégia clínica, que dois operadores deveriam procurá-lo, mas deixá-lo onde estivesse, sem dizer-lhe nada ou tentar trazê-lo de volta. Encontraram-no em uma praça passeando pela cidade, ofereceram-lhe um sorvete e foram embora, dizendo que o esperavam no dia seguinte. Essa posição de destituição de saber de seu gozo por parte da equipe provocou como efeito nesse jovem adolescente uma questão sobre si: se ele não estava lá para fugir, o que estaria fazendo ali?

Daí se inicia, de fato, seu tratamento. Essa dimensão da *surpresa*, quando se trata da clínica com a psicose, funciona a favor e não contra o tratamento.

A conseqüência dessa prática feita por vários é ao mesmo tempo sobre a equipe e sobre o sujeito que frequenta a instituição, convocando os técnicos a uma posição de aprendizes. Esse aspecto destaca-se na clínica ampliada com crianças, pois mais que os adultos, elas convocam os operadores da Saúde Mental a ocuparem uma posição de mestria, trazendo com maior contundência o risco de uma pedagogia moral.

A posição *ética* em uma comunidade de interessados, portanto, não é a de presentificar a vontade do Outro da Lei, do Saber, mas presentificar o Outro que é, ele próprio, submetido a uma lei, barrado. Nesse sentido, Zenoni (2000) traz interessante exemplo ilustrativo dessa posição. Trata-se de um paciente que trazia problemas, pois achava delirantemente que os enfermeiros obrigavam-no a andar nu, ordem alucinatória à qual só lhe restava obedecer. A condução da equipe não foi a de dizer que ele *deveria* andar vestido, fazendo par com o Outro que dele gozava imperativamente, mas a de afirmar que os enfermeiros não tinham o direito de o obrigarem a ficar despido, e que, pelo contrário, ele poderia *escolher* se vestir. Uma das conseqüências dessa postura ética é a de tomar o psicótico como sujeito responsável pelas respostas que produz.

Outro risco, sempre presente nessa prática feita por muitos, é o da desresponsabilização com o caso. Estruturado em rede, o tratamento é realizado em equipe no serviço público e seria fácil constituir uma "clínica do encaminhamento" em lugar de uma "*clínica do acolhimento*". Acolher implica escutar, diagnosticar a situação, ampliar o campo da queixa, buscando a implicação do sujeito, e em tomar responsabilmente a si o encargo da condução do caso. O que não quer dizer atender o que é demandado, mas permitir uma escansão por meio da qual possa ser escutado o que está sendo dito *através* daquela queixa que se apresenta. Esse modelo rompe com uma prática desimplicada, que caracteriza ainda hoje alguns setores do sistema público de saúde. A Saúde Mental toma a dianteira no setor público de cuidados, e inaugura uma clínica sustentada pela responsabilidade ética e orientada pelas possibilidades singulares de construção de soluções pelo sujeito atendido.

Outro conceito referido a essa conduta ética é a noção de *referência*, que traz um duplo sentido. Primeiramente diz respeito à criação de uma nova referência social em lugar do hospital psiquiátrico (daí a opção pela denominação Centro de *Referência* em Saúde Mental Infanto-Juvenil, em Minas Gerais, em

lugar do Centro de Atenção Psicossocial para crianças e adolescentes). Em segundo lugar, a referência pode ser pensada como dizendo respeito ao técnico de referência³ como mediador na tentativa de relativizar o Outro para o psicótico, na expectativa de que desse lugar possa se produzir uma demanda ou um endereçamento de trabalho. Sempre que possível respeita-se o endereçamento transferencial para sua escolha.

