

Prefácio

Inês Catão

A psicopathologia, o sujeito da psicanálise e a clínica com bebês

Introdução

“Porque você não gosta de tomar Ritalina?”, perguntei curiosa ao menino de 10 anos que acabara de fazer tal afirmação. “Porque deixa a brincadeira sem graça”. Eu não teria sido capaz de definir melhor um efeito colateral tão importante que, no entanto, não consta da bula de nenhum remédio.

O ato de brincar é uma das principais marcas do tempo da infância. É brincando que a criança tece a ficção que a sustentará no tempo de adulto. É brincando que ela organiza o seu mundo. Junta restos do que ouve com galho, pedrinha, boneco, carrinho e todas as coisas que sua imaginação nomeia de brinquedo, inventando para si mesma um lugar. Brincar é o trabalho da criança. Por isso, quando uma criança não brinca, ou quando ela deixa de brincar, é motivo de preocupação.

Uma criança que não brinca pode não ter adquirido a capacidade de fazer de conta, como nos autismos. Ou pode estar triste porque os pais brigam muito e ela presencia. Ou estar tão preocupada com alguma questão que não consegue se concentrar na brincadeira. Ou, ainda, pode estar tão ansiosa que não consegue parar para brincar. Ou, ou, ou. Como saber? Escutando a criança. Sem essa escuta, ficamos perdidos em uma lista às vezes infinita de queixas e de sintomas que não serve para apontar uma direção de trabalho. Desorientados e angustiados, recorremos à tentativa de inclusão do quadro em alguma classificação conhecida. E lá se vão o que de particular define aquele sujeito e a possibilidade real de ajudá-lo.

A essência da atividade clínica sempre foi escutar o paciente, sem pressa de fazer o diagnóstico da doença, antes fazendo o diagnóstico da situação. Mas a psicopatologia não é mais ensinada nos nossos locais de ensino ou é entendida como sinônimo de nosologia, quando o significado da palavra grega *pathos* é mais amplo, significa paixão, sentimento, para além de padecimento, doenças, sofrimento¹. A psicopatologia pode ser entendida como o estudo do modo de funcionar de um sujeito, que inclui o modo como ele sofre. Neste texto, propomos escrever *psicopathologia* com “th”, como o estudo da vivência subjetiva e seu inalienável mal-estar.

No contexto da tradição psiquiátrica expressa na *Psicopatologia Geral* de Jaspers (1883-1969), o diagnóstico deveria decorrer de um processo investigativo rigoroso, nunca substituí-lo. Jaspers sustentava a importância de uma análise psicopatológica aprofundada, que não tivesse como objetivo eliminar artificialmente “o caos dos fenômenos por meio de um

¹PEREIRA, Mário Eduardo C. Formulando uma Psicopatologia Fundamental. *Rev. Latinoam. Psicopatol. Fundam.* [online], v.1, n.1, p.60-76, 1998.

nome dado no diagnóstico”. “O diagnóstico” – dizia – “é a última coisa na compreensão psiquiátrica de um caso”².

Jaspers se interessava pelos fenômenos da consciência. A subversiva noção de inconsciente proposta por Freud amplia a perspectiva de leitura das vivências humanas. Em Freud, o inconsciente é um dos nomes do mal-estar inerente à nossa humana e frágil condição. O mal-estar, esta categoria fundamental da modernidade, engloba o sofrimento e o sintoma, mas não se reduz a nenhum dos dois³. O mal-estar é incurável, tanto em Freud quanto em Lacan. Para Lacan, o sofrimento aspira tornar-se um sintoma. O sintoma quer enunciar uma verdade. É necessário diferenciar na clínica essas três categorias. Freud assinala essa diferenciação necessária quando fala de uma psicopatologia da vida cotidiana e do mal-estar na cultura.

A psicopatologia, portanto, não se reduz à nosologia. Precisamos tornar nossa escuta mais sutil, não nos contentando com diagnósticos rápidos e grosseiros. Porém, são cada vez mais frequentes a busca da causalidade simples para fenômenos complexos e a apreensão de tais fenômenos como patológicos, sem escutar seus nexos internos na história do paciente.

