



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**CARLA MARTINS DE CARVALHO GÓES**

**A CLÍNICA PSICANALÍTICA COM CRIANÇAS EM UM  
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIL:  
INTERFACES E CONTROVÉRSIAS.**

Salvador  
2016

**CARLA MARTINS DE CARVALHO GÓES**

**A CLÍNICA PSICANALÍTICA COM CRIANÇAS EM CENTRO  
DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIL:  
INTERFACES E CONTROVÉRSIAS.**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia, Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia. Área de concentração: Psicologia do Desenvolvimento.

Orientadora: Profa. Dra. Andréa Hortélio Fernandes

Salvador  
2016

G598c Góes, Carla Martins de Carvalho  
A clínica psicanalítica com crianças em um centro de  
atenção psicossocial infantojuvenil: interfaces e controvérsias /  
Carla Martins de Carvalho Goés. - Salvador, 2016.  
Xii, 113 f.: il.: 30 cm

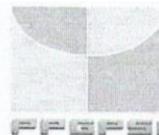
Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Andréa Hortélio Fernandes.  
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal da Bahia.  
Instituto de Psicologia. Programa de Pós-graduação em  
Psicologia, Salvador, 2016.

1. Psicologia infantil. 2. Psicanálise infantil. 3. Saúde mental.  
4. Responsabilidades. 5. Sujeito (Filosofia). I. Universidade Federal da  
Bahia. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. II. Fernandes,  
Andréa Hortélio. III. Título: interfaces e controvérsias.

CDD: 150.19



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA - UFBA  
Instituto de Psicologia - IPS  
Programa de Pós-Graduação em Psicologia - PPGPSI  
MESTRADO ACADEMICO E DOUTORADO



## TERMO DE APROVAÇÃO

“A CLÍNICA PSICANALÍTICA COM CRIANÇAS NO CAMPO DA ATENÇÃO  
PSICOSSOCIAL: INTERFACES E CONTROVÉRSIAS”

Carla Martins de Carvalho Goés

### BANCA EXAMINADORA:

---

**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Andréa Hortélio Fernandes (Orientadora)**  
*Universidade Federal da Bahia – UFBA*

---

**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Cristiane de Oliveira Santos**  
*Universidade Federal da Bahia – UFBA*

---

**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Doris Luz Rinaldi**  
*Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ*

Salvador, 26 de agosto de 2016.

Aos meus filhos maravilhosos que tanto me apoiaram e me incentivaram a produzir, Fernanda e Felipe; a meu marido, Rodolfo, pela sua dedicação e amor à nossa família; a meus afilhados, Lucas e Beatriz e a meus sobrinhos, Yasmin, Helena e Arthur, por trazerem alegria e luz para a nossa vida.

## **AGRADECIMENTOS**

Ao meu pai, Carlos, que é meu colo preferido, lugar onde encontro paz e aconchego, à minha mãe, Norma, pela aposta que sempre fez na minha vida acadêmica e pelo incentivo ao meu projeto de fazer mestrado. Ela é o meu exemplo de mulher, de mãe e de profissional.

À minha filha, Fernanda, que com a sua companhia nos momentos de estudo e escrita me dava fôlego para continuar; ao meu filho, Felipe, que com seus lanches, suquinhos e aguinhas, nos momentos mais inusitados, enchia meu coração de carinho e satisfação; ao meu marido, Rodolfo, pela paciência e apoio nesses anos em que tive que fazer escolhas em prol da produção da minha pesquisa.

Aos meus irmãos, Murilo, Sarah, Patrícia e Soraia, pelos momentos de alegria e descontração que temos quando estamos juntos. A Soraia também pelas longas conversas sobre meu tema de pesquisa que me ajudaram na construção do projeto.

Aos meus sogros, Marcia e José Walter, pela atenção e cuidado com nossa família.

À minha orientadora, Profa. Dra. Andréa Hortélio Fernandes, que com sua escuta sutil, leitura minuciosa e saber teórico, pôde provocar questões que me fizeram pensar e produzir, levando à construção de um saber a partir da clínica.

À minha análise pessoal que, a partir da angústia, me fez produzir em lugar de me paralisar.

À Profa. Dra. Cristiane Oliveira pelas considerações precisas nas bancas de qualificação I e II que me orientaram e me incentivaram a continuar caminhando no meu fazer.

A todos os meus colegas de mestrado e doutorado, em especial, Ana Laura Pepe e Claudia Saldanha, pelas contribuições teóricas e pela disponibilidade, apoio e ajuda nos momentos de dificuldade e tensão vividos ao longo desse processo.

A todos os docentes e equipe que integram o Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal da Bahia pelo auxílio, dedicação e disponibilidade em todos os momentos.

À Profa. Dra. Doris Rinaldi, pelo aceite em participar da minha banca de defesa.

Ao CAPS i da Liberdade, pelo desafio do trabalho institucional e por toda a equipe que, mesmo com tantas dificuldades, insiste na construção e exercício da clínica na saúde mental.

Por fim, meu agradecimento a todos os pacientes que atendo e atendi nos anos de exercício da minha clínica, pois me fazem querer saber e produzir cada vez mais.

Todos os homens podem ver as táticas pelas quais eu conquisto, mas o que ninguém consegue ver é a estratégia a partir da qual grandes vitórias são obtidas.

SUN TZU (2006, p. 63)

GÓES, Carla Martins de Carvalho. A clínica psicanalítica com crianças em um centro de atenção psicossocial infantojuvenil: interfaces e controvérsias. 113 f. il. color. 2016. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016.

## RESUMO

No trabalho psicanalítico com crianças em um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil, CAPS i, os desafios da clínica psicanalítica propriamente dita, com o real da psicose e da neurose grave se presentificando em casos de profundo desamparo psíquico, social e econômico, associados ao cunho coletivo do trabalho em instituição, convoca o psicanalista a questionar a operacionalidade dos dispositivos clínicos da psicanálise nesse campo multidisciplinar. A partir das experiências clínicas conduzidas nos CAPS, a psicanálise traz para a discussão a tensão existente nesse campo entre a clínica e a política, destacando a importância da articulação e do enlace entre os saberes para o exercício da clínica nesse espaço, porém poucas evidências desse diálogo são encontradas, principalmente no que diz respeito ao atendimento de crianças. Assim, a presente pesquisa pretende analisar como o discurso analítico na clínica com crianças pode se articular com os outros discursos presentes em um CAPS i e contribuir na direção do tratamento, à luz de recortes clínicos do caso de um menino de nove anos atendido por mim. Para tanto, examinou-se a especificidade da clínica psicanalítica com crianças; identificou-se o lugar da criança nas estruturas discursivas presentes nos laços sociais, tomando como a referência a teoria dos quatro discursos de J. Lacan, a fim de: analisar os discursos e práticas presentes no CAPS i; observar o tratamento dado ao sintoma e o manejo da transferência realizado pelo discurso do analista em meio aos demais discursos em um CAPS i; e, por fim, examinar a articulação entre os discursos na direção do tratamento de uma criança em um CAPS i. Esse estudo teve como referencial teórico a psicanálise e utilizou como método a construção de caso clínico. A realização dessa pesquisa torna-se relevante por possibilitar ampliar a discussão sobre crianças em sofrimento psíquico na saúde pública e seu tratamento em um CAPS i, deslocando o eixo discursivo do transtorno ou deficiência para o campo da estruturação subjetiva na interface dos campos da psicanálise, saúde mental e psiquiatria, fornecendo subsídios para a sustentação da teoria e da prática psicanalítica com crianças na saúde pública.

**Palavras-chave:** Criança. Sintoma. Transferência. Psicanálise. Ato. CAPS i.

GÓES, Carla Martins de Carvalho. The psychoanalytic clinic with children in a psychosocial care center for children and youth: interfaces and disputes 113 pp. ill. color. 2016. Master Dissertation – Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016.

## ABSTRACT

In the psychoanalytic work with children placed into Psychosocial Care Center for children and youth, CAPS i, the challenges of the psychoanalytic clinic itself, with the real of the psychosis and neurosis taking places in the severe cases of psychoanalytical, social and economic helplessness, associated to the difficulties of the job in a collective institution, convokes the psychoanalyst to question the functionality of clinical tools in this multidisciplinary field. On the bases of clinical experiences conducted in the CAPSs, the psychoanalysis brings to the discussion the conflict that exists between the clinic and the politic, pointing out the importance of the articulation between the knowledges that makes possible the exercise of the clinic in this space. However, there are a few evidences of this dialogue, especially in regards to the child's assistance. Therefore, the present research intends to analyse how the analytic discourse about the child clinic can be articulated with others discourses presents in a CAPS i and contributes on the direction of the treatment, based on the clinical case of a nine years old boy which was my patient. To reach this goal, the specifics of the child analytic clinic was examined and the place of the children in the discourse's structures in the social bond was identified, based on the Theory of four discourses of Jacques Lacan, intending to analyse the discourses and practice in CAPS i according to the Athos case; to analyse the treatment given to the symptom and to the management transfer in the analyst's discourse in between the others discourses in a CAPS i; and, finally, to exam the articulation between the discourses in the way to the treatment of a child in a CAPS i. This study is based on the psychoanalysis's theory and will have as a method the construction of a clinical case. This research is relevant because it provides an ample discussion about children in public care who suffer psychology and their treatment in a CAPS i, shifting the focus of the discussion from the deficiency to the field of the subjective structuring in the different interfaces of psychoanalysis, mental health and psychiatry, hence, providing evidence to support the theory and psychiatric practice with children in public health.

**Keywords:** Children. Sympton. Transference. Psychoanalysis. Act. CAPS i.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	O gato .....	68
Figura 2	Leão da Montanha .....	69
Figura 3	Esquema L .....	73
Figura 4	Esquema R .....	78

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

APAE	Associação de Pais e Amigos de Excepcionais
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS ad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPS i	Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil
LAISM	Leitos de Atenção Integral à Saúde Mental
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUS	Sistema Único de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>A CRIANÇA NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: UMA INTRODUÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>2</b>	<b>ESPECIFICIDADE DA CLÍNICA PSICANALÍTICA COM CRIANÇAS ....</b>	<b>28</b>
2.1	A CONSTITUIÇÃO DO SUJEITO PARA A PSICANÁLISE .....	34
<b>3</b>	<b>O LUGAR DA CRIANÇA NOS QUATRO DISCURSOS .....</b>	<b>39</b>
3.1.	OS GIROS DISCURSIVOS EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIL, EXAMINADOS À LUZ DO CASO ATHOS .....	45
<b>4</b>	<b>O TRATAMENTO DADO PELO DISCURSO ANALÍTICO AO SINTOMA DE UMA CRIANÇA EM UM CAPS i .....</b>	<b>58</b>
4.1	RECORDAR, REPETIR E ELABORAR NA CLÍNICA COM CRIANÇAS .....	67
4.2	MANEJO DA TRANSFERÊNCIA: ESTRATÉGIA OU TÁTICA NO JOGO CLÍ- NICO EM UM CAPS I .....	73
<b>5</b>	<b>UMA ARTICULAÇÃO POSSÍVEL ENTRE OS DISCURSOS NA DIREÇÃO DO TRATAMENTO DE UMA CRIANÇA EM UM CAPS i .....</b>	<b>83</b>
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>92</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>104</b>

# 1 A CRIANÇA NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: UMA INTRODUÇÃO

A presente pesquisa parte da teoria dos discursos de Jacques Lacan, a fim de analisar a possível articulação do discurso do analista com os outros discursos que se inscrevem no atendimento a crianças em um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil<sup>1</sup> (CAPS i). Esse Centro de Atenção Psicossocial consiste em um serviço que atende crianças e adolescentes de zero a 18 anos, que apresentam quadros clínicos como: neurose, autismo, psicose, esquizofrenia, a partir de um trabalho multidisciplinar.

Nesse CAPS i, eu trabalhava como técnica de saúde, na função de psicóloga e participava pela primeira vez da reunião técnica, que acontece semanalmente para discussão de casos clínicos, quando me deparei com o caso que denominei de Athos, um menino de nove anos de idade, que desde os seis anos fazia acompanhamento psiquiátrico em um ambulatório de psiquiatria da cidade, sendo encaminhado pela sua médica para o CAPS i para ter “outras modalidades de tratamento além do medicamentoso”<sup>2</sup>.

A equipe acolheu Athos a partir da prescrição médica de um trabalho multidisciplinar, e com isso fez a oferta de um pacote terapêutico que envolveu a indicação de um trabalho psicopedagógico, um trabalho de musicoterapia em grupo e o atendimento psicoterápico, que eu escolhi fazer, dando início à minha jornada em exercer a clínica psicanalítica em um centro de atenção psicossocial da infância e da adolescência.