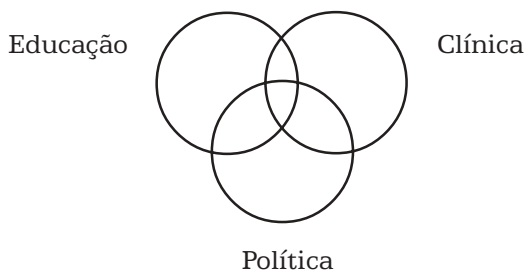
Clínica e política entrelaçadas no campo da Saúde Mental: princípios para uma prática inclusiva

Diante do exposto, fazer contar o sujeito que na infância recusa a fala, ou se inscreve de maneira singular na linguagem, implica necessariamente em se repensar a função social e clínica da instituição de assistência. E principalmente, implica em partir daquilo que cada um desses sujeitos exige na direção do tratamento e no cotidiano sócio-familiar. Fazer do “cada um” uma proposta coletiva para as políticas públicas não significa universalizar intervenções e constituir manuais de orientação, mas tomar o particular como orientação na construção de qualquer proposta pública no campo da saúde mental infanto-juvenil. O que há de específico na infância e adolescência, e que tem orientado a defesa de seus direitos humanos fundamentais, o “para todos” – como os direitos à educação, à moradia, à alimentação adequada, proteção e cuidados propostos pelo ECA –, não se transpõe para o campo da assistência de maneira pasteurizada. Garantir uma assistência “para todos” como princípio de ordem nesse campo parece-nos sustentar-se justamente a partir do que aponta *cada* caso em sua singularidade. Não há aí um saber universal ou um plano comum universal, e sim uma orientação ética de se seguir o *savoir-faire* do próprio sujeito (Guerra, 2003, p. 185).

Mais do que interface, parece-nos haver uma relação imbricada, um nó – borromeu?! – entre a dimensão clínica e a política. Em se tratando de crianças e adolescentes, é preciso ainda acrescentar a educação, posto que na trama das políticas referidas a esses sujeitos a educação é mola-mestra no trabalho.

Assim, é preciso redesenhar as três tarefas impossíveis – analisar, governar e educar (Freud, 1937, p. 282) – a partir de sua imbricação na assistência infanto-juvenil. Nesse nó, a exigência simbólica de uma inscrição subjetiva, de uma nomeação, é colocada em causa pela ortopedia impossível do modelo educativo tradicional, constituindo um furo que funda a necessidade real da escuta clínica nessa área, contornando o possível, ou melhor dizendo,

o contingente saber que cada sujeito pode construir sobre sua verdade, sempre inacessível. A consistência imaginária que modula as ações no setor podem ser pensadas como a dimensão política que sustenta – ou não – a ficção traduzida pelo pacto estabelecido com a cultura em torno dos ideais referidos ao infantil, podendo – ou não – favorecer a circulação social da diferença.



Na medida em que se sustentam um registro a partir do outro, eles são transformados na relação que estabelecem entre si, existindo todos a partir de um furo central no saber que os orienta. É exatamente a existência desse ponto impossível de saber, no trato com essas crianças e adolescentes, que traz a possibilidade da invenção teórica, metodológica, estratégica e ética de novas proposições de trabalho no campo das práticas clínicas e a revisão legislativa no campo das políticas públicas. Esse furo real cria uma vazia, a partir do qual consegue-se avançar e sofisticar a assistência em saúde mental infanto-juvenil, evidenciando o papel que a psicanálise tem a oferecer de colocar em questão os saberes instituídos, quando aplicada a outros territórios.

O saber em jogo, quando se conta com a clínica psicanalítica como recurso, é sempre um saber descompleto, descontínuo, inconsciente, podendo eticamente orientar *princípios*, mas jamais estabelecer regras. E esses princípios podem auxiliar na consolidação de um pacto em torno das políticas públicas e modelos assistenciais no setor da saúde mental infanto-juvenil. Em função disso, seguem pontos que entendemos irredutíveis a uma política orientadora de intervenção no setor, e que dialogam com a Portaria MS 336/02.