Sofremos todos os piores efeitos da crescente hegemonia dos *DMS* – os *Manuais Diagnósticos e Estatísticos Americanos* que, desde 1980, com a publicação do *DSM-III* afastaram cada vez mais a Psiquiatria da Psicanálise, excluindo a importância da escuta do sujeito na anamnese, em busca da rapidez em diagnosticar, da objetividade e do consenso entre pares. O que parecia uma boa saída para os impasses atravessados pela Psiquiatria naquela ocasião e que gerou o objetivo declarado de

²Apud PEREIRA, Mário Eduardo C. Psiquiatria baseada no sujeito: o sujeito da psicanálise como fundamento ético para a clínica médica e psiquiátrica. In _____. *Mal-estar na infância e medicalização do sofrimento*: quando a brincadeira fica sem graça. Salvador: Ágalma, no prelo

³DUNKER, Christian I. L. *Mal-estar, sofrimento e sintoma*: uma psicopatologia do Brasil entre muros. São Paulo: Boitempo, 2018.

mudança de orientação promovida a partir dos anos 80 nos *DSM* resultou, tanto no ensino quanto na prática clínica, em um foco no diagnóstico da doença e em um tratamento entendido como atribuição de um medicamento para a exclusão do sintoma.

Ao contrário do esperado, quarenta anos depois do *DSM-III* estamos cada vez mais perdidos em um labirinto de categorias que se multiplicam a cada nova classificação, agora com o agravante de tentar encaixar o mal-estar da infância e seus sofrimentos em algum transtorno “conhecido”. A gravidade deste estado de coisas é inversamente proporcional à idade cronológica da criança. Nos bebês, um diagnóstico apressado pode virar uma profecia autorrealizada. Uma mãe me conta que seu bebê de 9 meses teria sido diagnosticado como autista na primeira consulta com a neuropediatra. Entretanto a criança dormia, o diagnóstico tendo sido feito unicamente a partir do relato da mãe.

Paradoxalmente, a ideia de sofrimento psíquico do bebê e de que este o expressa nos sintomas pediátricos que apresenta continua a merecer o descrédito de muitos profissionais, mesmo entre os psicanalistas. Por que falar com um bebê se ele não compreende, dizem? Com tal colocação, contestam as competências dos bebês no seu recurso à multimodalidade para sua localização subjetiva no mundo. Contestam também a importância do endereçamento de um interesse desinteressado para a constituição do bebê como sujeito. Se os bebês não fossem sensíveis à palavra, seria impossível humanizá-los.

Até cerca de 40 anos atrás, a humanização dos cuidados em UTI⁴ neonatal não existia no Brasil. Considerava-se que o bebê não sentia dor e intervenções invasivas eram praticadas em bebês sem qualquer preocupação. A clínica psicanalítica com bebês, em que pese ter quase um século de existência – sendo preciso lembrar os nomes de Winnicott, Lebovici e Dolto, entre tantos outros –, ainda é pouco praticada entre nós. A prática

⁴UTI – Unidade de Tratamento Intensivo.

clínica psicanalítica com bebês e crianças pequenas ainda é vista com preconceito e desinformação, como uma prática menor, quando não, como algo estranho à Psicanálise.

Nosso “progresso” nos tem feito caminhar de um desconhecimento do sujeito no bebê à atribuição apressada de categorias do adulto aos bebês e crianças, com sua consequente medicalização.

Uso e abuso das classificações

Desde 1952, data da sua primeira publicação (*DSM-I*), vimos assistindo a uma crescente hegemonia dos *Manuais Diagnósticos e Estatísticos de Transtornos Mentais – DSM* da Associação Americana de Psiquiatria, a APA. O *DSM* foi concebido para atender à necessidade de uniformizar estatísticas vindas dos hospitais psiquiátricos. O *DSM-II* foi publicado em 1968. Até essa versão, o Manual refletia a predominância de uma Psiquiatria psicodinâmica, em que os sintomas guardavam relação com os conflitos subjetivos⁵.

