

RESUMO

O artigo discute as especificidades da clínica com crianças e adolescentes residentes em abrigos públicos, apresentando alguns resultados de trabalho de pesquisa e ressaltando a importância de se evitar um rótulo para essa experiência clínica. Aponta a relevância da realidade social na clínica e do trabalho em conjunto com a equipe do abrigo e do judiciário.

Descritores: *clínica; crianças abrigadas; psicanálise.*

CARACTERÍSTICAS DE UMA CLÍNICA PSICANALÍTICA COM CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE SOCIAL

Sônia Altoé
Magali Milene Silva

Introdução

O presente artigo objetiva abordar algumas questões suscitadas pela experiência clínica relacionada à pesquisa intitulada “Criança e adolescente em situação de vulnerabilidade social: um estudo sobre o desamparo, a angústia e os processos identificató-

■ Professora adjunta do Departamento de Psicologia Social e Institucional do Curso de Especialização em Psicologia Jurídica e do Programa de Pós-Graduação em Psicanálise da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

■ ■ Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Psicanálise da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), bolsista da Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

rios”.¹ Essa pesquisa envolve cotidianamente o entrelaçamento da clínica, da pesquisa e do engajamento social, despertando uma reflexão constante acerca da ética que sustenta o trabalho analítico. É uma intervenção no campo social que envolve pelo menos três instituições: o abrigo, o judiciário e a universidade.

Iniciamos em agosto de 2006, no Serviço de Psicologia Aplicada (SPA/UERJ), atendimento clínico psicanalítico com crianças e adolescentes que residem em abrigo da prefeitura do Rio de Janeiro. O motivo do abrigo engloba muitas situações que causam grande sofrimento: residirem nas ruas, sofrerem maus-tratos e violências, serem abusados sexualmente, não contarem mais com cuidados familiares. A recorrência dessas situações e o fato de se encontrarem separados de sua família, vivendo em abrigo, nos levou a perguntar se haveria uma clínica específica para atender as particularidades desta clientela. Buscaremos apresentar e discutir o que consideramos como especificidade desta clínica – dando ênfase à psicanálise com crianças –, e nos perguntamos se esta especificidade requer uma nomeação.

Levamos em conta, neste artigo, as recomendações de Freud em um texto de 1919, no qual ele prevê que a psicanálise, no futuro, se dedicaria ao trabalho com as classes sociais menos favorecidas, afirmando que deveria ser de encargo público e chamando a atenção para o seguinte:

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, 1919/1996a, p.181)

Vamos, a seguir, situar algumas características de como o trabalho se desenvolve e refletir sobre a “forma” que nele se delinea. Uma primeira característica de nosso trabalho é o atendimento dentro de um serviço público (SPA/UERJ) junto a outro serviço público (abrigo da prefeitura do Rio de Janeiro), *não havendo pagamento direto* pelo tratamento nem pela criança nem pela instituição de tutela.

Nossa prática clínica toma como regra fundamental aquela colocada pelo fundador da psicanálise, no artigo “Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise” (Freud, 1912/1996b) – a associação livre é regra imprescindível ao trabalho analítico. Pedir ao paciente que fale para que então uma intervenção possa ser proposta implica que o saber sobre o sujeito em análise não é prévio,

mas se dá na prática clínica. Essa concepção do tratamento tem como consequência que toda clínica é pesquisa, como o próprio Freud (1913/1996c) afirma – na prática psicanalítica, tratamento e investigação coincidem. Este entrelaçamento crucial entre pesquisa e clínica – norteador por uma ética que concerne à emergência do sujeito – é a base de nossa prática clínica.

A aposta de Freud no inconsciente implica que o falar pode revelar algo para além do que se diz. A regra da associação livre nos diz que algo do sujeito – tal como será formulado por Lacan – é evocado, pois essa regra requer que se fale sem qualificar o que se está falando (Elia, 2007; Teixeira, 2000). A partir de uma fala concreta pode emergir o sujeito do inconsciente, entre o dito e o dizer, nunca resumido a um atributo. A técnica psicanalítica evoca o sujeito para que se possa operar sobre ele, pois supõe que há um saber do lado do sujeito que ultrapassa a qualificação consciente. No atendimento às crianças, oferecemos alguns brinquedos, jogos, lápis, papel, cola, massinha, o que permite, através de seu livre brincar, a expressão dos seus conflitos inconscientes.

As crianças e adolescentes que atendemos se encontram em situação de grande vulnerabilidade social e por isto foram residir no abrigo. Isto significa que instituições (privadas – a família – e públicas – creche, escola, etc.) não puderam garantir seu cuidado, sendo suas histórias atravessadas por diversas separações e rupturas.