Antes de apresentá-los, entretanto, cabe uma consideração. A psicanálise, como defendida nesse texto, ao inserir-se como um dos referenciais de trabalho na Saúde Mental, traz um papel crítico que transforma as relações clínicas e políticas nesse território. Sabemos das incompatibilidades entre a psicanálise e a ordem pública, na medida em que sustentada pela ética do desejo, a primeira muitas vezes opõe-se à ética do bem comum. Podemos reunir os termos de

oposição entre a prática da análise e a prática de cuidados médicos e sociais (Miller, 1999) nas antinomias abaixo:

1. a instituição de tratamento visa suprimir sintoma; o analista, emergir o inconsciente;
2. a instituição quer o bem e a saúde; a psicanálise, a emergência do desejo;
3. a instituição responde à demanda; a psicanálise visa a raiz da demanda;
4. a instituição visa construir unidade do sujeito; a psicanálise, divisão.

A partir da medicina, em sua função de sustentação da norma social, restabelecer as constantes, recuperar o suposto equilíbrio perdido, preservar o que foi acordado como pacto social mostrou-se como tarefa para a psiquiatria tradicional. Por seu turno, a clínica psicanalítica, ao comparecer no cenário da reforma psiquiátrica, apresenta-se como alternativa à lógica dessa ordem psiquiátrica. Permite pensar em se oferecer maior flexibilidade ao acompanhamento da psicose, ajustando o sistema público de cuidados ao momento clínico do sujeito. Este seria acompanhado em sua trajetória pessoal, buscando-se a inserção no simbólico a partir das marcas singulares de sua história e posicionamento diante do Outro. Com Zenoni (2000) e Viganó (1999) entendemos que aquilo que deve ser buscado nessa “clínica ampliada” não é o real somático de uma função perdida ou o aprendizado de uma habilidade, mas as condições simbólicas para o sujeito enfrentar o real do gozo do Outro materno, e em seguida do Outro social. Ou seja, seguir as estratégias desenvolvidas pelo próprio sujeito psicótico como política para a intervenção em Saúde Mental.

Ora, seguir as estratégias do sujeito implica conhecer as diferentes maneiras pelas quais ele trabalha, ou seja, busca tratar os retornos no real que o assolam, em uma tentativa de tornar o gozo suportável (Soler, 1990). Trata-se, pois, não de introduzir uma nova ordem que oriente uma prática de regulação subjetiva, mas de fazer da política um pacto coletivo em torno da possibilidade de cada sujeito, seja criança ou adolescente, poder advir em sua singularidade. Assim, o campo da Saúde Mental, quando orientado pela psicanálise, permite que alguns *princípios* possam ser considerados no campo político:

- sustentar a diferença de “cada um” na escuta à singularidade que o constitui, já que fazer uma passagem do singular, do único, do disjunto, que é o “cada um”, para o coletivo, o “para todos”, não implica uma passagem para o universal;

- reconhecer a especificidade da clínica na consolidação de políticas em Saúde Mental, na medida em que ela oferece pontos de orientação para que se firmem as diretrizes coletivas;
- reconhecer o sujeito e apostar não na patologia, mas em saídas na forma como cada um encontra em responder aos impasses colocado pela civilização;
- reconhecer e fazer respeitar os direitos adquiridos pela criança e adolescente na legislação atual, o que implica reconhecer sua dimensão de pessoa pública, civil ou jurídica;
- tomar a inclusão e participação social como pressupostos inarredáveis e direitos inalienáveis da criança e adolescente, o que reafirma a proposta antimanicomial;
- preservar na esfera pública (família, escola, lazer etc) um campo de pertinência de sua diferença, por meio da reorganização das formas de acolher a infância singular, que os casos de psicose e autismo na infância e adolescência colocam;
- promover a intersectorialidade nas ações, que assim ganham maior complexidade;
- construir e consolidar, junto aos serviços e às universidades, programas de formação de recursos humanos desde os cursos de graduação na área da saúde;
- orientar e redistribuir verbas para cumprimento de um modelo assistencial específico à criança e adolescente que contemple:
 - formação continuada dos trabalhadores e supervisão institucional;
 - dispositivos para crise;
 - dispositivos para acompanhamento sócio-clínico;
 - dispositivos de inserção social e dispositivos de lazer e cultura, orientados pela realidade local;
 - interface com dispositivos médicos, pedagógicos, culturais e jurídicos, de forma a “desortopedizar” suas intervenções.