A crise que a Psiquiatria atravessou nos anos 60/70 determinou uma mudança completa nos *Manuais Diagnósticos e Estatísticos* americanos, espelhada na sua terceira versão, o *DSM-III* (1980), que perdurou até sua quinta versão o *DSM-V* (2013), atualmente em vigor. Naquela época, as críticas à Psiquiatria eram de dupla ordem: críticas, por um lado, à dificuldade de sua sustentação como especialidade médica por falta de comprovação do substrato biológico das doenças mentais – o que perdura até hoje – e, por outro lado, críticas à sua função social, entendida por alguns como reguladora e normatizadora de corpos e de costumes.

⁵MOVIMENTO PSICANÁLISE, AUTISMO E SAÚDE PÚBLICA (MPASP)/ GT 11. *Do DSM-I ao DSM-5: efeitos do diagnóstico psiquiátrico “espectro autista” sobre pais e crianças.* *Wordpress.com*, 20 jun. 2013. Disponível em: < <http://psicanaliseautismoesaudepublica.wordpress.com/2013/06/20/novo-encontro-do-mpasp-vozes-do-sus/> >. Acesso em: 19 set. 2019.

O *DSM-III* tinha duas pretensões que se entrecruzavam. A primeira delas era uma certa uniformização de categorias que permitisse a troca e o entendimento entre os profissionais das mais variadas tendências – uma espécie de língua única. Ele reivindicava para isso sua ateoricidade. Nasceram assim os chamados *transtornos mentais*. Desapareciam a categoria de psicose e o caráter dimensional desta classificação. O *DSM-III* também pretendia resgatar a Psiquiatria da crise de descrédito pela qual atravessava, vítima de críticas ao seu papel social, como mencionamos.

Mesmo não tendo sido este seu objetivo, o destino do *DSM* foi o de tornar-se uma “bíblia” da Saúde Mental. Foi como tal que ele passou a ser adotado no ensino – como um manual sobre os transtornos mentais. Com o *DSM-III*, os transtornos mentais ganharam vida própria. Como diz Mário Eduardo da Costa Pereira⁶:

Com o *DSM III* os transtornos mentais ganharam vida própria. Deixaram de ser um grupo de sintomas que o sujeito apresenta no contexto de sua história clínica para ser indevidamente considerado que o sujeito apresenta um quadro psiquiátrico por ter sido acometido pelo transtorno.

Quantas crianças recebemos cujos pais afirmam *ter* DPAC⁷, TOD⁸, TDAH⁹ ou tudo junto? Quantos bebês chegam às nossas clínicas para *confirmação* de que *têm* TEA? Foi-se o tempo em que um transtorno mental era a descrição de uma síndrome, isto é, de um conjunto de sinais e de sintomas que expressam o sofrimento psíquico de um sujeito dentro de uma história singular.

⁶PEREIRA, Mário Eduardo C. Prefácio [à tradução portuguesa]. In: CFTMEA. *Classificação Francesa dos Transtornos Mentais da Criança e do Adolescente*. São Paulo: Instituto Langage, 2018.

⁷DPAC – Distúrbio do Processamento Auditivo Central,

⁸TOD – Transtorno Opositor Desafiante.

⁹TDAH – Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade.

O resultado foi desastroso em vários níveis, com a redução da dimensão diagnóstica a um diagnóstico nosográfico e a consequente medicalização da prática clínica, isto é, para cada sintoma um remédio. Todas as manifestações do ser falante ganharam contornos de doença. O exemplo mais triste é o do luto, que passou a ser considerado depressão.

Igualmente emblemática, a epidemia de diagnóstico de autismo que vimos atravessando merece ser analisada considerando esse contexto. Nossa prática clínica com crianças pequenas atesta o crescente aparecimento de quadros clínicos que sugerem autismo em algum grau, para usar os termos do *DSM-V*, sendo curiosamente menos frequentes os quadros severos de autismo. Precisamos nos interrogar a que correspondem essas mudanças. Afinal, o que é o autismo hoje?

Não existem classificações ateóricas. Se considerarmos, com Freud e Lacan, o organismo anatomofisiológico como sendo parte do corpo erógeno e, considerando a importância do laço com outro humano para a organização do arranjo pulsional, teremos de considerar que o desenvolvimento de uma criança tem dimensões invisíveis e inaudíveis, ou seja, imateriais. O olhar não se resume à visão. A visão é função de órgão. O olhar é função psíquica. A voz não se resume à audição. A audição é função de órgão, mas a voz é função psíquica. Voz e olhar são, em Lacan, objetos pulsionais. A clínica com a criança autista dá testemunho da importância da dimensão imaterial do desenvolvimento pela criação defensiva de circuitos curtos e a recusa em constituir os objetos pulsionais enquanto tais.