Especificidades do campo de pesquisa

Vejam as características do abrigo que fica situado próximo à UERJ. Trata-se de um abrigo de grande porte, na medida em que atende a mais de cem crianças e adolescentes. As crianças residem num conjunto de casas separadas por faixa etária, utilizando roupas e brinquedos de forma coletiva. Os adolescentes do sexo feminino e masculino residem em outras casas no mesmo terreno, e as jovens mães e seus filhos em pequenos quartos individuais, podendo guardar objetos pessoais. Eles podem permanecer no abrigo até os 18 anos. Há uma assistente social encarregada das crianças ou adolescentes em cada casa.

Os educadores são os responsáveis diretos pelos cuidados diários, cabendo a eles a organização e acompanhamento da rotina dentro e

fora do estabelecimento. As crianças são trazidas ao SPA pelos educadores e os adolescentes vêm sozinhos. Há um número pequeno de educadores por criança e uma alta rotatividade, em parte devido ao baixo salário (salário mínimo), em parte às dificuldades que o trabalho apresenta. Não lhes é exigida nenhuma formação, além do segundo grau completo. São contratados por ONGs, não fazendo parte do quadro de funcionários da prefeitura.

A situação de abrigo visa a ser transitória, oferecendo ao abrigado um período de apoio para que sua situação de vida se reorganize, ou seja, que ele possa voltar a morar com a família de origem ou ser encaminhado para outra família; no caso de um adolescente, temos ainda a possibilidade de ele se engajar em atividades profissionais, via estágio remunerado, a fim de gerir sua vida sozinho, indo morar com amigos, namorado(a) ou num albergue para adultos. É frequente, entretanto, que essas crianças e adolescentes fiquem longos períodos abrigados, sendo comum, também, que a mudança de local de moradia ocorra de maneira repentina, sem que se tenha trabalhado com eles anteriormente esse fato. Também acontece de alguns jovens não se desvincularem do abrigo, sendo convidados a se tornarem funcionários nesse estabelecimento.

A partir dessas considerações, podemos apontar um outro elemento que caracteriza esta clínica: *o tempo de permanência no tratamento*. Este pode

ser interrompido porque a pessoa não deseja continuar, mas também porque ela sai e não volta mais para o abrigo, porque a mãe resolve levá-la para casa, porque é transferida para outro abrigo, e ainda quando é encaminhada para uma família acolhedora ou adotiva. Mesmo que saibamos que algo está para acontecer, é difícil ter uma previsão clara de quando isto vai ocorrer – significa que é possível esperar meses ou o fato novo acontecer repentinamente. Buscamos nos manter informados para trabalharmos com nosso paciente o novo acontecimento e assegurarmos nossa disponibilidade para a continuação do atendimento mesmo após a saída do abrigo – o que raramente sucede.

Podemos dar como exemplo dessa dificuldade de continuidade na análise um garoto que veio inicialmente com 12 anos e que ficou em tratamento vários meses, sendo encaminhado para uma família acolhedora, isto é, uma família que recebe a criança ou adolescente, mediante pagamento da prefeitura – esta situação acontece quando são observadas possibilidades de que a criança volte para sua família de origem. Esse encaminhamento acolheu um pedido insistente do adolescente: “*quero ter uma família normal, em que o pai e a mãe deem carinho ao filho e conversem com ele.*” Tentamos que continuasse o tratamento, mas não foi possível, apesar do contato com a família acolhedora. Através das assistentes sociais, tomamos conhecimento de que, depois de fa-

zer alguma arte, assustado, fugiu da família, indo para outro abrigo. Após muito tempo, compareceu em horário de atendimento, acompanhado de uma psicóloga que se apresentou dizendo que ele havia insistido tanto em ver “*sua psicóloga da UERJ*”, que ela o trouxera, pois ele alegava preferir ser atendido ali, mesmo que ela pudesse oferecer atendimento onde ele estava. Na consulta, ele disse que não gostava de ser atendido no abrigo e lembrava que, falando com esta analista, “*ficava menos agressivo*”. Veio somente duas vezes. Um tempo depois, uma outra assistente social buscou tratamento para um jovem com o mesmo nome – conferimos nossas anotações e vimos que se tratava do mesmo garoto, agora com 16 anos. A analista aceitou o pedido e falou com ele por telefone – ele hesitou dizendo “*já parei tantas vezes...*”. Nessa ocasião, ele disse que era obrigado a vir para poder conseguir um estágio remunerado que tanto queria. Foi convidado a vir algumas vezes para falar sobre isto. A analista afirmou que não podia aceitá-lo por ele ser obrigado a vir, sendo necessária uma decisão dele. Após hesitações, ele retornou algumas vezes, verbalizando sua aceitação de que a analista entrasse em contato com seus pais. Através de conversa telefônica, a mãe foi chamada para vir três vezes, mas faltou; a assistente social estava em busca de contato com o pai (um ex-presidiário). Sinalizado que o contato com a mãe continuaria a ser buscado, ele