Do exercício dessa clínica no CAPS i, a partir dos limites e desafios de operar com o discurso do analista em meios aos outros discursos presentes nesse campo, bem como da minha experiência clínica em consultório particular no atendimento a crianças e adolescentes, ambas orientadas pela teoria psicanalítica, nasceu o meu interesse em pesquisar, à luz de recortes clínicos do caso de Athos, as questões que o atendimento clínico a crianças que sofrem com seus sintomas impõe à saúde mental.

---

<sup>1</sup> A Portaria 336/2002 que regulamentou os serviços de Atenção Psicossocial no Brasil, determinou que esses os serviços de atenção psicossocial que atendem crianças e adolescentes fossem chamados de Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil, adotando a sigla CAPS i para a modalidade de serviço. Usarei essa sigla ao longo dessa dissertação.

<sup>2</sup> Expressão usada pelos técnicos nas reuniões clínicas onde foi discutido mais de uma vez o caso.

Esse tema de pesquisa traz para a discussão a sustentação da clínica psicanalítica com crianças em um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil, sendo importante, para a revisão de literatura desse trabalho, contextualizar o processo de criação desses serviços no Brasil, a efetivação de uma política de saúde mental para a infância e a contribuição da psicanálise em tal processo.

Elia (2007) entende a atenção psicossocial como uma nova lógica de assistência, oposta ao modelo biomédico que nasce a partir da adoção das experiências de desinstitucionalização, privilegiadas no Brasil entre as décadas de 70 e 80, passando a constituir o campo da saúde mental brasileira.

Na segunda metade da década de 70, no contexto do combate ao Estado autoritário, com a chegada dos protagonistas de tal combate, e do programa do movimento sanitário à gestão efetiva dos serviços e das políticas públicas, as ações em saúde ganharam um cunho institucionalizante de aposta no aperfeiçoamento tanto das instituições psiquiátricas quanto da gestão pública. Duas iniciativas se destacaram: a humanização do asilo e a criação de ambulatórios como alternativa para a internação em hospital psiquiátrico. Mas não tiveram impacto significativo nem sobre a qualidade dos atendimentos nem sobre a mudança da hegemonia asilar (TENÓRIO, 2001).

Ainda assim, nesse período, segundo Tenório (2002), as diretrizes e iniciativas oficiais produziram as condições para o amadurecimento de uma outra perspectiva, o Movimento pela Reforma Psiquiátrica Brasileira, que nasce do reclame da cidadania do louco e desdobra-se em um amplo e diversificado escopo de práticas e saberes. Para esse autor, a importância de se localizar a cidadania como valor fundante e organizador desse processo está em que a reforma consiste em um campo heterogêneo, que abarca a clínica, a política, o social, o cultural e as relações com o jurídico.

Esse movimento teve seu momento decisivo em dois eventos no ano de 1987: a I Conferência Nacional de Saúde Mental e o II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental. Tais eventos representaram o fim da tentativa sanitarista de transformar apenas o sistema de saúde e o início da trajetória de desconstruir, no cotidiano das instituições e da sociedade, as formas arraigadas de lidar com a loucura através da crítica ao saber das práticas e instituições psiquiátricas (TENÓRIO, 2001).

Profissionais da saúde mental articulados por todo o país em torno do lema: “Por uma sociedade sem manicômio”, produziram uma série de novas experiências em suas intervenções junto à loucura e ao sofrimento psíquico. Dentre estas novas intervenções, destacam-se a criação do Centro de Atenção Psicossocial Luiz da Rocha Cerqueira (CAPS Luiz Cerqueira), em março de 1987, em São Paulo, e o primeiro Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) em Santos, enquanto serviços pioneiros e alternativos à internação e ao tratamento psiquiátrico convencional (AMARANTE E TORRES, 2001).

O CAPS Luiz Cerqueira constitui-se em um projeto público de atendimentos a pacientes psicóticos e neuróticos graves, que procurou consolidar uma clínica de cuidar sem excluir, oferecendo condições terapêuticas que inexistem em ambulatórios e hospitais psiquiátricos. Para Goldberg (1994), esse projeto se desenvolveu a partir da experiência acumulada pela equipe com a clínica da psicose em instituições públicas. Os casos clínicos acompanhados sinalizavam a necessidade de um outro lugar terapêutico, nos quais a desordem não precisasse ser eliminada, a linguagem passasse a ser considerada como meio de produção do sujeito que não cessava de dizer a seu respeito e a família passasse a ser vista como um índice do que ocorre com o paciente, sendo, portanto, preciso acolhê-la e, às vezes, tratá-la. Ao contrário das instituições psiquiátricas tradicionais, esse projeto teve como ponto de partida a recusa do modelo sintomatológico, deslocando o processo de tratamento da doença para a pessoa doente.

Esses serviços abriram novas perspectivas na política de saúde mental, constituindo-se na principal modalidade de serviço substitutivo à internação em saúde mental no Brasil, possibilitando a promulgação das Portarias Ministeriais 189/91 e 224/92, que estabeleceram os novos procedimentos em assistência psiquiátrica e atenção psicossocial:

Os NAPS/CAPS são unidades de saúde locais/regionalizadas, que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de 4 horas, por equipe multiprofissional. Os NAPS/CAPS podem constituir-se também em porta de entrada da rede de serviços para as ações relativas à saúde mental, considerando sua característica de unidade de saúde local e regionalizada (BRASIL, 1992).

Em 2002 foi promulgada a Portaria 336, que regulamenta os serviços de atenção psicossocial no Brasil, estabelecendo que todos os serviços fossem chamados de Centro

de Atenção Psicossocial, adotando a sigla CAPS, ao tempo que abandona a sigla NAPS. Essa portaria determina que o CAPS deve possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial (BRASIL, 2002).

O artigo 1º da portaria 336 estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se das seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, sendo o CAPS I específico para atendimentos a crianças e adolescentes com transtornos mentais considerados severos e persistentes, e o CAPS III específico para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas. (BRASIL, 2002).

Importante ressaltar que foi somente a partir dessa portaria que crianças e adolescentes passaram a ser representados nas diretrizes políticas de saúde mental do Brasil. Antes disso, a representação da criança ainda era a do desvio em relação aos ideais, médicos, pedagógicos e sociais. (GUERRA, 2005; DELGADO, DUARTE E COUTO, 2008; ELIA, 2007; CUNHA E BOARINI, 2011).

Segundo Brito (2004), um primeiro debate sobre a exclusão, a segregação e o confinamento de crianças e de adolescentes aconteceu em 1995, partindo de um grupo de profissionais de saúde mental, usuários e familiares, que elaborou, no II Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, a Carta de Belo Horizonte, que ficou conhecida como a Carta da Lulinha, provocando, em nível nacional, o início das discussões sobre a criança e o adolescente enclausurados.

Lulinha que, para Nogueira (2012), ficou de certa forma adormecida até a virada do século XXI, com a edição da citada portaria ministerial 336 (que estabeleceu a criação de um modelo com orientações específicas ao planejamento assistencial em saúde mental infantojuvenil). Esse fato evidencia que a discussão sobre a exclusão, a segregação e o confinamento de crianças e adolescentes foram relegadas a um segundo plano, sendo somente frequentada pela Reforma Psiquiátrica em um segundo momento do seu trajeto. (ELIA, 2007; GUERRA, 2005; COUTO, 2004; BRITO, 2004).

As questões colocadas no movimento da Reforma Psiquiátrica sobre a prática com crianças e adolescentes constituem um dos mais importantes desafios a enfrentar.

Para Couto (2004), a ausência de temas relacionados às práticas com crianças e adolescentes na agenda de debates e a exclusão das proposições de políticas públicas de saúde mental referentes àqueles, evidenciam que restam intactas certas produções asilares, que, em sua maioria, mesmo sendo sedimentadas fora dos hospícios, foram capazes de ser tão nefastas quanto se tivessem sido produzidas dentro dos muros.

A lógica manicomial é marcante na vida do louco, seja ele de qualquer idade, sendo encontrada não só no manicômio, mas principalmente inscrita nos espaços da cidade, da família, da escola, repetindo e sustentando a exclusão das diferenças. Para Silva (2003), a partir de uma reflexão feita acerca da clínica da saúde mental para crianças e adolescentes inseridas no sistema das políticas públicas de saúde, os casos mais graves de sofrimento psíquico de crianças e adolescentes não apareciam no circuito da rede pública de saúde, encontravam-se desassistidos, isolados em suas casas, não frequentando escolas ou espaços públicos de lazer, sendo necessário “*dês-cobrí-los* [sic]” (p. 228).

Assim, revisitando a história da reforma psiquiátrica brasileira, muitos autores advertem de que, se os avanços dessa reforma no Brasil podem hoje discutir suas experiências e consolidar seu percurso e sua sustentação teórica e prática com adultos, não se pode falar o mesmo em relação à teoria e prática com crianças e adolescentes.

Para Campos (apud BRITO, 2004), uma série de fatores históricos dificultou e ainda dificulta a sustentação de uma clínica, bem como a efetivação de uma política de saúde mental para a infância; entre eles estão: a submissão do planejamento da área infantil aos projetos referentes aos adultos em função de uma concepção que convoca a clínica psiquiátrica da criança como um decalque da clínica do adulto; o entendimento de que as clínicas e as escolas para crianças com retardo recobririam todos os problemas mentais da criança e, por último, a falta de difusão dos saberes sobre a especificidade da clínica com crianças, saberes esses que pudessem mobilizar a própria área de saúde mental.

Em relação a isso, Couto (2004, p.63) traça o que chamou de “a trilha dos mal-entendidos” em que atribui a uma série de equívocos a responsabilidade pelo cenário de desassistência e descuido com crianças e adolescentes. Para esse autor, o primeiro mal-entendido é o pedagógico, que, ao reduzir a criança à condição de aprendiz, sustenta uma ideia de metas a serem alcançadas. Nesse ideário, a criança pode ser medida em

escalas de desenvolvimento e recolocada no curso do desenvolvimento saudável, caso apresente algum desvio. A criança é tomada como um ser em desenvolvimento, subtraindo a possibilidade desta de constituir uma ordem própria, portar uma dimensão subjetiva e encontrar formas singulares de lidar com o seu mal-estar e suas angústias. Lógica que engendra a leitura do sintoma da criança pela ótica da deficiência.

O segundo mal-entendido tem a ver com a justiça e, ancorado na lógica da tutela, expandiu os abrigos para deficientes. Em nome da tutela e da proteção, para esse autor, muitos jovens foram e são submetidos à mortificação de suas próprias palavras, ao exercício cruel da institucionalização ou à intervenção adaptativa dos especialistas.

O terceiro equívoco, Couto (2004) chama de “o mal-entendido da saúde mental” (p.66), intimamente relacionado com os já apontados. Esse equívoco diz respeito à desconsideração de que a criança possa portar o enigma da loucura, de uma existência particular. Para o autor acima citado, a construção histórica do período da infância, do qual a criança é o sustentáculo, forjou um ideário de qualidades determinantes para a sua inclusão na história social dos homens. A infância, dessa forma, é tomada como o tempo da inocência, pureza e beleza, um tempo sem angústias, um tempo de preparação para que se forme o “homem de amanhã”, no qual, considerar seus sintomas de mutilação, recusa do olhar, entre tantos outros como metáforas da sua subjetividade, é subverter o imaginário cultural. “Criança deficiente e desadaptada sim, louca não.” (COUTO, 2004, p. 66)

Para Ferreira (2004), se no campo da saúde mental do adulto, a psicose é tomada como uma questão do sujeito, da existência, no que se refere à criança, “não raro ela se encontra sob o manto da deficiência” (p.15), vinculado à ideia de retardo do desenvolvimento, cujo destino quase sempre são as instituições de cunho pedagógico: Educação Especial, APAE, Pestalozzi, psicoclínicas conveniadas ao poder público, entidades filantrópicas com objetivos pouco claros em relação ao tratamento da criança, uma vez que a psiquiatria não cogitava a loucura infantil até o século XIX, considerando a idiotia como o único problema mental infantil.

Segundo Oliveira (2011), no século XX, momento em que a criança já havia se constituído no principal alvo de investimento da família, o cuidado médico objetivava detectar precocemente possíveis ameaças à sua evolução mental. O interesse pelo psiquismo infantil se inseriu no âmbito de uma nova forma de intervenção social da

psiquiatria, que foi nomeada de Higiene Mental. Nesse projeto, como os adultos eram vistos como seres deteriorados por taras e vícios educativos, a profilaxia mental visava atingir às crianças, pois estas ofereciam as condições favoráveis a uma intervenção exitosa da psiquiatria. Tratava-se de uma psiquiatria que tinha como objetivo intervir de modo profilático no espaço social a partir da modelagem psíquica dos indivíduos desde os primeiros instantes de vida, visando a produção da normalidade.