– e sobretudo, guiar-se pelo saber possível que cada sujeito pode vislumbrar (autismo), reconhecer como seu (debilidade), construir (psicose) ou reconstruir em busca de sua verdade (neurose).

Como se vê, domesticar a estranheza que a gravidade desses casos provoca, inserindo-a em um esquema fácil de compreensibilidade, uma espécie de otimismo reconfortante, é um risco do qual a reforma psiquiátrica nos adverte. Nesse sentido, não nos interessa nem o discurso do mestre nem o discurso vazio da burocracia; o saber-fazer do psicótico, adolescente ou criança, com seu mal-estar, continua a ser a baliza ética para qualquer decisão no campo da Saúde Mental. Discutir nas Conferências Municipais ou Federais, lutar com (ou contra, quando preciso) a gestão pública, publicar portarias que regulamentem a assistência, fazer valer a diferença que a criança coloca à assistência, enfim, operar no plano macropolítico de sua organização também são tarefas essenciais. Mas somente encontram seu destino ético quando repercutem na vida de uma criança concreta, que pode servir-se de um CERSAMI e interromper, antes mesmo de iniciar, sua carreira de exilado da escola, psicologizado e medicado pelo saber *psí*, e internado em um pátio que o cronifica, institucionaliza e exclui.

Manter a possibilidade e o aprendizado com a surpresa e o desejo como campo de sustentação de nossa prática auxiliam-nos na decisão política de criar novas formas para acolher e inserir, e não recolher e segregar a loucura na infância, inventando uma clínica regulada por novos vetores. É nesse intervalo que nossa prática e nosso saber podem se colocar. Deslocados de uma prática segregadora e de mestria, mas sobretudo “descolados”, inventivos, tecendo redes flexíveis para acolher a criança e o adolescente em sua diferença.

Notas

1. MPAS (1974); CONASP (1982); Relatório dos Trabalhadores em Saúde Mental (1986); Relatório da I Conferência Nacional de Saúde Mental (1988); e da II Conferência (1992); Ministério da Saúde: Portarias 189/1991 e 224/1992.
2. Regulamentadas pela Declaração de Caracas, pela legislação brasileira referente à organização do SUS e à reforma psiquiátrica, bem como pela Declaração dos Direitos da Criança, pela Constituição Federal Brasileira e pelo Estatuto da Criança e do Adolescente.
3. O técnico de referência é um técnico de nível superior, que após acolher o caso que chega ao serviço, torna-se o responsável pela elaboração de seu projeto terapêutico pela rede, dividindo suas propostas, sempre que possível, com a equipe do serviço do qual faz parte.