disse: “*não adianta, ela não vem mesmo*”, o que de fato aconteceu. Infelizmente, a analista teve que se ausentar por motivos de saúde e, na volta, o jovem disse que não queria continuar. A analista assegurou que poderia recebê-lo novamente caso ele desejasse.

O que queremos dizer é que, apesar de buscarmos a constância no atendimento (inclusive em período de férias e greve universitária), há fatores que são específicos do contexto em que essa clientela vive. Trata-se de uma dificuldade a mais para o trabalho analítico. A continuidade do tratamento ultrapassa a relação do analista com o paciente e, quando o tratamento é interrompido, temos de nos haver com isso, tendo que estar sempre atentos ao movimento da instituição, ao momento da vida de cada um deles, à transferência repetindo as rupturas.

A vivência de desamparo² dessas crianças está relacionada à desestruturação de suas famílias, que vivem numa situação de desestruturação social. Em nome de sua proteção, elas sofrem a ação do Estado, que repete de maneira dramática a desestruturação social (já vivida pela criança) no atendimento institucional precário que lhes é oferecido. Talvez não possamos generalizar, mas é fato que falta na cidade do Rio de Janeiro uma ação efetiva e objetiva – oferecendo acolhimento e cuidados contínuos – para atenuar o sofrimento das crianças, motivo alegado pelo Conselho Tutelar e instâncias do judiciário para interná-las em abrigos, separando-as de seus familiares. Uma vez separados, cria-se outro problema importante que podemos observar e que é mencionado por vários autores – “quando as crianças são separadas de seus pais os mais intensos sentidos são despertados. É preciso levar em conta”, escreve, em 1939, Winnicott (1939/2002, p.38). Separadas de seus filhos, as mães sofrem, e se essa separação for longa elas acabam por se desligar deles, buscando outros interesses e alegrias na vida. Bolzinger, psicanalista francês, também afirma num artigo que “quando os pais são destituídos de seu papel tutelar, eles acabam por se desinteressar pela criança. Sobretudo se são pequenas... Eles são despojados de seus lugares de pais, desvalorizados, ou mesmo depreciados” (1993, p.295).

A questão do tempo nos leva também a fazer algumas considerações sobre a questão da *demanda de análise*. Em geral, a criança não demanda análise por sua própria condição de dependência, e não por ser incapaz de fazê-lo. Em análise, a criança pode ou não formular uma demanda como sua (Mougin-Lemerle, 1993). Na clínica com crianças em consultório particular, a demanda é sempre feita por um outro, um adulto – em geral, seus pais. Nas publicações sobre psicanálise com crianças, é enfatizada a importância dada às entrevistas com os pais, ao que os pais têm a dizer sobre a criança, colocando essas entrevistas como imprescindíveis. Esta característica, entre outras, nos leva a dizer

que esta clínica não segue alguns padrões considerados necessários para que aconteça o tratamento analítico com crianças.³ Na experiência que relatamos, o encontro do analista com os pais é uma possibilidade remota pelas dificuldades inerentes à situação da criança abrigada – o laço familiar já se encontra bastante tênue e esgarçado.

A demanda de tratamento é sempre feita pela assistente social que é recebida pela equipe. Tomamos conhecimento do *motivo do pedido de atendimento*, ouvimos o relato sobre a criança ou adolescente e recebemos seu relatório social. Os motivos mais frequentes são: criança muito agitada e agressiva no abrigo, na escola ou mesmo quando vai para a casa da mãe; criança internada por negligência e abuso sexual – manipula o corpo de colegas, briga muito, faz brincadeiras sexuais; criança muito triste, não come bem, não se relaciona com os outros. Quanto aos adolescentes, temos: maltrata o próprio filho, é negligente com seu bebê; depressão com risco de suicídio; faz muita confusão entre colegas e funcionários, inventa histórias; há suspeita de ser homossexual; adolescente que usa drogas; adolescente que não se dá bem com a mãe e esta quer que ele volte para casa.