A higiene mental interessava-se pelas crianças acometidas pela debilidade mental que deveriam ter não somente a assistência dos médicos, mas também a assistência do Estado. Nesse sentido, o projeto de Higiene Mental conclamou o Estado a tomar para si essa causa, a amparar as famílias no cuidado dessas crianças, criando espaços de recolhimento de crianças anormais, cuja preocupação subliminar era com a possibilidade dessas crianças crescerem e constituírem famílias, produzindo mais anormais (OLIVEIRA, 2011).

Porém, em meados da década de 1930, esse projeto de Higiene Mental, sustentado pelo discurso da degenerescência, passou a conviver paralelamente com a educação sexual e com a eugenia, campanhas que se processaram no Brasil entre as décadas de 1920 e 1940 e que eram sustentadas por um outro discurso, o discurso desenvolvimentista. O desenvolvimento começa a ser pensado como um modelo de compreensão que se sustenta no critério da normalidade, sem necessitar recorrer a ideia de degeneração. Esse discurso toma a infância a partir de uma compreensão evolutiva de fases da vida, marcando o início de um processo de fragilização do discurso da degenerescência no Brasil (OLIVEIRA 2011).

Desenvolvendo-se nesse berço, a psiquiatria infantil, juntamente com a psicologia do desenvolvimento, influencia “o império da clínica dos déficits” (FERREIRA, 2004, p.16), o que tem ressonâncias claras na política de assistência que foi marcada pela segregação, pela exclusão, pelo descaso, pelo controle social e pelo assistencialismo da criança até a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), promulgado em 1990, com implicações diretas no campo das políticas públicas.

Para Cirino (2001), a origem da psiquiatria infantil, tomando como referência Ajuriaguerra, Marcelli e Kanner, foi marcada pela heterogeneidade dos primeiros intervenientes: de um lado, um ramo saído da educação cujos objetos eram crianças cegas, surdas ou débeis, e do outro, um ramo saído da psiquiatria e da psicopedagogia

dos adultos, ambos preocupados em encontrar na criança os quadros nosográficos conhecidos na psiquiatria de adultos.

Desta forma, o reconhecimento da psicose na criança, segundo Silva (2003), é um fato histórico relativamente recente, que, ao contrário da psicose do adulto, teve sua nosologia e clínica mais influenciadas pelo discurso psicanalítico do que pelo psiquiátrico.

Fernandes e Almeida (2007) sustentam que a contribuição da psicanálise para a reforma psiquiátrica advém da clínica do sujeito. As autoras argumentam que essa é uma clínica em que o profissional, ao se deslocar do lugar do mestre que detêm o saber, pode ver surgir, como fez Freud, o sujeito do inconsciente que se sustenta ao se apoiar sobre a verdade do seu sintoma.

Segundo Ferreira (2012) a clínica que leva em consideração o sujeito, dissipando os modos paternalistas de organização institucional, de regulação dos corpos, se faz justamente para que não haja o processo de disciplinarização em relação à ordem social dominante, na qual a loucura e o sujeito não se dobram.

A clínica do sujeito também se refere à clínica psicanalítica com crianças, uma vez que, para a psicanálise, a criança é um sujeito em constituição. Para falar desse sujeito, Lacan introduz o conceito de falasser em 1973, no Seminário 20, termo que inclui, na noção de sujeito, o corpo que é o suporte do ser, do sintoma, cujo saber ainda se encontra no real, para fora da linguagem. O falasser é o sujeito (\$) do gozo totalmente alienado na sua relação com o objeto (a), sendo este objeto quem comanda a relação. Essa noção de sujeito se contrapõe à noção do sujeito do desejo, que se localiza como sujeito barrado de gozo, em uma posição radical ao nível da privação do objeto (CAMARGO, 2007).

Essa representação que a psicanálise tem da criança difere dos saberes que tomam a criança dentro da lógica desenvolvimentista. Nessa lógica, a representação da criança é a de um ser imaturo e inacabado, em cujos sintomas falam de um atraso no seu desenvolvimento, sendo necessárias intervenções clínicas que possibilitem que a tal ser alcance o que é esperado em cada fase do desenvolvimento.

A peculiaridade da clínica psicanalítica infantil se encontra na condição da criança depender de um adulto particularmente implicado na sua história para sustentar

sua enunciação. Por encontrar-se em um momento ainda frágil de sustentação do seu lugar de sujeito, não se responsabiliza pelo que diz ou faz enquanto ato, sendo sustentada pelo Outro, encarnado nas figuras parentais. (BERNARDINO, 2004).

O não recuo preconizado pelo Ministério da Saúde nos casos como psicose e autismo na infância requer fundamentalmente uma clínica que faça em sua diretriz ético-metodológica a suposição de sujeito na criança. Para Pinto (2007, p. 32), a construção do CAPS i inaugura a “acessibilidade e acolhimento universal de toda procura envolvendo grave sofrimento psíquico”, sendo a psicanálise responsável por inaugurar a escuta do sujeito como condição fundamental no acolhimento ao paciente e na direção do seu tratamento.

Ainda segundo a autora acima citada, apesar do número significativo de CAPS já instituídos no Brasil, a falta de uma direção clínica em vários CAPS infantis impede que a decisão no atendimento aos casos mais graves de fato ocorra, tornando o CAPS um dispositivo muitas vezes semelhante ao ambulatório, que escolhe os pacientes a partir de um perfil diagnóstico.

Assim, dentre os discursos presentes no campo da atenção psicossocial, o discurso do analista se faz presente ao instituir a clínica do sujeito do inconsciente nos CAPS. A psicanálise aparece como um saber que sustenta o fazer clínico em um campo heterogêneo, que abarca além da clínica, a política, o social, o cultural e as relações com o jurídico (TENÓRIO, 2001).

A revisão de literatura realizada esclarece que as experiências clínicas conduzidas nos CAPS, pela psicanálise, trouxeram para a discussão a tensão existente nesse campo entre a clínica e a política, chamando a atenção de que, no processo histórico de criação dos CAPS no contexto da reforma psiquiátrica, os embates e as propostas têm se situado muito mais no plano político, do que no clínico. Palavras de ordem como “a liberdade é terapêutica” (RIBEIRO, 2011, p. 29) tendem a fortalecer o entendimento de que a loucura seja produto da segregação, da intolerância e da exclusão, transferindo para o plano político a função clínica.

Rinaldi (2005) destaca, na sua análise sobre a clínica e a política no campo da saúde mental, que a discussão sobre as questões clínicas que dizem respeito ao sujeito foram por um tempo ofuscadas. Justifica esse ofuscamento pela importância histórica

assumida pela dimensão política no movimento da reforma psiquiátrica brasileira em razão da denúncia do caráter segregador e desumano do modelo manicomial, bem como da luta pela cidadania do louco, que chegou a levar a proposta de eliminação da clínica, desconsiderando completamente a diferença entre a clínica psiquiátrica tradicional e a clínica psicanalítica

Para Cirino (2001), a perspectiva da atenção psicossocial, que quer tornar-se um novo paradigma, coloca o modelo clínico em questão e enfatiza o social. Viganó (apud CIRINO, 2001) entende que diante da eliminação do significante doença, cria-se o tratamento do usuário, em um regime de assistência social, sendo o social tomado como uma condição que o sujeito não conseguiria transpor.

Delgado, Leal e Venâncio (1997, p.VII) nos falam sobre duas novas noções, que para eles dão identidade ao campo da atenção psicossocial: a noção de “atenção”, que parece vir substituir palavras mais correntes como “clínica”, dando uma nova dimensão ao tipo de cuidado que se pretende nesse campo, um cuidado que não visa apenas à remissão do sintoma patológico; a noção “psicossocial”, que nasce da percepção de que o “cuidado” deve levar em conta a dimensão psíquica que abrange a subjetividade e a criatividade e a dimensão social, que se refere não somente à família, ao trabalho e à sociedade, mas também ao lazer.

Porém Rinaldi (2005, p. 89) verifica, em uma pesquisa realizada em um serviço de atenção psicossocial, que essa nova linguagem presente no campo da saúde mental, que sustenta as formas de abordar o sofrimento psíquico propostas pela reforma, tem uma forte influência da psicanálise. A noção de “cuidado”, categoria que engloba as novas práticas, está associada, no discurso dos profissionais, à noção de “escuta”, noção esta que é de origem freudiana. A categoria “sujeito” aparece articulada à categoria de “cidadania”, seja de um modo muito próximo, como sinônimo de cidadão, seja mantendo-o como sujeito do inconsciente, que corresponde ao conceito de sujeito em psicanálise. A categoria “clínica”, ainda que apareça recoberta pela categoria “cuidado”, aparece adjetivada como “clínica ampliada” ou “clínica do cotidiano”, que inclui todos os procedimentos de atenção psicossocial e incorpora a dimensão do sujeito atravessada pela questão da cidadania.

Entretanto, para alguns militantes, há uma relação de exclusão entre clínica e política no campo da saúde mental. Essa proposição é fundada na leitura de que,

enquanto a Reforma Psiquiátrica propõe a ênfase nos espaços coletivos e de reabilitação, a clínica reitera a dimensão do particular, caso a caso, desconsiderando a dimensão política e social (FERREIRA, 2004).

Ferreira (2004) chama a atenção para os riscos dessa concepção, sendo um deles o de desconsiderar que foi uma dada leitura clínica da loucura que delineou uma política de exclusão e de segregação histórica difícil de desconstruir. No caso da criança, a representação que se depreende ao longo da história resultou na “clínica dos déficits” (p. 16) e transtornos, que manteve sob o “manto da deficiência” (p.15) a loucura da criança e sua subjetividade. Porém, a autora indica que há um ponto de impossibilidade – entre a clínica e a política – que merece ser sustentado, e se refere às posições que ocupam nos discursos, pois enquanto a política se alimenta do anseio de governar, à clínica interessa a insistência do que não tem governo.

Desta forma, evidencia-se que o campo da atenção psicossocial é marcado por uma diversidade de linhas teóricas, de objetos, e de formas de atendimento, apontando para o perigo de uma “prática à espera de teoria”. Segundo Cirino (2001), corroborando com Tenório (2001), essa frase é de Saraceno (1996), um dos mais importantes representantes da Associação Mundial de Reabilitação, que chama atenção para dois riscos gerados por essa realidade: a retomada de antigos modelos de referência ou a adoção de uma ideologia e não de uma teoria de referência.

Embora muitos artigos defendam que a direção do trabalho em saúde mental com crianças e adolescentes deve ser a clínica, não se pode desconsiderar a política e nem perder de vista o diálogo e o enlace com os outros campos de saber. Para os autores pesquisados, o exercício da clínica em um CAPS necessita desse diálogo entre os profissionais que fazem parte da equipe de saúde, entre eles o psicanalista (TENÓRIO, 2001; RINALDI, 2005; SILVA, 2003; FIGUEIREDO, 2004; GUERRA, 2005; SCHMIDT e FIGUEIREDO, 2007; FERREIRA NETO, 2007; OLIVEIRA, 2007; PINTO, 2007; BARRETO, 2010; TREVISAN, 2012; DASSOLER, 2012; ALENCAR, 2012).

Diante do exposto, com a recente entrada da criança na agenda da saúde pública brasileira, muito ainda precisa ser construído e consolidado no que se refere ao tratamento infantil nessa nova lógica de assistência que compreende a atenção psicossocial, sendo imprescindível discutir sobre o trabalho multidisciplinar das equipes

de saúde que perpassa essa clínica. Uma evidência disso é o número de CAPS instituídos no Brasil, pois, embora Pinto (2007) destaque o seu significativo aumento no país, é importante ressaltar que esses serviços estão concentrados nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais, o que mostra uma desigualdade regional gritante. Além disso, Menezes (2014) aponta a disparidade entre as quantidades e os tipos de CAPS, sendo os CAPS i os que estão em menores números.

No estado da Bahia, por exemplo, existem apenas dez CAPS habilitados pelo Ministério da Saúde (e um em fase de habilitação) nessa modalidade de atendimento, sendo dois deles em Salvador: um no Distrito Sanitário Barra - Rio Vermelho e o outro no Distrito Sanitário da Liberdade. Porém, considerando o número de habitantes desta capital, a terceira maior em número de habitantes do Brasil, compreendendo 2 921 087, segundo o último censo realizado pelo IBGE (2015), entende-se que a quantidade de CAPS i existente é insuficiente em relação às demandas da população soteropolitana e regiões vizinhas.