Um diagnóstico que não leva em conta as dimensões imateriais do desenvolvimento – presentes no modo como o sujeito fala de si e, no caso da criança, presentes também no modo como os pais falam dela – é um diagnóstico pensado como fim e não como meio, direção de trabalho. Esta redução

da complexidade do humano, ainda que possa ser facilitadora da discussão entre pares, força o sujeito a caber no leito de Procusto.

A escuta do sujeito e a direção do tratamento

Os pais de D., menino de 6 anos, me procuraram para avaliação psiquiátrica, a pedido da psicoterapeuta da criança, com a queixa de que o filho está cada vez mais agressivo. Bate, xinga e cospe em colegas, professores, no monitor e até na coordenadora da escola. Praticamente não fica em sala de aula. Passa boa parte do tempo na sala da coordenação. Por não saber mais o que fazer, a escola tem contido o menino mecanicamente nas crises, já tendo recorrido até ao SAMU¹⁰ para isso. Faz alguns dias, a coordenação passou a exigir que os pais fiquem com a criança em sala de aula. Mas, mesmo assim, cogitam pedir a eles para retirá-lo da escola.

D. foi adotado por seus pais aos 7 meses. Antes disso, o casal tentou várias vezes a inseminação artificial, sem sucesso. Sobre os motivos de tal escolha, nada esclarecem. Fico sabendo, posteriormente, que a mãe adotiva de D. foi ela própria uma criança adotada. Os pais desejam adotar outros filhos em breve. D. sabe disso.

A criança veio três vezes ao consultório, sempre acompanhada pelo pai que está em vias de ser aposentado por doença. Crises de pânico no trabalho e “depressão” levaram ao seu afastamento. O pai se nomeia “impotente” para resolver o problema do filho.

Nas três vezes em que nos encontramos, D. brincou montando situações de guerra. Fico sabendo que, na escola, seus desenhos remetem ao mesmo tema. É um menino muito inteligente, que gosta de conversar e é muito articulado. Mas, sobre adoção, diz não querer falar. Na segunda consulta, porém,

¹⁰SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.

entra comunicando que adotou um gato. É só uma comunicação, para não falar mais sobre o assunto, apenas um pouco. Escuto nela sua tentativa de compreender o sentido desta palavra – adotar. Tem feito perguntas aos pais sobre a sua adoção. Sobre o gatinho adotado, o menino disse ao pai em consulta que era bom porque não tiveram de pagar nada por ele. D. parece se interrogar que preço os pais tiveram de pagar para tê-lo.

O comportamento do menino levaria um psiquiatra desavisado a diagnosticar Transtorno Opositor Desafiante (TOD), ao que se seguiria uma prescrição medicamentosa. A atribuição apenas de uma medicação serviria, talvez, para calar o sintoma. Seria mais fácil, e mais rápido, mas não sem o risco de essa conduta ser o passaporte da criança para o grupo daquelas que nenhuma escola quer. Esta é a segunda escola do menino. Saiu da anterior por embates de mesmo tipo.

D., criança adotada, encena com suas crises escolares uma possível expulsão da escola atual, o que parece paradoxal. Ao mesmo tempo em que se interroga sobre sua adoção feita enigma, o menino atua a sua expulsão. A expulsão nos obriga a revisitar o que está implicado na satisfação, lembra Lacan¹¹.

O comportamento de D. fala da sua dificuldade e tentativa de equacionar a questão da adoção. A criança parece interrogar em ato “O que o outro quer de mim?” Estaria o seu sintoma em condições de responder ao que existe de sintomático na estrutura familiar?

Você deve estar se perguntado, não sem razão, de que adianta colocar hipóteses metapsicológicas para acabar medicando a criança? Mediar a criança talvez, para acalmar a agitação do corpo e viabilizar uma abordagem durável no tempo, o que não é possível sem escutá-la e sem construir com os pais e a escola uma direção comum para mediar o intratável do

¹¹LACAN, Jacques. *O Seminário, Livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise* [1964]. Rio de Janeiro: Zahar, 1985.

sintoma, que se apresenta no corpo pulsional da criança e precisa encontrar outro modo de expressão.