Em outro momento, nós analistas recebemos a criança ou adolescente, com quem falamos sobre sua vinda, sobre as considerações da assistente social a seu respeito, sobre o que é o tratamento. Oferecemos a

possibilidade de algumas entrevistas para que possa tomar sua decisão, o que não caracterizamos como entrevistas preliminares e nem temos como objetivo fazer um diagnóstico. Mas consideramos importante que a criança ou adolescente tenha a oportunidade de conversar sobre este encaminhamento feito pela assistente social e possa (ou não) formular uma demanda como sua. Em geral, aqueles que são indicados ficam no tratamento – uma a duas vezes por semana –, mas alguns, depois de certo tempo, não querem mais vir. Nesses casos, pedimos à assistente social que volte a conversar com quem ela encaminhou e a convidamos para que venha conversar conosco junto com a criança ou adolescente, o que às vezes possibilita a continuidade. Pensamos que em alguns casos é importante, na consulta, a presença da assistente social ou do educador que convive com a criança, mas não fazemos disto uma regra. Consideramos que temos que estar muito atentos à escuta da criança para desvincular seu tratamento de um pedido da assistente social, no sentido de ser uma obrigação da qual ela não pode fugir, uma vez que se encontra em situação de tutelada. Nesse sentido, ressaltamos para ela e para o educador (quando nos é dito que a criança não quis vir, que fez pirraça) que ela não é obrigada a vir (que pode faltar a uma consulta ou outra, ou mesmo interromper o tratamento, lembrando que é importante vir falar conosco diretamente). Per-

cebemos a utilidade de destacar mais de uma vez o contrato, a regra de falar tudo que quiser sobre si, suas lembranças, seus sonhos, sobre o que se passa na escola, no abrigo, ou em relação ao que se passa no atendimento, enfatizando que o que se fala ali é segredo entre a criança e o analista – que nada será comentado com a assistente social, Juiz ou outro adulto, como sua mãe ou educador.

É fundamental sublinhar que, na situação de trabalho que se apresenta, não é fácil sustentar o *lugar de analista*, – levando em conta os poucos dados que temos sobre a criança, a situação instável de sua vida, do encaminhamento possível de volta para casa ou para adoção que não tem prazo para se resolver, sabendo que tudo depende também do trabalho das assistentes sociais, da burocracia do judiciário e da decisão do Juiz. Tudo isto, lembrando que diversos autores colocam que o sintoma da criança não é só dela. Lacan (1969/2003) diz que o sintoma da criança responde ao sintoma do casal parental. Podemos dizer que, no caso das crianças abrigadas, se relaciona também com a qualidade do acolhimento da instituição que a abriga.⁴

De maneira sucinta, podemos dizer que a inconstância dos educadores, a inconstância às sessões, as incertezas e demoras no encaminhamento de suas vidas, aliadas a uma história entrecortada por rupturas, separações e situações traumáticas,

fazem parte do contexto que essas crianças enfrentam.

Outras práticas clínicas: a questão da nomeação

Considerando que nossa escuta clínica é atravessada por esse contexto e pelas características da clientela, fizemos uma pesquisa bibliográfica, encontrando alguns trabalhos publicados e uma variedade de estilos e de abordagem teórica. Entre eles, alguns autores, na tentativa de caracterizar a clínica realizada em contextos sociais específicos, formularam nomeações: clínica da exclusão (Poli, 2005), clínica do território (Vilhena, 2002), clínica nas trincheiras (Maranhão, 2009). A partir dessas leituras, uma questão importante se colocou para nossa equipe: deveríamos nomear nossa clínica? Que implicações esta nomeação poderia ter? Vejamos antes, de maneira sucinta, como esses trabalhos clínicos são descritos pelos autores a fim de entendermos melhor a nomeação utilizada no título de seus trabalhos.

A interessante e complexa teorização feita por Maria Cristina Poli (UFRGS) refere-se ao atendimento clínico realizado com adolescentes internos em uma instituição pública brasileira de acolhimento de jovens afastados de suas famílias (FEBEM). Discute a particularidade da construção subjetiva na adolescência, marcada pela característica de sa-

ída da família e entrada em instituição estatal, contrastando duas situações singulares: a construção subjetiva na adolescência, concebida como momento da constituição do *sinthoma*,⁵ e o papel da situação social nesse processo, especificamente no caso de instituições de abrigo. Para a autora, a sociedade reserva um duplo lugar de exclusão para esses jovens: como detritos, excluídos do princípio organizador do laço social; e identificados a esse princípio – portanto, como aqueles que estão fora de sua norma. Esse lugar em que são colocados pelo imaginário social acabaria por criar dificuldades na elaboração e sustentação do laço social. O título do livro, *Clínica da exclusão*, refere-se à consideração dos efeitos dessa dupla exclusão social na constituição do sujeito, especialmente a partir do atendimento de adolescentes, considerando a adolescência como processo em que a posição subjetiva constituída na infância é reafirmada ou reconfigurada.