Além disso, embora a literatura destaque a importância da articulação e do enlace entre os saberes para o exercício da clínica em um CAPS, poucas evidências desse diálogo são encontradas, principalmente no que diz respeito a crianças, prevalecendo o embate entre os diversos discursos que o circunscreve: ênfase na patologia ou no sujeito? Discurso do mestre ou discurso do analista? Sujeito do inconsciente ou sujeito cidadão? Como superar essas dicotomias?

Nesse sentido, a realização dessa pesquisa torna-se relevante por possibilitar ampliar a discussão sobre a criança em sofrimento psíquico na saúde pública e seu tratamento em um CAPS i, deslocando o eixo discursivo do transtorno ou deficiência para o campo da estruturação subjetiva na interface com os campos da psicanálise, saúde mental e psiquiatria, fornecendo subsídios para a sustentação da teoria e da prática psicanalítica com crianças na saúde pública.

Com o aporte teórico da psicanálise, proponho pensar que a partir da escuta dos atos de fala, das manifestações do sujeito do inconsciente, é possível promover giros discursivos necessários para a garantia do laço social em um CAPS i. Nesse sentido, a hipótese da pesquisa é a de que o modo de operar com os discursos, sua articulação ou desarticulação em um CAPS i possui efeitos na direção do tratamento dos usuários, tendo como pergunta norteadora a seguinte questão: de que forma o discurso do analista

no exercício da clínica com criança se articula com os outros discursos presente em um CAPS i na direção do tratamento nesse campo de práticas?

Portanto, objetivo geral da presente pesquisa é analisar como o discurso do analista na clínica com criança em um CAPS i se articula com os outros discursos na direção do tratamento nesse campo de práticas. Para tanto, foram elencados os seguintes objetivos específicos: examinar a especificidade da clínica psicanalítica com crianças; identificar o lugar da criança nas estruturas discursivas presentes nos laços sociais, tomando como a referência a teoria dos quatro discursos de J. Lacan, a fim de analisar os discursos e práticas presentes no CAPS i à luz do caso Athos; analisar o tratamento dado ao sintoma e o manejo da transferência realizado pelo discurso do analista em meio aos demais discursos em um CAPS i e, por fim, examinar a articulação entre os discursos na direção do tratamento de uma criança em um CAPS i.

Como método de pesquisa foi utilizada a construção de caso clínico, metodologia que possibilitou a Freud transmitir aquilo que se decantou de sua experiência analítica. O Caso Dora, o Homem dos Ratos, o Caso Hans e o Homem dos Lobos configuram-se entre os principais casos clínicos clássicos da psicanálise que situam a prática clínica como lugar de produção de saber.

Para o fundador da psicanálise, Sigmund Freud (1923, p. 287), a “psicanálise é o nome de um procedimento para investigação de processos mentais que são quase inacessíveis por qualquer outro modo”. A partir dessa investigação, Freud produziu avanços teóricos, elaborando conceitos centrais da sua teoria: “a psicanálise faz em seu favor a reivindicação de que em sua execução tratamento e investigação coincidem”. (FREUD, 1913/1974, p. 152).

Essa metodologia permite que o pesquisador recolha da experiência clínica seus elementos de base para reter algo transmissível e avaliável de cada caso. Para Figueiredo (2004, p. 79), o caso é o produto que se extrai das intervenções do analista na condução do tratamento. A construção do caso clínico em psicanálise, portanto, é “o (re)arranjo dos elementos do discurso do sujeito que ‘caem’ e se depositam com base na inclinação do analista em acolhê-lo”.

Para Alberti e Rinaldi (2009) a pesquisa de que se trata é particular, já que a clínica é sempre singular e diz respeito a cada caso. Isto impõe uma orientação ética que

submete o resgate dos dados à relação transferencial, afastando todo e qualquer tipo de experimentalismo.

A técnica analítica não pode ser compreendida nem corretamente aplicada quando se desconhecem os conceitos que a fundamentam. Esses conceitos só adquirem pleno sentido ao se orientarem em um campo de linguagem, quando ordenados a partir da função da fala, “quer se pretenda agente de cura, de formação ou de sondagem, a psicanálise dispõe de apenas um meio, a fala do paciente” (LACAN, 1953/1998, p.248).

No que se refere à transmissão da pesquisa em psicanálise, abordar o caso clínico implica, em um só tempo, sustentar, na trama da escrita, o método clínico e a hipótese do inconsciente. Para Vorcaro (2010), a escrita de casos clínicos possibilitou a Freud não restringir a transmissão da psicanálise à explicitação de um método, distanciando-a de uma técnica.

Desta forma, transformar o atendimento clínico em um campo de pesquisa, convoca os profissionais a submeterem-se a cada caso clínico, fazendo dele um lugar de interrogação sobre as teorias e sobre sua transmissão. Para isso é necessário que as ocorrências perturbadoras da clínica sejam acolhidas pelo clínico que as testemunha, para que elas possam interrogar o discurso teórico que as referenda, fazendo da clínica um lugar próprio para a problematização de uma suposta estabilidade de conceitos. (VORCARO, 1999).

Na presente pesquisa, o caso clínico escolhido foi o de uma criança de nove anos atendida por mim no CAPS i, no período de 2010 a 2013, ano em que se encerrou o meu vínculo empregatício nesta instituição. Athos, nome fictício, aos seis anos de idade apresentava o ato repetitivo de incontinência urinária na presença de um familiar específico entre outros comportamentos diferentes, fazendo com que a família o levasse a um ambulatório de psiquiatria, onde passou a ser acompanhado, recebendo, posteriormente, o diagnóstico de esquizofrenia. Mesmo com a medicação, o ato de urinar persistiu, não cessava de se inscrever, sendo encaminhado pela psiquiatra para o CAPS i, onde poderia ter outros atendimentos, já que estava sem frequentar a escola. É possível fazer a hipótese de que a persistência desse ato repetitivo de Athos pode ter precipitado seu encaminhamento.

Para a psicanálise, o significativo ato remete à subjetividade e às suas manifestações, assim como remete ao ato analítico. Nesse sentido, considerei significativo escolher o nome próprio Athos para nomear o sujeito do caso em estudo, caso clínico que foi selecionado como objeto de estudo dessa pesquisa por evidenciar os diferentes discursos e práticas presentes no CAPS i, bem como as formas de articulação entre eles, seus impasses, conexões e divergências.

Ao longo dessa dissertação, trabalhei inicialmente o caso a partir da chegada de Athos no CAPS i e seu acolhimento pela equipe técnica, trazendo uma descrição do funcionamento desse serviço de saúde mental infantojuvenil. Em seguida, analisei as intervenções realizadas e, por fim, refleti sobre os efeitos dessas intervenções na direção do tratamento de Athos e na circulação dos discursos presentes no CAPS i.

Os resultados alcançados a partir dessa investigação poderão contribuir para o avanço do conhecimento para a prática clínica com crianças nos CAPS i, ampliando as discussões sobre a clínica psicanalítica no campo da atenção psicossocial infantojuvenil no Brasil.

Freud (1919/1976) anunciou o tempo em que a psicanálise estaria à disposição para tratar uma considerável massa da população, advertindo os analistas para a necessidade de fazer adaptações na técnica, sem, no entanto, abrir mão da ética da psicanálise.

Quando isso acontecer, haverá instituições ou clínicas de pacientes externos, para os quais serão designados médicos analiticamente preparados, de modo que homens que de outra forma cederiam bebida, mulheres que praticamente sucumbiriam ao seu fardo de privações, crianças para as quais não existe escolha a não ser o embrutecimento e a neurose, possam tornar-se capazes, pela análise, de resistência e de trabalho eficiente” (FREUD, 1919, p. 210).

Para tanto, o percurso dessa dissertação segue, inicialmente, analisando, no capítulo “A especificidade da clínica psicanalítica com criança”, como operar a partir do desejo do analista quando o analisando é uma criança cuja posição de responsabilidade em relação ao que diz ou faz enquanto ato é ainda sustentada pelo Outro encarnado nas figuras parentais, trazendo para a discussão o exercício dessa clínica em um serviço de atenção psicossocial infantojuvenil e a constituição do sujeito para a psicanálise.

Em seguida, o capítulo “O lugar da criança nos quatro discursos” analisa, tomando como referência a teoria dos discursos elaborada por J. Lacan, o conceito de

discurso para a psicanálise, a fim de entender o lugar que a criança ocupa nos quatro discursos extraídos por Lacan dos laços sociais que estão no mundo: discurso do mestre, discurso universitário, discurso da histérica e discurso do analista, bem como analisa os discursos que se inscrevem no Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil escolhido para a realização dessa pesquisa, enfatizando a possibilidade da circulação entre os discursos no acolhimento de Athos.

O capítulo “O tratamento dado pelo discurso analítico ao sintoma da criança em um CAPS i” apresenta um estudo teórico-clínico sobre o trabalho a partir do discurso do analista na clínica com crianças em um CAPS i, apontando as dificuldades e desafios do manejo da transferência na condução do caso clínico Athos e a repercussão desse na direção do tratamento.

O último capítulo, “Uma articulação possível entre os discursos na direção do tratamento em um CAPS i”, apresenta a construção da rede no caso Athos a partir da circulação dos discursos, destacando as controvérsias presentes nesse campo de trabalho.

Por fim, nas considerações finais, foram retomados os deslocamentos realizados através dessa pesquisa, permitindo destacar os limites e as possibilidades do exercício da clínica psicanalítica em um campo que não é somente psíquico nem social e nem político, mas se constitui nessa interface, tomando o social como uma ferramenta de trabalho capaz de propiciar à criança e ao adolescente o acesso aos elementos simbólicos presentes na vida cotidiana.

## 2 ESPECIFICIDADE DA CLÍNICA PSICANALÍTICA COM CRIANÇAS.

Segundo Foucault (2006), a experiência clínica inaugura a possibilidade de pronunciar sobre o indivíduo um discurso de estrutura científica. Foucault identifica o nascimento da clínica na França entre os séculos XVIII e XIX, quando o olhar atento do médico se deteve no sofrimento humano, construindo um saber sobre a doença. Nesse momento, com os avanços da fisiologia e da anatomia patológica, a doença ganha uma localização exata: o corpo humano, e a medicina ganha um objeto de estudo dentro dos moldes da ciência, se fortalecendo enquanto campo de saber científico.

A clínica médica passa a ser operada a partir do olhar soberano do médico capaz de localizar o mal no corpo. Porém as histéricas, com seus sintomas, desafiaram e continuam desafiando a clínica do olhar, pois o seu mal não se localiza num órgão doente do corpo. Como médico neurologista e muito tomado pelos ideais científicos da sua época, Freud dedicou-se ao estudo dos sintomas histéricos e a busca dessa possível localização. Sem sucesso, Freud passou a operar a sua clínica com as histéricas a partir da escuta, descobrindo o inconsciente e criando um novo campo de saber, a psicanálise.

A psicanálise começou como uma pesquisa sobre a histeria, mas estendeu-se muito além desse campo de trabalho. As primeiras tentativas psicanalíticas de tratamento foram feitas a partir da técnica da hipnose, sendo posteriormente substituído pela técnica hoje utilizada da associação livre. Através dessa técnica, o paciente é convocado a falar sem preocupação com a lógica ou com o sentido, a colocar de lado toda crítica que encontrar, a possibilitar o curso livre dos seus pensamentos, dando lugar à escuta das manifestações do inconsciente. A associação livre é considerada a regra fundamental do tratamento psicanalítico (FREUD, 1913/1976).

Para Bergès (2010, p. 23), quando Freud evoca, a partir dos casos de histeria, a livre associação, ele o faz para constatar que essa questão o leva para além, para a questão da transferência, se dirigindo para alguma coisa que seja da ordem da verdade. A transferência, pela associação livre, nesse sentido, permite o duplo movimento da “afânise do sujeito falante do enunciado, e a emergência do sujeito da enunciação”, do sujeito do inconsciente.

A direção do tratamento em psicanálise consiste, em primeiro lugar, em fazer com que o sujeito aplique a regra analítica. Nesse processo, o analista precisa manejar a

transferência, emprestando sua pessoa, “na medida em que haja o que houver, ele a empresta como suporte aos fenômenos singulares que a análise descobriu na transferência” (LACAN, 1958/1998, p. 593) e operar a partir do efeito de interpretação, o qual é produzido pelo ato analítico, com seus cortes e escansões. (LACAN, 1958/1998, p. 593)

Esse operador clínico que permite instituir, pela própria presença do psicanalista, um lugar para a falta, um lugar vazio onde poderá aparecer o Outro do paciente que o determina, é o desejo do analista, conceito formulado por Lacan, segundo Bernardino (2004), como um contraponto ao conceito de contratransferência que prosperou após Freud.