Mal-estar e sofrimento psíquico na infância – pequenas histórias exemplares

O sujeito não existe fora de suas contingências. Que o diagnóstico possa ser aquilo que resulta de um raciocínio psicopatológico e metapsicológico, e não sinônimo de nosografia e, que ele sirva tão somente à direção do trabalho clínico a ser sustentado, é o que desejamos. Porém, um diagnóstico desse tipo, baseado em uma psicopatologia psicanalítica, exige tempo, tempo de escuta do sujeito em questão. Estamos dispostos a empregar, desse modo, o nosso tempo na clínica hoje?

As birras do bebê

Certo dia, recebi, no ambulatório do HCB – o Hospital da Criança de Brasília, um bebê de 1 ano e 10 meses. Antes que ele chegasse à sala de consulta, fui verificar o prontuário temendo ser mais um caso de autismo. Não era. Meu alívio, porém, durou pouco. A criança veio encaminhada pela Onco-hematologia do hospital, onde era tratada por neutropenia grave. Apresentava também uma dermatite importante em rosto e braços. A primeira suspeita dos médicos foi de câncer. Mas todos os exames feitos até então tinham sido normais. Os médicos passaram a desconfiar que o quadro da criança se devia à exposição a agrotóxicos.

Durante a nossa conversa no ambulatório de Psiquiatria, a que mãe e filha chegaram trazidas pelas birras da última, ficamos sabendo várias coisas. Os pais da menina de nome doce, contrastante com sua irritabilidade extrema, trabalham plantando e colhendo verduras com agrotóxicos. Sabe aquelas alfaces lindas e os brócolis que comemos por achar importantes para nossa saúde? Pois é. A mãe, mulher jovem, sabe muito sobre os efeitos destes venenos fitossanitários nos corpos dos colegas de

trabalho. Só não sabia que esses efeitos também se refletiriam na sua criança, a eles exposta desde antes de nascer.

Durante a consulta, a mãe se queixou de trabalhar muito. Já é madrugada quando vai se deitar. A bebê acompanha o ritmo da casa. Durante o dia, a doce menina brinca com o celular para que sua mãe trabalhe. A criança ainda não vai à escola. A mãe tem medo dos perigos da escola. Também não brinca fora de casa por causa do medo da mãe de que ela contraia alguma doença na areia, por exemplo. Rimos algumas vezes durante a consulta, que jeito, destas contradições do nosso tempo, pois, com tantos medos dos perigos de fora, eles estão dentro de casa mesmo. A mãe disse, por exemplo: “Ela come de tudo, adora verduras.” Seria cômico se não fosse trágico.

Intoxicada por todos os lados, inclusive eletronicamente, a criança reage. A mãe pergunta como fazer para mudar a vida “escrota” que leva (palavras dela). Depois de assegurada de que naquela consulta não ia passar por agulhadas de nenhum tipo, a bebê dormiu.

As irmãs

A menininha de quatro anos vem como sempre acompanhando sua irmã de oito anos à análise. Espicha o pescoço para dentro do consultório perguntando pelos brinquedos, ao mesmo tempo que seu olhar vasculha pela fresta o espaço enigmático da sala de consulta da irmã.

A menina de oito anos entra. Dentro, monta e desmonta avidamente cenas de Lego até conseguir falar, mais um pouco, sobre o Natal passado.

Não houve festa nem presentes. Os pais brigaram muito. O pai atirou um copo na direção da filha menor. O copo estilhaçou. O pai quebrou também a TV. As meninas ficaram muito assustadas.

Desde o Natal passado, a menina de oito anos vigia para que, em casa, ninguém eleve o tom de voz. Na sessão de análise, mostra-se muito ansiosa. Diz temer que os pais briguem de novo.

A menininha de quatro anos folheava livrinhos quando abri a porta no fim da sessão da irmã. Ao me ver, aponta a parede da sala de espera e diz para mim que é feia. Pergunta por que está quebrada, apontando a rachadura que percorre a parede e cuja textura tenta disfarçar.