A expressão “clínica do território”, utilizada por Júnia Vilhena (2002), visa a ressaltar a importância do território como agenciador de subjetividades a partir de trabalho clínico realizado em posto de saúde de uma favela carioca. No artigo, a autora destaca a influência do lugar em que se vive na constituição da identidade, ao mesmo tempo que caracteriza a favela como um contexto que oferece dificuldades a essa construção. O território favela se caracterizaria por expor seus moradores a sucessivas experiências de desenraizamento: trata-se em grande parte de pessoas que vieram de diferentes lugares, em especial do nordeste; ocorrem deslocamentos das fronteiras por intervenção pública; migração motivada por busca de emprego; mudanças forçadas pela valorização das áreas urbanas que antes ocupavam. A autora propõe, então, que a instabilidade da favela, aliada à identidade fixada que a sociedade tem das pessoas que nela vivem, afeta negativamente a construção da subjetividade de seus moradores. Esta pesquisa está relacionada ao trabalho da professora e pesquisadora da PUC-RJ, onde se realizam diversos outros trabalhos de atendimento clínico. Para o propósito desta discussão, citaremos, a seguir, um deles.

A dissertação de mestrado de Maria Alice Maranhão (2009) traz a nomeação “clínica nas trincheiras”; seu trabalho de pesquisa refere-se ao atendimento clínico a crianças realizado no espaço físico de uma escola situada numa favela. Em sua análise, a autora destaca a particularidade do atendimento a essas crianças que vivem num território específico, caracterizado como uma “trincheira”: a favela. Dedicar-se especialmente ao estudo da influência do ambiente “favela” na construção da identidade das crianças atendidas, tendo como base a teoria de Winnicott. Verifica a importância de se considerar o território como “agenciador da subjetividade”, buscando na clínica “fortalecer o sujeito para que ele possa transformar o social”(p.105). O título “clínica nas trincheiras” se refere à consideração da influência do ambiente da favela na formação subjetiva e, também, no trabalho de atendimento clínico.

Não pretendemos com essa exposição do trabalho de outros autores contrastar as propostas apresentadas, analisando o atendimento realizado; buscamos assinalar a particularidade do trabalho e sua relação com a nomeação escolhida por esses autores para caracterizar o que consideram como uma especificidade de sua clínica.

Após o estudo desses trabalhos, a pergunta que nos colocamos é se, ao usar uma nomeação para marcar o que se considera como uma especificidade clínica, não se correria o risco de cristalizar um atributo, como excluído, entrincheirado, desamparado, territorializado. Utilizar uma nomeação na publicação não quer dizer que o autor, na sua prática clínica, esteja cristalizando essa qualificação, mas nos perguntamos o efeito que essa nomeação pode ter sobre aqueles que leiam o texto e que tenham uma prática de atendimento. Nomear, nesse caso, não poderia contribuir para fixar a criança ou adolescente nesse lugar de excluído, entrincheirado, desamparado, reforçando o lugar que o imaginário social tradicionalmente destina a essas pessoas? Ao formular esta questão, levamos em conta longos anos de trabalho com crianças pobres e o peso do imaginário social veiculado não só através das políticas públicas, mas também pelas pessoas que trabalham diretamente com elas. Nesse sentido, a responsabilidade da inserção da psicanálise é ainda maior.

Algumas considerações sobre uma clínica do sujeito

Ao propor uma clínica do sujeito, nos referimos ao singular irredutível a qualquer qualificação. Nos atendimentos, consideramos o peso da realidade social, tendo como foco a emergência do sujeito. Buscamos a construção de uma escuta clínica que leve em conta a especificidade social dessas crianças e adolescentes, sem com isso reduzi-los a efeitos da determinação social, o que poderia tamponar desse modo o efeito sujeito (Rosa, 2007). Consideramos que, nessa situação, em que se entrelaçam a instituição de cuidados (abrigo) e a instituição jurídica (Juiz da Infância, da Juventude e do Idoso), mais atento ainda deve estar o analista no trabalho de favorecer a criança a sair de um discurso fechado – que é de seus pais, da assistente social, do educador –, um discurso *coisificante*, apresentado como um discurso da realidade, em que a criança, em geral, nada tem a dizer. Enquanto analistas, buscamos permitir à criança sair do discurso impessoal para se tornar sujeito de seu discurso (Bolzinger, 1993). Tarefa nada fácil quando a criança vive uma situação tão precária em nível familiar, social e institucional, mas, ainda assim, consideramos fundamental que lhe seja oferecida esta possibilidade.