Mas como operar a partir do desejo do analista, quando o analisando é uma criança cuja posição de responsabilidade em relação ao que diz ou faz enquanto ato é ainda sustentada pelo Outro encarnado nas figuras parentais, “na medida em que ela se encontra em um momento ainda tão frágil de sustentação do seu lugar de sujeito?” (BERNARDINO, 2004, p. 62).

Para a autora acima citada, essa condição da criança, de depender de um adulto particularmente implicado na sua história para sustentar sua enunciação, aponta para a especificidade da clínica psicanalítica com crianças.

Lacan (1953/1998, p. 255) nos lembra que o método inaugurado por Breuer e Freud foi, logo depois do seu nascimento, batizado por uma das pacientes de Breuer, Anna O. com o nome de *talking cure*. “Recordemos que foi a experiência inaugurada por essa histérica que os levou à descoberta do acontecimento patogênico chamado traumático”. Porém, se coube a Anna O. batizar o método analítico, coube ao pequeno Hans, uma criança de cinco anos que chegou inicialmente até Freud pelos relatos feitos por seus pais, ser o caso clínico fundador da psicanálise com crianças. O tratamento da fobia do menino Hans, levado a efeito no início do século, foi a primeira análise de uma neurose na criança (NEME, 2003).

Segundo Jerusalinsky (2014), depois de Freud, muitos psicanalistas precisaram dedicar importantes esforços para produzir dispositivos para que a criança viesse a colocar questões para a psicanálise. Em 1930, Melanie Klein discute o caso Dick, considerado por muitos o primeiro caso de psicose na infância tratado pela psicanálise.

Na discussão sobre esse caso, Lacan (1953-1954/2009, p.116) destaca a importância da posição de Melanie Klein (1930) ao introduzir a verbalização no tratamento dessa criança que tem o mínimo de material, não brinca, que toma tudo como se fosse invisível, “uma criança que, até certo nível, é mestre da linguagem, mas não fala”. Para Lacan, nesse caso, Melanie Klein precisou renunciar a toda técnica:

Ela ousa lhe falar – falar a um ser que se deixa, pois, apreender como alguém que, no sentido simbólico do termo, não responde. Ele está lá como se ela não existisse, como se fosse um móvel. E, entretanto, ela lhe fala. Ela dá literalmente nomes ao que, sem dúvida, participa do símbolo porque pode ser facilmente nomeado, mas que, para esse sujeito só era, até então, realidade pura e simples. (LACAN, 1953-1954/2009, p. 96).

Através desse ato, a criança pôde verbalizar um primeiro apelo, um apelo falado. Para Lacan (1953-1954/2009), o apelo no campo da palavra significa a possibilidade de recusa, estabelecendo no sujeito as relações de dependência. As simbolizações introduzidas pela analista, no caso Dick, “determinaram uma posição inicial a partir da qual o sujeito pôde fazer agir o imaginário e o real e conquistar o seu desenvolvimento” (p. 118-120). O mundo exterior, o mundo real, humanizado, simbolizado, só se constitui “quando são produzidos, no bom lugar, uma série de encontros”.

Interessante ressaltar que Lacan (1967-1968/2003) insiste sobre a importância do conceito de “ato” na teoria psicanalítica. Para ele, um ato tem uma estrutura marcada pelo corte, envolve o vazio. O psicanalista, por sua vez, também se coloca em um lugar vazio – lugar de desejo para o analisando. Porém, nessa análise do caso Dick, de Melanie Klein, Lacan (1953-1954/2009) chama de ato a intervenção da analista de falar com uma criança que não responde, de introduzir simbolizações, possibilitando a Dick fazer agir o imaginário e o real e seguir na sua constituição subjetiva. Nesse caso, Lacan sinaliza que a analista precisou renunciar à própria técnica, intervindo não como objeto causa de desejo (*a*), como no discurso do analista, onde, no lugar de agente, está o objeto (*a*), mas como tesouro do significante ( $S_1$ ). Intervenção que teve efeito de ato analítico por produzir mudanças na posição subjetiva da criança em análise.

Assim, nas experiências de atendimento psicanalítico a crianças nas contingências que as graves patologias lhes impõem, os analistas, muitas vezes, veem-se obrigados a adotar intervenções de outra ordem que não a do ato propriamente analítico, produzindo as adaptações da técnica que escapam ao escopo da psicanálise,

principalmente, “pela intensa exposição ao indizível do real a que o analista está, nessas circunstâncias, submetido” (VORCARO, 1999, p. 17).

Segundo Soler (1994), quando a criança que se apresenta é aquela em que o sujeito ainda não apareceu no real, o discurso analítico parte do Real em direção ao Simbólico. O analista deverá se alojar no lugar do “outro primordial”, mantendo-se no eixo da ética psicanalítica para, a partir daí, emprestar à criança desejo, significantes e imaginário. Trata-se, portanto, de uma psicanálise invertida, uma vez que o discurso analítico que opera em uma clínica com sujeitos já constituídos parte do Simbólico em relação ao Real, visando sua travessia através do levantamento, ao menos parcial, das defesas.

Nessa clínica, o analista é, por vezes, intimado a ocupar o lugar de outro primordial ou mesmo o lugar de “secretário do alienado”, expressão cunhada por Lacan para se referir ao lugar do analista na clínica da psicose. Essas posições são contrárias ao lugar de objeto causa de desejo, o lugar da falta, que aquele ocupa diante de um sujeito já constituído, seja ele criança ou adulto.

Para Vorcaro (1999), a criança vem apontar, nesse lugar de objeto, uma resistência na psicanálise, obrigando a psicanálise a dispor-se à clínica com crianças e assim estar ao alcance delas. Nesse sentido é que a clínica psicanalítica com crianças questiona o discurso analítico, vindo revirar a psicanálise.

É uma clínica em que o desejo dos pais a respeito desse filho que trazem à análise, “desejo que eles próprios desconhecem, é um fator a considerar na rede de significantes que ali se tece” (BERNARDINO, 2004, p.64). Entra em jogo, portanto, a presença desses pais, o que pode se manifestar de várias formas, desde a presença física nas sessões, que vai depender das contingências da análise, até nos atrasos, nas faltas que fazem o filho ter, nas questões que impõem ao pagamento e na interrupção do tratamento.

Quer os pais se apresentem como aqueles que demandam ou como aqueles que colocam obstáculos ao processo analítico da criança, ou, ainda, como aqueles que fazem uma suposição de saber ao analista sobre o sintoma que o filho apresenta, sustentando a transferência, tudo isso deve ser tomado pelo analista como modos de implicação subjetiva dos pais no sintoma da criança. Assim, para Spínola (2001), o modo como se

faz a abordagem dos pais na clínica com crianças determina a diferença entre a psicanálise da criança e os outros métodos de psicoterapia infantil.

Além disso, na concepção elaborada por Jacques Lacan (1969/2003), o sintoma da criança, por ser tomado como o representante da verdade, que pode dizer respeito tanto à verdade do casal parental – ao que há de sintomático na estrutura familiar – quanto à verdade da subjetividade materna, coloca a função parental em evidência no trabalho analítico com esta.

No primeiro caso, a criança responde com o seu sintoma ali onde se apresentou uma falha do saber no contexto familiar. Isso implica em uma ruptura na suposição de saber nos pais, que os leva a buscar a intervenção do analista. No segundo caso, a criança converte-se em objeto da mãe, revelando a verdade desse objeto. Para Spínola (2001), não há criança que não esteja incluída como objeto do fantasma materno, entretanto, os efeitos disso na subjetividade da criança poderá ser modalizado conforme o fantasma da mãe esteja ou não regulado pela função paterna.

Nesse sentido, a primeira meta da análise da criança, segundo Brousse (1997), é diferenciar o sintoma da criança do sintoma dos pais, ou seja, o sintoma que a criança porta e o sintoma que a criança é para seus pais, a criança sintoma. O analista, em função do dispositivo analítico, se orienta em direção à dissociabilidade, sendo preciso possibilitar que a criança constitua, sob transferência, o seu sintoma para que elabore sua própria condição de gozo, constituindo-se como sujeito do desejo. Assim, à presença dos pais, escutá-los, para que forneçam indicações sobre o Outro da criança, é indispensável nessa clínica.

A liberdade em relação ao Outro, que se constitui em horizonte de toda análise, pode ser posta em ato, precipitadamente pelo analista de criança. Assim, o analista, ao ouvir os pais de forma insuficiente, ao fechar rápido demais o acesso às sessões do filho para eles ou, ao contrário, deixá-los entrar por tempo indeterminado ou fazer o corte real antes que a separação tenha se estabelecido para eles, tudo isso implica o desejo do analista e o modo como aí situam os “Pais” (BERNARDINO, 2004, p. 66).

Segundo Spínola (2001), ao fazer a releitura do Édipo freudiano e formular a metáfora paterna, Lacan operou a primeira retificação na psicanálise de crianças. Isso significou a mudança de uma concepção ambientalista da função dos pais junto à

criança – que enfatizava a qualidade dos cuidados maternos e os efeitos da carência paterna como fatores determinantes da causalidade do sintoma da criança – para uma concepção estrutural da família, em que cabe à função parental a transmissão da falta que concerne à estrutura de linguagem, à qual se encontram submetidos tanto o pai quanto a mãe e o filho.

Outro ponto importante a considerar na clínica psicanalítica com crianças, segundo Faivre-Jussiaux (apud VORCARO, 1999), é que as crianças, em sua singularidade, apresentam a frequente reversibilidade de posição em relação à fixidez, esclarecendo que passam, ultrapassam e atravessam quadros distintos. Apesar da necessidade de um diagnóstico que orienta a condução do tratamento, é apenas no caso que o analista pode mostrar a não coincidência entre cada paciente e uma estrutura patológica já estabelecida.

Nesse sentido, para Soler (1994), não se pode falar de psicanálise de criança sem questionar o estado de efetuação da estrutura que cada criança apresenta. Diante da criança sujeito e diante da criança objeto, o analista opera a direção do tratamento a partir de posições distintas.

Desta forma, o que vai determinar a posição do analista na direção do tratamento na clínica com crianças é o estado de efetuação da estrutura de tais crianças, que deve ser questionado, independentemente do lugar físico onde o analista é convocado a atuar, seja em um consultório particular ou em um CAPS i. No entanto, não é possível desconsiderar as especificidades do exercício da clínica nesse espaço.

O tratamento analítico de Athos em um CAPS i, objeto de estudo dessa dissertação, evidencia tanto a sutileza da psicanálise com crianças quanto a sutileza do exercício da clínica psicanalítica em instituição. Mesmo com o diagnóstico de esquizofrenia já posto pelo saber psiquiátrico e com o pacote terapêutico ofertado pela equipe do CAPS i, o que determinou a posição do analista diante de Athos e o manejo clínico realizado na direção do tratamento, foi o estado de efetuação da sua estrutura subjetiva.

Para Rinaldi (2015), além dos desafios da clínica psicanalítica propriamente dita, com a sua imprevisibilidade, com o real da psicose e da neurose se presentificando em casos graves de desamparo psíquico, social e econômico, há também as dificuldades do

próprio trabalho na instituição, que por ser fundamentalmente coletivo, convoca o psicanalista a um fazer que ultrapassa o exercício da clínica em consultório. Na instituição, o trabalho do psicanalista, mesmo com as especificidades, não existe sem os demais técnicos, sendo no âmbito da equipe, com suas intervenções, que seu trabalho deve se realizar. Porém, mesmo em equipe, a experiência é sempre de cada um, que deve se responsabilizar pelo seu ato.

Desta forma, o psicanalista, com o seu ato analítico, mesmo atuando em um CAPS i, pode possibilitar que a criança, através da dimensão do apelo, ascenda à condição de sujeito do seu desejo. Mas, como se dá esse processo de efetuação da estrutura e do tornar-se sujeito em psicanálise?

## 2.1. A CONSTITUIÇÃO DO SUJEITO PARA A PSICANÁLISE

Segundo Vorcaro (1999), a estruturação subjetiva, o tornar-se sujeito desejante, depende da matriz simbólica que oferece a consistência imaginária por meio do atravessamento e do encobrimento do real do organismo infantil. A criança não pode prescindir da animação da estrutura operada pelo agente de seus cuidados, que lhe atribui um lugar e uma significação.