A mãe se apressa em me explicar que estão pintando as paredes em casa. Procura remendar o mal-estar surgido com as palavras de sua filha menor.

Na sala de espera, a menina de quatro anos me aponta que, mesmo tendo ficado do lado de fora, também fez a sua sessão.

Tempo da infância: um tempo outro

A infância precisa ser tratada como um tempo. Não um tempo antes, um tempo outro. Montagem de medos, de apavoramentos. Montagem.

Tratar uma criança é, antes de tudo, reconhecer-lhe o direito a angústias, tristezas e medos, sem etiquetagem, mas com o oferecimento da escuta daquilo que se monta.

Abordar a criança em seu sofrimento psíquico porque ele existe. Não para consertá-la e fazê-la caber na insensatez do mundo. Antes, para ajudá-la a delimitar-se nele.

O diagnóstico precoce das condições psicopatológicas mais graves da infância, como os autismos, dá ao bebê a possibilidade de se organizar de um outro modo, sob intervenção. A clínica nos mostra como é particularmente doloroso para a criança e sua família estar no campo da linguagem, mas fora do discurso, o que ocorre quando a montagem pulsional falha.

Nenhum diagnóstico permite, porém, que coloquemos o ponto final em um caso. É possível mudar um destino dentro do autismo, dentro da psicose, dentro da neurose.

O objetivo da intervenção psicanalítica não é detectar erros e consertá-los. Não é pôr fim aos sintomas *(diz)funcionais* que a criança apresenta. O psicanalista não é um mecânico da alma. Mas o deslocamento produzido por uma intervenção que leva em conta o inconsciente pode mudar o rumo de uma existência, mesmo e principalmente em bebês.

Uma escuta qualificada permite perceber qual é o modo de *(diz)funcionamento* que a criança apresenta – no caso dos bebês, sua inscrição corporal – e intervir aí com a palavra justa, para que o movimento desejante do sujeito possa seguir seu curso.

O sujeito nasce pela voz, o bebê nasce pela boca: um deslocamento necessário

O nascimento de um bebê na família de P., menino autista, na época com 8 anos de idade, o fez começar a colocar uma série de perguntas sobre a origem até que um dia, no início de uma sessão, ainda na sala de espera, ele formula o que poderíamos chamar de uma primeira teoria sexual infantil: “O bebê nasce pela boca?”, pergunta. Partindo de uma criança cujo impasse se instalou, muito precocemente, na fala, essa pergunta ganha um caráter ainda mais fantástico. A mãe me olha e sorri apiedada do que nomeia “a inocência do filho”¹².

A voz traz a marca particular de um sujeito. Quando passa a poder falar em seu próprio nome, e a formular o que não compreende sob a forma de questão, a criança assume seu lugar de sujeito, sob a mediação de um corpo ligado à rede de significantes da linguagem e referido ao desejo do Outro. A tentativa de produção, primeiro, de sons e, depois, de fala faz do

¹²CATÃO, Inês. *O bebê nasce pela boca: voz, sujeito e clínica do autismo*. São Paulo: Instituto Langage, 2009.

infans, a um só tempo, ator e produto de seu próprio processo de subjetivação.

De seu mutismo aos 2 anos ao medo de barulho, que o fazia tapar os ouvidos, até ele o interrogar em tratamento, P. parece ter reconstituído o caminho que do som leva à dimensão musical e desta à voz e, em seguida, à fala. Na ocasião em que pôde formular esta pergunta, ela já não era sobre ruídos, mas sobre o enigma da origem, comum a todos nós. Com sua enunciação, P. diz mais do que pensa dizer.

A voz é o mais antigo poema, potência de fala. O trabalho do psicanalista é, a partir da escuta das vozes aprisionadas no corpo, permitir a todo sujeito soltar a própria voz. O sujeito nasce pela voz. É pela boca que nasce o bebê.

Partindo de experiências clínicas e teóricas diferentes, os textos que compõem este livro têm em comum a preocupação com o avanço sobre a infância e a adolescência de um discurso e uma prática que reduzem os fenômenos subjetivos a um dado orgânico, desconhecendo a complexidade dos acontecimentos no humano.