Referências Bibliográficas

- BAIO, Virginio. O ato a partir de muitos. *Curinga*. Rio de Janeiro: Escola Brasileira de Psicanálise/MG. (13): 66-73, set/1999.
- BARRETO, Francisco Paes. *Reforma psiquiátrica e movimento laciano*. Belo Horizonte: Itatiaia, 1999.
- CASTELLS, Manuel. *A sociedade em rede*. 3. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2000. vol. 1. (A era da informação: economia, sociedade e cultura).
- CIRINO, Oscar. *Psicanálise e psiquiatria com crianças: desenvolvimento ou estrutura*. Belo Horizonte: Autêntica, 2001.
- DI CIACCIA, Antonio. Da fundação por um à prática feita por muitos. *Curinga*. Rio de Janeiro: Escola Brasileira de Psicanálise/MG. (13): 60-65, set/1999.
- FERREIRA, Tânia. *Os meninos e a rua: uma interpelação à psicanálise*. Belo Horizonte: Autêntica, 2001.
- FREUD, Sigmund. (1919[1918]). *Linhas de progresso na terapia psicanalítica*. In: _____. Obras completas. 3 ed. Rio de Janeiro: Imago, 1976. vol. XVII.
- _____. (1921). *Psicologia de grupos e análise do ego*. In: _____. Obras completas. 3 ed. Rio de Janeiro: Imago, 1976. vol. XVIII.
- _____. (1937). *Análise terminável e interminável*. In: _____. Obras completas. 3 ed. Rio de Janeiro: Imago, 1976. vol. XXIII.
- GARCIA, Célio. Rede de redes. In: _____. *Psicanálise, psicologia, psiquiatria e saúde mental: interfaces*. Belo Horizonte: Ophicina de arte e prosa, 2002.
- GUERRA, Andréa M.C. Tecendo a rede na assistência em Saúde Mental Infanto-Juvenil: interfaces entre a dimensão clínica e a dimensão política. In: GUERRA, Andréa M.C.; LIMA, Nádia L. (org). *Clínica de crianças com transtornos no desenvolvimento: uma contribuição no campo da Psicanálise e da Saúde Mental*. Belo Horizonte: Autêntica, 2003.
- LACAN, Jacques. *O seminário, livro 3: as psicoses*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992.
- _____. *O seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais em psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.
- LOBOSQUE, Ana Marta. *Experiências da loucura*. Rio de Janeiro: Garamond, 2000.
- MILLER, Jacques-Alain. Saúde Mental e Ordem Pública. *Curinga*. Belo Horizonte: Escola Brasileira de Psicanálise/MG. (13): 20-31, set. 1999.
- SILVA, Mônica E. Saúde Mental Infanto-Juvenil: a experiência do CERSAMI. In: GUERRA, Andréa M.C.; LIMA, Nádia L. (org). *Clínica de crianças com transtornos no desenvolvimento: uma contribuição no campo da Psicanálise e da Saúde Mental*. Belo Horizonte: Autêntica, 2003.

SOLER, Colete. El trabajo de la psicosis. In: _____. *Estudios sobre la psicosis*. Buenos Aires: Manantial, 1990.

VIGANÓ, Carlo. A construção do caso clínico em psicanálise. *Curinga*. Belo Horizonte: Escola Brasileira de Psicanálise/MG. (13): 50-59, set/1999.

ZENONI, Alfredo. Psicanálise e instituição: a segunda clínica de Lacan. *Abrecampos*. Belo Horizonte. I(0): 09-93, 2000.

Psychoanalysis on Children's Mental Health

Abstract

This article discusses the incidence of psychoanalysis in the field of mental health with children and adolescents. Its first part describes the context of mental health in Brazil. After that, it presents topics of political and clinical issues in the treatment of children with mental disorders. It ends with a discussion between psychoanalysis, public health politics and pedagogy that result in principles for the clinical practices at the open mental health services for children and adolescents.

Keywords

Psychoanalysis; psychiatric reform; mental health; children with mental disorders; inclusion.

Andréa Máris Campos Guerra

Psicanalista; Doutoranda no Programa de Pós-graduação em Teoria Psicanalítica (UFRJ); Mestre em Psicologia (UFMG); Coordenadora do Curso de Especialização em Psicologia da Saúde (PUC-MG); Professora (PUC-MG e FCH-Fumec).

Rua Minas Novas, 104 / 702 – 30310-090 – Cruzeiro – Belo Horizonte/MG

tel: (31) 3221-7407

e-mail: aguerra@brfree.com.br

recebido em 20/01/04
versão revisada recebida em 08/09/04
aprovado em 10/09/04