Para a psicanálise, as primeiras marcas que vão construir o aparelho psíquico originam-se das experiências de satisfação que o bebê humano, em sua prematuridade motora e simbólica, vivencia com o outro que se ocupa de suas necessidades. É desse encontro com esse outro que suas descargas motoras, seus gritos e gemidos podem ser transformados em apelo, ganhando significados e assim, não só suas necessidades são satisfeitas, como seus apelos vão sendo incluídos na linguagem (FERNANDES, 2000).

Assim, para que os sons se convertam em palavras e depois em frases, é fundamental que o Outro primordial encarnado numa presença, em um personagem humano, os tome como particularmente endereçado, bem como testemunhe nesses sons um valor de mensagem (LAZNIK, 2011).

Nessa estruturação subjetiva, entra em cena o jogo recíproco dos três registros: o real, o simbólico e o imaginário. Para Lacan (1953-1954/2009), a experiência inaugural do estádio do espelho, através da qual o filhote de homem se vê, se reflete e se concebe como outro que não ele mesmo, é que estrutura toda a sua vida de fantasias, “[...] a só vista da forma total do corpo humano dá ao sujeito um domínio imaginário do seu

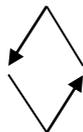
corpo, prematuro em relação ao domínio real” (p. 109). Porém, na relação do imaginário e do real, tudo depende da situação do sujeito, ou seja, do seu lugar no mundo da palavra, no mundo simbólico.

Para Lacan (1949/1998), o estágio do espelho é um drama que nos precipita da insuficiência para a antecipação, fabricando para o sujeito, a partir do engodo da identificação espacial no qual é apanhado, as fantasias que se sucedem desde uma imagem despedaçada do corpo até a forma ortopédica<sup>1</sup> de sua totalidade. Uma totalidade que se dá, portanto, a partir de “uma armadura assumida de uma identidade alienante” (p.100).

Lacan (1964/1985) nomeia de Outro, com letra maiúscula, o lugar em que se situa a cadeia significante que “comanda tudo que vai presentificar-se do sujeito” (p. 193-194), é o campo do vivo onde se manifesta a pulsão e onde o sujeito do inconsciente deve aparecer. Nesse sentido, o sujeito do inconsciente para Lacan é o efeito do significante, surge da estrutura do significante, a qual se funda na função de corte, “[...] o significante produzindo-se no campo do Outro faz surgir o sujeito de sua significação” (p. 197).

Assim, a relação do sujeito com o Outro se engendra em um processo de hiância. Um processo que pode ser articulado como circular entre o sujeito ao Outro, porém sem reciprocidade, “por ser circular, é dissimétrico” (p.198). Essa dialética do sujeito ao outro, segundo Teissier (2004), vai ser representada por Lacan ao longo da sua obra por diversos esquemas.

Desta forma, para Lacan (1964/1985), as duas operações que se articulam na relação do sujeito com o Outro, promovendo o nascimento desse sujeito, são as operações de alienação e separação. Essas duas operações dessa relação, por ser uma relação de borda, uma relação circular, foram representadas por Lacan por um losango no qual ele se serviu como algoritmo, integrando-o à fórmula da fantasia ( $\$ \diamond a$ ), bem como ao nó que se conjuga entre a demanda e a pulsão ( $\$ \diamond D$ ).




---

<sup>1</sup> Lacan usa o termo ortopédica se referindo à estrutura rígida da identidade alienante, assumida nesse momento que marcará a estruturação do sujeito do inconsciente.

Para Lacan (1964), o primeiro V da metade inferior do losango é a operação de alienação, “trata-se do *vel* da primeira operação essencial que se funda o sujeito” (p. 199). Nesse seminário, Lacan nos diz que a alienação consiste nesse *vel* que condena o sujeito a aparecer em uma divisão, de um lado como sentido, falado pelo Outro de seus cuidados, e de outro como afânise, desprovido de desejo. Para Lacan, o *vel* da alienação nos fala de um *ou* alienante que está na linguagem, como o dito popular “A bolsa ou a vida! ” (p. 201). O *ou* é alienante na medida em que, “se escolho a bolsa, perco as duas. Se escolho a vida, tenho a vida sem a bolsa, isto é uma vida decepada” (p. 201).

Lacan (1964) buscou em Hegel legitimamente a justificativa dessa apelação do *vel* alienante, aquela pela qual o homem entra na vida da escravidão. “*A liberdade ou a vida!* Se ele escolhe a liberdade, pronto, ele perde as duas imediatamente, se escolhe a vida, tem a vida amputada da liberdade” (p. 201).

Em relação à segunda operação de causação do sujeito, a operação de separação, esta é representada no algoritmo pelo V invertido ( $\nabla$ ) que forma a parte superior do losango. A separação de acordo com Lacan (1964/1985) conclui a circularidade da relação do sujeito com o Outro, a partir de uma torção essencial. Uma falta é encontrada pelo sujeito no Outro a partir da intimação que lhe faz o Outro por seu discurso. Nos intervalos do discurso do Outro ( $S_1 \rightarrow S_2$ ), surge, conforme ressalta Lacan (1964/1985) na experiência da criança uma questão: “ele me diz isso, mas o que é que ele quer?” (p.203). Assim é que o desejo do Outro é apreendido pelo sujeito naquilo que não cola, nas faltas de seu discurso.

Nesse sentido, a operação de separação só pode se efetuar se o sujeito fizer a sua parte, recortando no Outro um pedaço (TEISSIER, 2004). Aparecem os porquês da criança, que, segundo Lacan (1964/1985), vêm testemunhar a colocação em prova do enigma do desejo do adulto. Para Lacan, nesse seminário, é no intervalo entre os significantes ( $S_1 \rightarrow S_2$ ) que surge o sujeito do inconsciente, sujeito do desejo (\$). Desejo que remete sempre a uma falta, uma falta que recobre a outra, daí a dialética dos objetos de desejo.

Portanto, na teoria Lacaniana o outro que frequentemente é encarnado pela mãe é tomado como Outro primordial e tem um duplo papel a desempenhar: o de ser o outro (escrito a primeira letra minúscula) da relação dual e, ao mesmo tempo, o Outro (escrito

com a primeira letra em maiúscula) que corresponde ao lugar da linguagem, do tesouro dos significantes, do grande Outro barrado (FERNANDES, 2000).

A criança, desta forma, aliena-se na condição de objeto de um outro, funcionando dessa posição. Para tanto, Lacan ressalta a função materna, na medida em que “seus cuidados trazem a marca de um interesse particularizado, nem que seja por intermédio de suas próprias faltas” e da função paterna, na medida em que “seu nome é um vetor da encarnação da Lei do Desejo” (LACAN, 1969/2003, p. 369).

Nesse processo de efetuação da estrutura, a subjetivação implica que a criança possa destacar-se desse lugar de alienação, encontrando uma posição que aluda a uma significação singular, ou seja, é preciso que a operação de separação se efetue. Nesse sentido é que, para a psicanálise, o sintoma da criança pode ser tomado de duas formas: ou como resposta ao que existe de sintomático na estrutura familiar, representando a verdade do casal familiar, ou decorrente da subjetividade da mãe, convertendo-se em objeto da mãe, revelando a verdade desse objeto. “Ela se torna o ‘objeto’ da mãe e não mais tem outra função senão a de revelar a verdade desse objeto.”. (LACAN, 1969/2003, p. 369).

Soler (2007), partindo da tese de Lacan de que o psicótico não está fora da linguagem, mas está fora do discurso, salienta que a inscrição em um discurso pressupõe a operação de separação, e tal operação, por sua vez, é condicionada pela função paterna através do significante Nome-do-Pai que permite ao sujeito situar-se no campo do simbólico. Assim, para a autora, é possível dizer que o fora-do-discurso, ou seja, o significante, não representa o sujeito e não há barreira para o gozo, característica da posição do sujeito na psicose, “pode combinar com sua instalação no campo da alienação” (p.63). Diferentemente do sujeito neurótico, que foi marcado pela operação de separação, e do autista, que a autora situa em um aquém da alienação, em uma recusa em entrar nela.

Já Rinaldi (2015) sinaliza que a clínica psicanalítica, ao precisar o conceito de sujeito como correlativo do conceito de inconsciente, oferece uma grande contribuição à clínica da atenção psicossocial, na medida em que se torna possível distinguir diferentes modos de endereçamento ao Outro, modos estes que caracterizam as estruturas clínicas: neurose, perversão e psicose. Sem levar em contas estes diferentes modos de endereçamento ao Outro, ou seja, desconsiderar essas características clínicas que se

apresentam de maneira singular para cada sujeito, corre-se o risco de transformar o tratamento em um adestramento para o laço social, que dificilmente será sustentado de forma ativa por esse sujeito, levando a um agravamento do seu quadro clínico.

Nesse sentido, para a psicanálise, a subjetivação não é um processo natural que se adquire com o desenvolvimento. O sujeito advém da relação com o Outro em que, a partir das operações de alienação e de separação, pode se inscrever no discurso, na dialética da falta, constituindo-se assim enquanto sujeito do desejo. Embarços ou mal-entendidos nessa relação podem interferir no curso dessas duas operações, trazendo consequência para a constituição do sujeito do desejo na criança.

Aos nove anos, Athos estava por se constituir enquanto sujeito do desejo, dando provas de que não é a idade cronológica que determina o nascimento do sujeito. Encontrava-se alienado ao grande Outro que se apresentava para Athos como não barrado, podendo seu sintoma ser lido como uma forma de barramento a esse Outro, sem, contudo, conseguir realizar a operação de separação que conclui a circularidade da relação do sujeito com o Outro.

Athos, dessa forma, foi tomado pelo discurso analítico enquanto um sujeito nas vias de se constituir como tal. Porém, no CAPS i estudado, a prática analítica se insinua junto à prática médica, bem como a outras práticas que são sustentadas por discursos diferentes. Segundo a teoria dos discursos de J. Lacan (1969-1970), o discurso é conceituado como uma estrutura que põe em movimento relações fundamentais que se instauram em decorrência da linguagem. A partir dessa teoria, o capítulo seguinte discute o lugar que a criança ocupa nesses discursos, para em seguida analisar o lugar que foi ofertado a Athos pelos discursos que circulam e sustentam as diversas práticas no CAPS i.

### 3 O LUGAR DA CRIANÇA NOS QUATRO DISCURSOS

Para analisar as questões sugeridas nessa pesquisa, foi tomada como referência a teoria dos quatro discursos elaborada por J. Lacan. Segundo esse autor, no Seminário XVII, O Averso da Psicanálise (1969-1970/ 1992), mediante o instrumento da linguagem instaura-se certo número de relações estáveis, no interior das quais podem inscrever-se algo bem mais amplo, que vai além das enunciações efetivas. A partir desse entendimento, Lacan extraiu dessas relações estáveis, desses laços sociais que estão no mundo, quatro possibilidades discursivas que denominou: discurso do mestre, discurso da histórica, discurso do analista e discurso do universitário.

Cada discurso se sustenta a partir de quatro “lugares privilegiados” (LACAN, (1971/2009) e permanentes, dentre os quais um, precisamente, ficou sem ser nomeado, sendo a função do seu ocupante que fornece o título de cada um desses discursos. Esse lugar que fica ao alto e à esquerda foi designado por Lacan (1971/2009) como o lugar do agente, sendo os outros designados como os lugares do outro, da verdade e da produção:

$$\begin{array}{l} \underline{\text{Agente}} \quad \rightarrow \quad \underline{\text{outro}} \\ \text{Verdade} \quad // \quad \text{produção} \end{array}$$

Esses quatro lugares permanentes podem ser ocupados por um dos quatro elementos definidos por Lacan: significante-mestre ( $S_1$ ), saber ( $S_2$ ), objeto mais de gozar ou objeto causa de desejo ( $a$ ) e sujeito ( $\$$ ) que apenas podem circular em sentido horário. A partir de cada quarto de giro desses elementos, surgem as quatro possibilidades discursivas:

Discurso do Mestre:

$$\begin{array}{l} \underline{S_1} \rightarrow \underline{S_2} \\ \$ // a \end{array}$$

Discurso da Histórica:

$$\begin{array}{l} \underline{\$} \rightarrow \underline{S_1} \\ a // S_2 \end{array}$$

Discurso do Analista:

$$\begin{array}{l} \underline{a} \rightarrow \underline{\$} \\ S_2 // S_1 \end{array}$$

Discurso Universitário:

$$\begin{array}{l} \underline{S}_2 \rightarrow a \\ S_1 // \$ \end{array}$$

Segundo Quinet (2006), a barra presente nas duas frações que compõe cada discurso tem uma representação. A barra da primeira fração indica o representante e o representado em cada laço social onde o representado, o que fica sob a barra é o que sustenta a verdade de cada discurso. Já na segunda fração, a barra refere-se ao que o gozo<sup>1</sup> de cada laço social deve produzir, ou seja, o gozo que resta ao falante, por estar imerso na linguagem.