O livro está dividido em quatro partes. A Parte I – *Como classificar o sofrimento psíquico?* – é composta por 3 artigos:

O artigo de **Silvia Disitzer** traz um histórico do *DSM* e seu efeito sobre a hegemonia do paradigma biológico na Psiquiatria atual.

Em texto instigante, **Rossano Cabral Lima** parte do retrospecto crítico das duas classificações mais em uso atualmente – o *DSM* e a *CID* –, mostrando a transformação sofrida pelo modo de lidar com a psicopatologia na infância e na adolescência até chegar, no *DSM-V*, à noção de neurodesenvolvimento, que corresponde à ascensão das neurociências.

Mário Eduardo da Costa Pereira relembra em seu artigo que, para os médicos gregos, a anamnese não se resumia

a uma coleta de informações, mas a um dispositivo de fala e de escuta de um real impossível de suportar. Mostrando que a patologia encontra-se hoje reduzida à nosologia, Mário Eduardo interroga “O que seria uma Psiquiatria que, sem abandonar sua especificidade de disciplina médica, fosse organizada em torno da ética do respeito e do cuidado com a singularidade do sujeito e de seu desejo?” Pois, “Se a doença e a nosologia não servem mais de âncoras morais e epistemológicas para orientar o ato médico, a questão do *pathos*, enquanto padecimento e gozo próprios a um sujeito singular, persiste e se impõe cada vez mais.”

Na Parte II – *A medicalização mais além do remédio* –, temos 4 artigos:

Fabíola Giacomini, Francisco dos Santos Filho e Luciana Cezar circunscrevem o estatuto científico e epistemológico da patologização dos comportamentos discrepantes na infância, lembrando que “a discussão proposta pela noção de medicalização critica o alastramento do reducionismo organicista operado por alguns setores da medicina sobre o campo de problemas do funcionamento psíquico discrepante” indissociável, segundo os autores, dos vínculos e experiências do ser humano.

Wagner Ranña relembra a Epigenética, disciplina que estuda as mudanças induzidas pelo ambiente na expressão ou no silenciamento dos genes, e também a noção de Neuroplasticidade, para frisar a complexidade da abordagem do desenvolvimento humano e do sofrimento psíquico.

Renata Guarido aborda as transformações de gênero a partir de um caso clínico dentro dos questionamentos sobre a medicalização da sexualidade.

Vitor Franco e Leonor Amaral criticam a “segmentação introduzida pelo pensamento disciplinar o qual promoveu uma clivagem entre as diferentes formas de entender o desenvolvimento normal e psicopatológico, educativo e clínico,

interno e relacional” para lembrar que uma Educação Inclusiva exige uma articulação transdisciplinar. Os autores sustentam que “a educação é única, e que as crianças com deficiência têm direito a aprender junto com as outras”, como afirmado na Declaração de Salamanca. Assim, a Educação Inclusiva deixa de ser uma educação especial, desafiando todo o entendimento do que seja educação hoje.

A Parte III – *O sintoma, uma solução singular – é composta por 3 artigos:*

Julieta Jerusalinsky, Márcia Innocêncio Moreno e Fernanda de Almeida Pimentel trazem um questionamento da situação de epidemia diagnóstica de TDAH e uma experiência de saúde pública em São Paulo que faz objeção à medicalização do sofrimento na infância. Concluem lembrando a importância do reconhecimento de que há um sofrimento psíquico nos primeiros anos de vida da criança.

Michele Kamers aborda, a partir de um caso clínico, os efeitos da nomeação diagnóstica na constituição psíquica da criança, como profecia que antecipa o seu futuro, mas também baliza e justifica seus atos, falas e condutas, inserindo a criança no laço social a partir de uma patologia.

Angela Vorcaro, Rodrigo Pardini Guedes e Daniela Couto interrogam os efeitos da medicação sobre a criança que lhe retiram “a potência que o sintoma comporta enquanto solução singular inventada pela própria criança.” Do mesmo modo, a “pressa ao medicar o sintoma sem a sua devida escuta desaloja os pais de sua função de cuidadores e educadores, estabelecendo em seu lugar um ideal padronizado de normalidade”.

Na Parte IV – *Orelhas para o mal-estar: algumas práticas de intervenção* –, os 4 artigos abordam o relato de práticas de escuta do sujeito, desde antes do seu nascimento, passando pelos

impasses da infância e tratando da importante questão atual do mal-estar nas universidades.