Algumas elaborações de Miriam Debieux Rosa (2007), pesquisadora da USP e da PUC-SP, acerca de atendimentos com jovens de periferia, fortalecem o que podemos considerar uma questão da ética psicanalítica. A autora propõe que a situação de vida desses jovens os leva a suprimir sua condição de sujeito, conduzindo ao fechamento e ao silêncio. Essa situação

constrói uma barreira sólida e necessária, que tem sua expressão no que chamo de *emudecimento do sujeito e de apatia necessária, rompida por alguns, por reações violentas*. Observo nessa suspensão temporária – às vezes da vida inteira, mas temporária e não estrutural – um modo de resguardo do sujeito ante a posição de resto na estrutura social. Uma proteção necessária para a sobrevivência psíquica, uma espera, uma esperança. Penso assim pela facilidade com que, muitas vezes, algumas situações de escuta fazem surgir ali, onde parecia haver apenas vidas secas, o sujeito desejante, vivo. (p.192, itálico nosso)

Outra pergunta que surgiu para nossa equipe é se nomear esta clínica poderia ser uma forma de tamponar a angústia do analista frente a uma clínica tão distinta do habitual. Esta pesquisa foi feita por dezoito meses somente pela pesquisadora, o que a fez hesitar em dar continuidade pela angústia que lhe causava – não só pelo que ouvia dos jovens pacientes, mas também pela dificuldade em vislumbrar um encaminhamento para suas vidas frente à precariedade familiar, institucional e social das crianças e dos adolescentes. Neste caso, é ainda mais forte a afirmação de Mougín-Lemerle

de que pode ser muito “assustador” trabalhar com crianças em análise (se refere ao consultório particular) – “seu sofrimento se diz com mais espontaneidade e mais violentamente que o do adulto e requer uma disponibilidade mental e corporal para receber os enunciados duros e gestos surpreendentes” (1993, p.157).

Podemos exemplificar com algumas situações ligadas às crianças, mas também aos adolescentes: 1. chamada a fazer o reconhecimento do pai – morto de maneira brutal –, um corpo já desfigurado, a adolescente narra que olha o interior dos lábios para ver se o nome dela está ali gravado; 2. situações de rupturas e mudanças múltiplas de moradia, em que a criança se sente perdida, angustiada, completamente desamparada, sendo difícil entender e acompanhar o relato; 3. adolescente cuja mãe morre repentinamente, o pai some de casa, ela criança, cuidada pelas mais velhas; no início de sua adolescência, é acolhida por um primo que mora em outro bairro; este a seduz, ela fica grávida numa situação de moradia difícil de permanecer e que a faz perambular pela rua com dois bebês, sendo encaminhada à polícia e, depois, para o abrigo; 4. situações de maus-tratos de uma mãe que se droga e que bate, machuca, fere o corpo de um menino de seis anos, levando-o a vagar pelas ruas; ninguém da família se considera obrigado a ficar com ele, apesar de um claro desejo seu de permanecer com seus irmãos ou com o avô paterno, com quem morou por um tempo (o avô diz que o considera como neto, mas alega que seu filho não registrou a criança e está preso; não tendo a certeza se a criança é de fato seu neto, não quer mantê-lo junto a sua família).

Frente a todas as dificuldades que encontramos, podemos dizer que, para que o trabalho analítico aconteça, não é suficiente que a criança ou adolescente queira se tratar; é preciso encontrar um analista que se aventure nesta empreitada.

Pois, é aí que está o grande segredo da descoberta freudiana: o tratamento analítico supõe que um psicanalista se engaje, ou seja, se preste a este laço amoroso designado por Freud sob o nome de transferência. A transferência é o nome deste laço social pelo qual o sujeito deve necessariamente passar para se apreender como tal. Somente pela passagem do amor de um outro, o psicanalista, é que os efeitos do desconhecimento do eu poderão ser suplantados e o desejo do sujeito se reconhecer como tal. (Chaumon, 2004, p.97)

O trabalho clínico e de pesquisa precisa avançar e se aprofundar em muitos pontos. Sobre o trabalho do analista com criança, nesta

clínica, consideramos que – através da transferência e de seu desejo – consiste, sobretudo, em “desfazer o que foi, digamos... malfeito na alçada do sujeito: os nós do significante com o gozo no sintoma”, para citar uma das fórmulas de Colette Soller (1994, p.11) sobre este tema.