O objeto *a*, definido primeiramente como objeto causa de desejo, ganhará, a partir do Seminário XVI de Lacan, a função de mais-gozar, com base a uma referência ao conceito de mais-valia formulado por Marx em O Capital. Em cada discurso, esse objeto pequeno (*a*) aparecerá em um lugar diferente, indicando que a distribuição e o manejo do gozo variam de acordo com cada discurso. O mais-de-gozar é um resto de gozo que se produz no lugar da perda, e que movimenta o circuito da repetição que comanda o desejo. Assim, o reconhecimento de que todo discurso é um meio de gozo é fundamental para pensar os discursos como aparelhos de poder, como aparelhos de gozo, na medida em que o gozo pode ser delineado pelo discurso. (RINALDI, 2002).

Nesse sentido, Lacan toma o discurso “como uma estrutura necessária, que ultrapassa em muito a palavra” (LACAN 1969-1970/1992, p. 11), como uma estrutura que subsiste nas relações fundamentais, não sendo necessárias enunciações para que “nossa conduta, nossos atos, eventualmente, se inscrevam no âmbito de certos enunciados primordiais”.

É no discurso do mestre que o sujeito se funda, através da introdução, na cadeia significante, do significante primeiro que se articula a outro significante, produzindo

---

<sup>1</sup> O conceito de gozo atravessa a obra de Lacan de 1938 até o fim. Inicialmente na obra lacaniana o termo gozo, às vezes, se confunde com o termo prazer, porém, a partir de 1960 torna-se um conceito ligado ao grande Outro, tesouro do significante, articulado portanto ao conceito de discurso, vindo a ocupar um lugar central na tópica lacaniana. Lacan toma o termo “gozo” emprestado do discurso jurídico o qual implica em repartir, distribuir, retribuir, referindo-se ao gozo de objetos que poderia pertencer a outros ou privá-los, a esses, do seu gozo. Nesse sentido é que o gozo se situa no campo do outro. Para Valas (2001), a psicanálise não é o mundo do ser nem das coisas, mas do desejo e do gozo, sendo por essa via que a existência humana assume seu caráter de drama.

uma perda de gozo que fica com resto que não interessa ao mestre e também não pode ser utilizado pelo escravo. Assim, engendra um novo discurso, como verdade recalçada, fazendo emergir o sujeito do inconsciente, o sujeito dividido. Porém, chama a atenção de que não é obrigatório que as coisas se estabeleçam apenas em função desse discurso (LACAN, 1970/2009).

Dentro desta perspectiva, Clastres (1991) utiliza os termos de Lacan “discurso do mestre” e “discurso universitário” para dizer que a promoção do significante “educação” faz aparecer o significante “criança”, que, durante todo um período, havia desaparecido de cena, e seu surgimento opera um deslocamento no qual se funda a ordem familiar. Para o autor, a operação dos moralistas da idade clássica é uma operação normativa, visando aperfeiçoar o próprio funcionamento do discurso do mestre, norma que tem como corolário a segregação.

No discurso do mestre, a criança encarna “um saber sobre a Criança”, tendo como consequência o aparecimento de uma série de disciplinas e especialidades cujo objeto de conhecimento é “A Criança” por parte da pedagogia, da pediatria, da psicologia infantil, da puericultura, entre outras, defende Pacheco (2006, p. 307). O nascimento desses campos, em momentos distintos, legitimados pelo saber científico, possibilitou a construção da infância (CIRINO, 2001).

Já no discurso universitário, o laço de educar produz, ao tratar os indivíduos como objetos, o sujeito (\$) que se revolta, o sujeito patológico. “Eis o que produz a ciência ao tomar a via do discurso universitário” (QUINET, 2006, p. 37).

A criança que polariza hoje todas as atenções dos educadores, dos psicólogos, dos médicos, dos analistas, nem sempre esteve nesse lugar. Esse autor retoma Ariès para dizer que, na Idade Média, a criança, uma vez desmamada, tornava-se simplesmente uma espécie de companhia natural do adulto, sem, no entanto, possuir um lugar particular (CLASTRES, 1991).

Entre os séculos XVI e XVII, com a ascensão do capitalismo e, com ele, a emergência de uma nova classe social, a burguesia, há o surgimento da preocupação educativa, que tinha como objetivo a produção de adultos convenientes e adequados aos ideais da sociedade. Para tanto, seria necessário educar a criança, instruí-la, criá-la, pois a criança passa a ser pensada como “o homem de amanhã” (CLASTRES, 1991).

A partir desse entendimento, segundo Neme (2003), o termo criança passa a designar alguém que vai crescer, que ainda não está pronto, contrapondo-se ao termo adulto. Nessa perspectiva desenvolvimentista, a noção de acabado virá com a idade adulta, quando o que interessa é o indivíduo, como o próprio termo indica, indiviso, ou seja, aquele que não se divide.

Desta forma, a representação da criança como um ser inacabado e imaturo dá lugar a uma clínica que estaria sujeita a intervenções que incidem nas falhas do desenvolvimento, buscando sua adaptação ao ideal social. Essa clínica engendra uma prática em que se avalia que o outro diga “pela” ou “sobre” a criança, como a prática das anamneses, onde se colhe os dados sobre a criança que só o outro sabe, favorecendo que a criança permaneça “alienada (ali-é-nada)” (FERREIRA, 2000, p. 27), tendo como consequência a exclusão de toda e qualquer responsabilidade do sujeito pelos seus sintomas.

Para Cirino (2001), essa representação, sustentada pela ideologia de um “cérebro sem sujeito”, está presente na perspectiva psiquiátrica atual, sendo o único agente de transformação o recurso farmacológico associado, em alguns casos, ao condicionamento do comportamento ou do pensamento.

Focada nos ideais do bem-estar, o exercício dessa clínica contradiz, como nos diz Cirino (2001) a ética da psicanálise, que é a ética do bem dizer. A psicanálise reconhece os poderes da palavra e com isso concebe espaço para o surgimento do sujeito, entendido nessa teoria como o efeito de linguagem e, portanto, distinto da concepção de indivíduo biológico ou de pessoa.

Desta forma, na medida em que a psicanálise coloca em primeiro plano não o termo indivíduo, mas o termo sujeito, a criança passa a ter outra representação nesse campo teórico-prático. O termo sujeito que interessa à psicanálise, refere-se ao sujeito dividido, sujeito do inconsciente a se constituir, seja ele criança, adolescente ou adulto (NEME, 2003).

Segundo Clastres (1991), Freud, nos seus estudos sobre a neurose, faz um retorno à criança, mas não à criança educada e disciplinada, e sim à criança que é antes de tudo um corpo ineducável, que não consegue fazer a aprendizagem da satisfação, que não consegue reger o seu prazer seguindo as vias previstas pelo Outro.

Os estudos clínicos e teóricos realizados por Freud no campo da histeria evidenciaram a grande influência exercida pelas primeiras impressões, especialmente nos primeiros anos da infância sobre a vida adulta. No momento histórico em que os pesquisadores se ocupavam em esclarecer as reações do indivíduo adulto, procurando explicações na fase pré-histórica representada pela vida dos antepassados, atribuindo influência a hereditariedade, Freud (1905/1976, p. 218) destacou a infância como a fase pré-histórica onde se dá a existência individual da pessoa: “A psicanálise foi obrigada a atribuir a origem da vida mental dos adultos à vida das crianças e teve que levar a sério o ditado que diz que a criança é o pai do homem”.

Cirino (2001) nos diz que a teoria freudiana foi fundamental para destacar a existência da sexualidade infantil. A partir de suas investigações sobre a natureza das pulsões sexuais, Freud passa a interrogar a vida sexual das crianças, descobrindo que, a partir das pulsões sexuais, as crianças elaboram um saber sobre a sua origem e questionam seu lugar no desejo dos pais. Ao reconhecer a posição ativa que as crianças assumem na produção de suas teorias sexuais, Freud lhes dá um estatuto diferente do de um simples objeto de investigação.

A descoberta da psicanálise de que nenhuma das formações mentais infantis perece, estabeleceu o caráter decisivo e indestrutível dessas. Para Freud, isso, que é da ordem do indestrutível, diz respeito ao conceito de infantil que vai além dos limites da faixa etária onde a infância está situada, distanciando a perspectiva psicanalítica de uma visão desenvolvimentista (FREUD, 1913/1974).

O infantil, tanto para a criança quanto para a histérica, segundo Barros (1991), é um saber recalcado, um saber sobre o sexual que diz respeito à diferença entre os sexos, a um saber sobre a castração. Como formação subjetiva, esse saber somente aparece nos tropeços da linguagem: sonhos, atos falhos, sintoma. Para esse autor, quando se fala em sexualidade infantil, deve-se pensar no que restou do gozo ao longo do processo de simbolização.

Cirino (2001) sublinha que a psicanálise não se constitui em uma teoria sobre a infância, mas sobre o infantil, sobre o inconsciente e gozo. Para ela, o que importa não é a realidade dos fatos da infância, mas a realidade psíquica constituída a partir dos desejos inconscientes.

Assim, a clínica do infantil em psicanálise se faz nessa vertente estrutural da divisão do sujeito entre o significante e o real do gozo, diferentemente da clínica da infância que se faz a partir da perspectiva do desenvolvimento psicológico (CIRINO, 2001).

Segundo Valas (1991), é na assunção do complexo de castração através do Édipo que se traça para Freud a linha divisória mais certa entre adulto e criança. A disposição perverso-polimorfa da sexualidade infantil é o que constitui a pré-história do sujeito que só vai se estruturar a partir do primado do falo. Para Freud, na análise de Valas, antes do Édipo não há recalque.

Já para Lacan, na análise de Valas (1991, p. 144-145), a incorporação da estrutura é muito mais precoce, uma vez que, na sua concepção, o Outro da linguagem preexiste ao sujeito. Situando-a em dois momentos genéticos “de importância desigual”, o estágio do espelho e o jogo do *Fort-Da*. No primeiro momento, a partir da estrutura já incorporada, “cristalizam as identificações egóicas do sujeito, constituintes dos ideais da pessoa cuja posição sexuada vai se regular no desfile edípiano”. Do estágio do espelho resulta que, do ponto de vista do adulto, a criança tem a fantasia de um ser que é amado, ou deveria ter sido, desejado ou não. Mas é também, um ser que pode ser dominado, ter seu gozo domesticado. Do ponto de vista da criança, o adulto representa um ideal de mestria.

No segundo momento, o jogo do *Fort-Da*, identificado por Freud a partir da observação da brincadeira repetida do seu neto de um ano e meio de idade na ausência da mãe que consistia em arremessar o carretel fazendo-o sumir, momento marcado pela pronúncia da palavra *Fort!*, que, em alemão, significa ir, para em seguida puxá-lo, pronunciando a palavra *Da!*, que significa ali, dá o testemunho do ponto de inseminação da ordem simbólica. Ao enfatizar a sincronia na estruturação do sujeito, sem descartar a diacronia, ou seja, o romance próprio de cada um, “o real do tempo” (VALAS, p.144), Lacan afasta toda a noção de psicogênese.

Abordar, então, a criança na estrutura é supor a criança em uma estrutura de linguagem que porta um buraco, na medida em que não há conjunção entre palavra e coisa (NEME, 2003).

De fato, Lacan (1953/1998) se interessa por esse ponto e constata que “o símbolo se manifesta inicialmente como assassino da coisa, e essa morte constitui no sujeito a eternização do desejo” (p.320). É porque algo falta que o sujeito se precipita na linguagem, sendo a própria estrutura da linguagem que possibilita a saída do ser da sua petrificação e se introduza como sujeito do desejo.

Desta forma, Valas (1991), a partir da teoria lacaniana, distingue o adulto da criança a partir de quatro pontos: o significante, o gozo, a história e o ato. No nível do significante, a criança é um ser falante, dividido pelo significante. No nível do gozo, a criança é tomada como aquela que não dispõe do ato sexual, mantendo-se em um gozo puramente masturbatório; no nível da história, a “experiência de vida” (p. 146) aparece como um traço distintivo e, por fim, no nível do ato, a criança se define por não poder se responsabilizar por seu gozo, ignorando-o ou tornando-se sua vítima.