O artigo de **Hervé Bentata** traz o histórico da criação da Unidade de Psicopatologia Perinatal de Saint-Denis, no subúrbio de Paris.

Maria Eugênia Pesaro e Cristina Keiko relatam duas propostas de intervenção subjetivante para crianças pequenas com entraves psíquicos no Lugar de Vida, em São Paulo.

Cristina Hoyer apoia suas reflexões sobre o caso clínico de uma criança de 3 anos de idade para interrogar “Afinal, quem suporta suportar o sofrimento psíquico?”

Por fim, **Marcelo Veras** traz sua experiência à frente do PsiU, o Programa de Saúde Mental e Bem-estar da Universidade Federal da Bahia, a UFBA, um dispositivo que acolhe o sofrimento subjetivo no âmbito universitário onde “muitos jovens ficam à deriva, perdidos em identificações precárias, buscando um tratamento para o gozo que escapa ao ideal do sonhado projeto de um diploma universitário”. Esse é o grande trote, diz o autor, enfatizando a importância de uma orelha a postos para uma escuta.

Esta é, enfim, a aposta de todos nós, autores deste livro.

Sobre a autora

Psicanalista membro da Escola Letra Freudiana (RJ), docente da Faculdade de Medicina da Escs – Escola Superior de Ciências da Saúde (DF), psiquiatra infantil da SESDF – Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal, preceptora da Residência Médica em Psiquiatria da Infância e Adolescência e das residências médicas em Pediatria da SESDF, pós-doutora em Psicopatologia Clínica pela Universidade de Nice (França),

doutora em Psicologia Clínica e Ciências da Educação pela Universidade de Coimbra (Portugal), autora do livro *O bebê nasce pela boca: voz, sujeito e clínica do autismo* e de numerosos artigos publicados em revistas e livros especializados no Brasil e na França, escritora. *E-mail*: <cataoines@gmail.com >.

Referências

CATÃO, Inês. *O bebê nasce pela boca: voz, sujeito e clínica do autismo*. São Paulo: Instituto Langage, 2009.

DUNKER, Christian I. L. *Mal-estar, sofrimento e sintoma: uma psicopatologia do Brasil entre muros*. São Paulo: Boitempo, 2018.

LACAN, Jacques. *O Seminário, Livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise* [1964]. Rio de Janeiro: Zahar, 1985.

MOVIMENTO PSICANÁLISE, AUTISMO E SAÚDE PÚBLICA (MPASP)/GT 11. *Do DSM-I ao DSM-5: efeitos do diagnóstico psiquiátrico “espectro autista” sobre pais e crianças*. *Wordpress.com*, 20 jun. 2013. Disponível em: < <http://psicanaliseautismoesaudepublica.wordpress.com/2013/06/20/novo-encontro-do-mpasp-vozes-do-sus/> >. Acesso em: 19 set. 2019.

PEREIRA, Mário Eduardo C. Formulando uma Psicopatologia Fundamental. *Rev. Latinoam. Psicopatol. Fundam.* [online], v.1, n.1, p.60-76, 1998.

PEREIRA, Mário Eduardo C. Freud, o sujeito da psicopatologia e o futuro da Psiquiatria. In: KEHL, Maria Rita El al. (Org.). *Por que Freud hoje?* São Paulo: Zagodoni, 2017.

PEREIRA, Mário Eduardo C. Prefácio [à tradução portuguesa]. In: CFTMEA. *Classificação Francesa dos Transtornos Mentais da Criança e do Adolescente*. São Paulo: Instituto Langage, 2018.

PEREIRA, Mário Eduardo C. Psiquiatria baseada no sujeito: o sujeito da psicanálise como fundamento ético para a clínica médica e psiquiátrica. In _____. *Mal-estar na infância e medicalização do sofrimento: quando a brincadeira fica sem graça*. Salvador: Ágalma, no prelo.

VIEIRA, Marcus André. Nota sobre a criança, de Jacques Lacan: uma leitura [2005]. Disponível em: < www.litura.com.br/curso_repositorio/uma_leitura_de_notasobre_a_crianca_dej1.pdf >. Acesso em: 14 set. 2019.