Gostaríamos de dizer que a questão do desejo do analista deve ser constantemente elaborada, pois, nesta clínica, é grande o risco de se cair no lugar daquele que se preocupa com a educação,⁶ com os cuidados dispensados à criança, tanto dos cuidados diários como de saúde física ou, mesmo, de vestuário. Se na psicanálise com crianças no consultório particular há um consenso de que se deve ser muito prudente no “querer o bem” da criança, nossa prática nos mostra que é impossível não querer o bem destas crianças. Não é uma tarefa fácil, inclusive porque surgem situações nas quais é importante uma intervenção junto à assistente social, à diretora, ao Juiz, ao educador – é preciso que essas intervenções sejam feitas dentro de uma ética, para que se mantenha o lugar do analista junto à criança.

Alguns exemplos podem situar esta problemática: 1. um bebê de 1 ano com só 5 quilos – internação da adolescente com seu filho (cujo pai é o próprio da adolescente); sugestão dada à assistente social de internar a criança no hospital para ganhar peso, sem a mãe; 2. interferir, de modo que o relatório pedido pelo juiz sobre a

disposição da adolescente em entregar o filho para a adoção não incluisse a indicação de dar o filho para a própria família adotar, como recomenda o ECA; 3. chamar a atenção para maiores cuidados com uma criança que frequentemente vem à sessão com pouco agasalho, sandálias, tosse e catarro no peito; ele acabou tendo uma pneumonia com breve internação hospitalar; 4. orientar a assistente social a falar para esta mesma criança sobre a decisão do Juiz quanto à destituição do pátrio poder de sua mãe e a possibilidade de ele ser adotado por uma família, permitindo à criança sair de um tempo de espera, de indecisão/de falta de informação sobre sua situação, além de explicar porque ela continuava no abrigo; 5. interferir junto à assistente social para não paralisar a situação de indecisão de crianças, três irmãos, que aguardam, depois de mais de um ano sem visita, a decisão de voltar para a mãe ou de serem adotados. Lastimavelmente, após um ano, quando esta mãe apareceu no abrigo para falar com as assistentes sociais, dizendo que tudo aconteceu por culpa do avô, seu pai, que ela queria as crianças de volta, ela não pôde vê-los, pois havia uma proibição do Juiz nesse sentido, e a mãe novamente desapareceu.

Frente a todas as dificuldades encontradas neste trabalho clínico, a iniciativa da pesquisadora de formar uma equipe de pesquisa, com alunos do mestrado e doutorado, e a participação de uma aluna da graduação fa-

zendo o que chamamos de “sala de espera”, possibilitou um ânimo novo ao trabalho de atendimento e pesquisa. Observamos que o encontro semanal para discussão dos casos atendidos, o estudo de textos e a escrita de artigos têm sido fundamental para sustentar o trabalho clínico.

Para finalizar, consideramos que a nossa clínica visa a possibilitar à criança e ao adolescente o resgate ou, mesmo, a construção de uma narrativa sobre sua própria história, a fim de possibilitar ao sujeito contar-se de um modo diferente, pois

Não há discurso, nem enunciado ou significante que poderia dar ao sujeito uma identificação única, que lhe garantiria uma identidade, que lhe diria – “você é isto”. Não há nada que poderia parar a valsa das questões sobre o ser, nada que fixaria de uma vez por todas as orientações de seu desejo. Há uma barra sobre o Outro, uma incompletude do conjunto dos significantes, não há sentido último que permitiria (re)ligar o sujeito ao mundo. (Chaumon, 2004, p.94) ■

CHARACTERISTICS OF A PSYCHOANALYTIC TREATMENT OF CHILDREN AND ADOLESCENTS IN SITUATIONS OF SOCIAL VULNERABILITY

ABSTRACT

This article aims to discuss some peculiarities of the clinical work with children and adolescents living in public shelters, thus presenting some results of a research work and intending on highlighting the importance of avoiding a label for this clinical experience. Besides, it aims to point out the relevance of the social reality in clinical work as well as the importance of working as a team with the shelter staff and the justice system.

Index terms: clinic; sheltered children; psychoanalysis.

CARACTERÍSTICAS DE UN TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE NIÑOS Y ADOLESCENTES EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD SOCIAL

RESUMEN

En el artículo se discuten las especificidades de la terapia con niños y adolescentes que viven en albergues públicos, presentando algunos resultados de una investigación y resaltando la importancia de que se evite generar una etiqueta para esa experiencia clínica. Se señala la importancia de la realidad social en la clínica y del trabajo en conjunto con el personal del albergue y del sistema jurídico.

Palabras clave: terapia; niños albergados; psicoanálisis.

REFERÊNCIAS

- Albornoz, A. C. G. (2006). *Psicoterapia com crianças e adolescentes institucionalizados*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Altoé, S., Silva, M. & Pinheiro, B. S. (2011). A inconstância dos laços afetivos na vida das crianças e adolescentes abrigados. *Psicologia política*, 11(21), 109-122.
- Bolzinger, C. (1993). L'enfant, ses parents et le psychanaliste. In C. Allione et al., *L'enfant et la Psychanalyse* (pp. 293-300). Paris: Editions Esquisses Psychanalytiques – C.F.R.P.
- Chaumon, F. (2004). *Lacan – La loi, le sujet et la jouissance*. Paris: Michalon.
- Costa, T. (2007). *Psicanálise com crianças*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Elia, L. (2007). *O conceito de sujeito* (2a ed). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Freud, S. (1996a). Linhas de progresso na terapia analítica. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, Trad., Vol. 17, pp. 169-182). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1919)
- Freud, S. (1996b). Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, Trad., Vol. 12, pp. 121-134). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1912)
- Freud, S. (1996c). Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, Trad., Vol. 12, pp. 135-158). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1913)
- Lacan, J. (2003). Notas sobre a criança. In J. Lacan, *Outros escritos* (V. Ribeiro, Trad., pp. 369-370). Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1969)
- Lacan, J. (2007). *O seminário, livro 23: o sinthoma* (S. Laia, Trad.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Maranhão, M. A. F. A. (2009). *Clínica nas trincheiras: sobre o atendimento clínico a crianças em uma favela do Rio de Janeiro*. Dissertação de Mestrado, PUC–Rio, Rio de Janeiro.
- Mougin-Lemerle, R. (1993). De la décision de cure avec un enfant. Prolégomènes à toute cure qui voudra se présenter comme analytique. In C. Allione et al., *L'enfant et la Psychanalyse* (pp. 157-166). Paris: Editions Esquisses Psychanalytiques – C.F.R.P.
- Petri, R. (2008). *Psicanálise e infância: clínica com crianças*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud; São Paulo: FAPESP.
- Poli, M. C. (2005). *Clínica da exclusão: a construção do fantasma e o sujeito adolescente*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Rosa, M. D. (2007). Uma escuta psicanalítica de jovens da periferia: a construção de laços fraternos e amorosos. In S. Altoé, *A lei e as leis – direito e psicanálise* (pp. 183-194). Rio de Janeiro: Revinter.
- Soller, C. (1994). L'enfant et le desir de l'analyste. *L'enfant et le desir de l'analyste. Séries de la découverte freudienne*, 17, 7-11.

- Teixeira, A. (2000). Sujeito sem qualidades, ciência sem consciência. In A. Teixeira & G. Massara (Orgs.), *Dez encontros entre psicanálise e filosofia* (pp. 235-248). Belo Horizonte: Opera Prima.
- Vilhena, J. (2002). Da cidade onde vivemos a uma clínica do território. Lugar e produção da subjetividade. *Pulsional revista de psicanálise*, 15(163), 48-54.
- Winnicott, D. W. (2002). A mãe separada do filho. In D. W. Winnicott, *Privação e delinqüência* (A. Cabral, Trad., pp. 31-39). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1939)

NOTAS

- 1 Pesquisa financiada pelo Prociência.
- 2 Desenvolvemos a questão do desamparo no artigo “A inconstância dos laços afetivos na vida das crianças e adolescentes abrigados” (Altoé, Silva & Pinheiro, 2011).
- 3 Entre outros, podemos citar Mougin-Lemerle (1993) e Petri (2008).
- 4 Importante atentar para as diferenças no acolhimento não só dentro do Estado do Rio de Janeiro, mas também em outros estados. Albornoz relata em seu livro *Psicoterapia com crianças e adolescentes institucionalizados* (2006) uma situação de abrigo-residência, no Rio Grande do Sul, com condições muito mais favoráveis de acolhimento do que as que observamos no abrigo do qual se originam as crianças que atendemos.
- 5 O conceito de *sinthoma*, desenvolvido por Lacan (2007), é amplamente abordado no livro de Poli. Usamos anteriormente o termo “sintoma” em seu sentido mais genérico.
- 6 É importante lembrar que a psicanálise com crianças foi fundada historicamente nas aspirações analíticas com finalidade pedagógica ou social – Hermine Von Hug-Hellmuth, Ana Freud, S. Morgenstern (Costa, 2007).

soniaaltoe@gmail.com

Rua Fernandes Guimarães, 8/301
22290-000 – Rio de Janeiro – RJ – Brasil.

magalimilene@gmail.com

Rua Misseno de Pádua, 152B
37200-000 – Lavras – MG – Brasil.

Recebido em janeiro/2011.

Aceito em junho/2011.