Em relação a esse último nível, é justificado questionar se o ato analítico é possível com uma criança. Valas (1991, p.147) defende que sim, em função da transferência, ou seja, da instauração sujeito suposto saber. Cabe ao sujeito suposto saber, representado pelo analista no lugar do semblante, dirigir-se a um sujeito (\$) mesmo que seja uma criança que esteja ocupando esse lugar. O analista, com esse ato, realiza uma operação fundamental de antecipação, cujo efeito é a subjetivação. Porém, é a saída do ato que permanece problemática para ela.

Com esse ato de supor um sujeito na criança, o discurso do analista toma seus atos como um dizer, pois, para a psicanálise, segundo Cirino (2000), o foco não é o adulto ou a criança, mas o sujeito que não tem idade, o sujeito do inconsciente que se constitui na dialética da demanda de amor e da experiência de desejo.

Assim, para Ferreira (2000), não existe uma clínica com crianças, mas muitas clínicas, que se sustentam pelo tipo de representação que possuem sobre essas, em que cada representação gera um tipo de discurso sobre a criança que orienta a direção do seu tratamento. Mas, no Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil estudado, que discursos se inscrevem e como Athos foi tomado nesses discursos?

### 3.1 OS GIROS DISCURSIVOS EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIL, EXAMINADOS À LUZ DO CASO ATHOS.

A Reforma Psiquiátrica, como foi abordado na introdução dessa dissertação, trouxe transformações para o campo da saúde mental, introduzindo novas propostas de trabalho que se fundam em uma diversidade de práticas e saberes. Tais transformações, como discute Rinaldi (2002), abriram espaço para a pluralização dos discursos dentro dos novos dispositivos de assistência que se organizaram a partir do discurso da Reforma, entre eles os Centros de Atenção Psicossocial. Serviços que abriram novas perspectivas na política de saúde mental, constituindo-se na principal modalidade de serviço substitutivo à internação em saúde mental no Brasil.

Na visão de Tenório (2001), essa diversidade de práticas e saberes fundam o campo da atenção psicossocial, que, para ele, se constitui a partir de três vertentes: a desinstitucionalização, a clínica institucional e a reabilitação psicossocial. A psiquiatria e a psicanálise constituem saberes de base desse campo, presentes em todas as vertentes, embora ideologicamente recusadas na primeira delas e comparecendo em proporções diferentes na segunda e na terceira.

A primeira vertente é herdeira do paradigma italiano da desinstitucionalização, sendo “a instituição que se trata de negar não é o hospital psiquiátrico, mas a doença mental [...]” (TENÓRIO, 2001, p. 53). Em vez de colocar o doente entre parêntese, como fez a psiquiatria, para ocupar-se da classificação dos sintomas, o que é colocado entre parênteses é a doença mental, ou seja, o saber psiquiátrico que sobre ela se produziu (AMARANTE, 1996).

Para essa vertente, foi o conceito de doença, fundado pela clínica psiquiátrica, o responsável por construir na sociedade todas as formas de segregação e exclusão da loucura, sendo, por tanto, necessário romper com o paradigma clínico para desconstruir essa instituição.

Fazendo uma analogia com as quatro estruturas discursivas de Lacan, é possível pensar que o discurso que se inscreve nessa vertente é o discurso da histérica, na medida em que tem como agentes, profissionais da saúde, psiquiatras, psicanalistas, familiares, insatisfeitos com a forma de lidar com a loucura imposta pelo modelo biomédico. Esse sujeito do inconsciente, com seus sintomas e sua divisão (\$), questiona a ciência psiquiátrica ( $S_1$ ) e produz novos saberes, trazendo o louco, que estava excluído nos manicômios, de volta para a cena social, como protagonista, reivindicando um lugar social, seu lugar de cidadão.

Assim, o exposto pode ser matemizado das seguintes formas:

Discurso da Histérica:

$$\begin{array}{l} \underline{\$} \rightarrow \underline{S}_1 \\ a // S_2 \end{array}$$

Vertente da Desinstitucionalização:

$$\begin{array}{l} \underline{\text{Louco/cidadão}} \rightarrow \underline{\text{Ciência Psiquiátrica}} \\ a // \text{novos sobres / Loucura} \end{array}$$

Na vertente da desinstitucionalização, o agente institui o saber psiquiátrico como mestre ( $S_1$ ) para questioná-lo e fazer a sua deposição: “A estratégia da negação da psiquiatria enquanto ideologia nasce do encontro com a prática psiquiátrica.” (BASAGLIA, 1981 apud AMARANTE, 1996, p. 69)

Segundo Tenório (2007), a transformação do paciente em sujeito de direito, se pode ter efeitos terapêuticos importantes na psicose, traz problemas clínicos específicos para o campo da neurose, na forma de uma colagem do sujeito à ideia de que o tratamento tem o dever de lhe restituir o bem-estar.

A segunda vertente afirma a positividade da clínica como campo de trabalho com a loucura, “pensando a instituição como um lugar de laço social para quem, por definição tem dificuldade de fazer laço” (TENÓRIO, 2001, p. 54). Essa clínica, quando se vale dos recursos e dos dispositivos da psicanálise, toma as manifestações dos pacientes, ditos e atos, como manifestações do sujeito do inconsciente, posicionando-o como eixo do trabalho, cuja via é a palavra: “o sujeito é falante, ainda que não faça uso da função da fala, pois, mesmo assim está no campo da linguagem” (ELIA, 1997, p. 94).

Na clínica, que se estrutura a partir do discurso do analista, no lugar de agente encontra-se o objeto  $a$ , que tem como efeito o aparecimento do sujeito no lugar do outro ( $\$$ ), ou seja, tem efeito de subjetivação. O agente desse discurso se sustenta em seu ato na verdade do saber sobre a castração, a falta e a inexistência da relação sexual (QUINET, 2006).

Discurso do Analista:

$$\begin{array}{l} \underline{a} \rightarrow \underline{\$} \\ S_2 // S_1 \end{array}$$

A clínica estruturada a partir do discurso do analista, segundo Tenório (2007), reintroduziu no universo da assistência psiquiátrica brasileira a possibilidade de uma clínica da psicose que tinha se perdido pela degradação do hospital psiquiátrico, e abriu o caminho para a existência desse novo dispositivo que hoje é o carro-chefe da assistência psiquiátrica no país, os CAPSs.

Porém, nesses Centros de Atenção Psicossocial, outras clínicas, estruturadas a partir do discurso universitário e do discurso do mestre, são exercidas, entre elas a clínica psiquiátrica. Nessa clínica, o significante mestre ( $S_1$ ), encarnado pela psiquiatria, quando ocupar o lugar de agente e se dirigir ao saber sobre a classificação dos sintomas ( $S_2$ ), tem como produção a doença mental e a exclusão do louco “na sua diferença” (TENÓRIO, 2007, p. 26).

Discurso de Mestre:

$$\begin{array}{l} \underline{S}_1 \rightarrow \underline{S}_2 \\ \$ // a \end{array}$$

Clínica Psiquiátrica:

$$\begin{array}{l} \underline{\text{Psiquiatria}} \rightarrow \underline{\text{classificação dos sintomas}} \\ \$ // \text{doença mental/ Exclusão} \end{array}$$

A partir de um recorte clínico, Tenório (2007) nos oferece um exemplo dessa exclusão. L., uma senhora de aproximadamente 60 anos, chegou à Emergência Psiquiátrica e foi encaminhada para o CAPS. Idosa, impressão diagnóstica de esquizofrenia. O CAPS recusou, alegando que se tratava de uma demência – quadro orgânico, ligado à senilidade que, segundo a equipe, caracteriza que ela “não tem perfil para CAPS”. Diante dessa recusa, essa idosa foi colocada pela família em um asilo, onde não se oferece a ela qualquer atividade. Uma vez por mês (ou às vezes a intervalo maior) é trazida por um acompanhante ou pela família a um ambulatório de saúde mental para uma consulta. No ambulatório, está diagnosticada como esquizofrênica. Nesse exemplo, a recusa do CAPS, com base em um critério exclusivamente diagnóstico e na ideia de um “perfil” de paciente produziu exclusão.

Dessa forma, o exercício da clínica a partir do discurso do mestre, quando objetiva a nomeação da doença e do diagnóstico, tem no lugar da produção a doença que advém como objeto *a*.

Na última vertente, que é a da reabilitação psicossocial, na medida em que tratar é ajudar a recuperar a competência social, há o empuxo à demissão subjetiva. O saber pedagógico de educação para a vida no lugar de agente ( $S_2$ ) dirige-se ao usuário a fim de recuperar sua competência social, convocado o usuário a comparecer no lugar de objeto (*a*) e operando a partir da lógica do discurso universitário:

Discurso do Universitário:

$$\begin{array}{l} \underline{S_2} \rightarrow \underline{a} \\ S_1 // \$ \end{array}$$

Vertente da Reabilitação:

$$\begin{array}{l} \underline{\text{Saber pedagógico}} \rightarrow \underline{\text{usuário/competência social}} \\ \text{Especialidades} // \$ \end{array}$$

O autor acima citado complementa que, embora sejam teóricas e praticamente distinguíveis, estas três vertentes não são de todo excludentes, misturando-se nas experiências concretas de transformação do campo psiquiátrico brasileiro.

Dessa forma, essa análise evidencia que as estruturas discursivas propostas por Lacan: o discurso do analista, o discurso da histérica, o discurso universitário e o discurso do mestre, estão presentes no campo da atenção psicossocial, sendo a articulação entre eles o que vai diferenciar o modo de cuidado e de tratamento nos CAPS, sejam eles de adulto ou infantojuvenis.

O dispositivo de assistência em saúde mental, instituição onde a presente pesquisa foi realizada, o CAPS i, se originou de um serviço ambulatorial que fazia parte de um hospital psiquiátrico de referência da cidade, tendo uma forte presença da vertente da clínica institucional na sua organização. Segundo o Projeto Terapêutico desse dispositivo, o ambulatório “entrou em recesso” (p. 2) depois da aprovação pelo Ministério da Saúde do plano estratégico para expansão dos CAPS i, enfatizando a necessidade de substituição de uma proposta de trabalho por uma outra, a fim de responder a uma demanda ministerial.

O Projeto Terapêutico do CAPS i deixa claro que esse serviço deve possuir um modelo de atenção centrado na clínica psicossocial, com uma proposta de intervenção junto à família e à comunidade, em parceria com os demais setores que atuam na rede de cuidados aos usuários e suas famílias. Consta também que o serviço deve possuir uma equipe de profissionais diversificada, com terapeuta ocupacional, psiquiatra, psicólogo, enfermeiro, pedagogo com formação em psicopedagogia, musicoterapia, professor de educação física, odontólogo, entre outros, que deve funcionar através de uma lógica de cuidado territorial, numa perspectiva de tomar para si a responsabilidade de tratar, considerando a acolhida, o vínculo e a responsabilidade como a ética a reger a equipe, tendo como objetivo constituir-se como dispositivo estratégico em saúde mental no território de referência. Além disso, deve funcionar de portas abertas. Isso significa que todos os casos que chegam devem ser acolhidos e discutidos semanalmente em equipe para avaliar se serão matriculados no CAPS i ou encaminhados para outras instituições.

Esse modo de operar que foi previsto pelo Projeto Terapêutico do CAPS i, passou a fazer parte do cotidiano dessa instituição. De fato, esse serviço funcionava com uma equipe diversificada de profissionais, com atendimentos individuais, em grupo, visitas domiciliares, uma preocupação constante em manter um diálogo com a família, a comunidade e com as instituições parceiras no atendimento às crianças e aos adolescentes, funcionando de portas abertas a partir do dispositivo do acolhimento.

O acolhimento no CAPS i acontecia diariamente, sendo realizado sempre por dois técnicos de categorias profissionais diferentes, a partir de uma escala que definia uma dupla de profissionais por turno, com a função de acolher pacientes novos que procuram o serviço naquele período. Cabia a essa dupla de técnicos decidir sobre o encaminhamento de cada caso acolhido, que podia ser: admitir no serviço ou encaminhar para outros pontos da rede de saúde mental.

Uma vez admitidos, os casos eram levados para serem discutidos na reunião de equipe na qual se definia a direção do tratamento a partir da elaboração do Projeto Terapêutico Singular. O Projeto Terapêutico Singular (PTS) foi preconizado pela cartilha “Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular” lançada em 2008 pelo Governo Federal do Brasil. Esse documento define o PTS como um conjunto de propostas de condutas terapêuticas resultantes da discussão coletiva da

equipe interdisciplinar. Além disso, aponta que o PTS deve ser construído entre a equipe, paciente e família e que deve ser reavaliado periodicamente em reuniões de equipe de acordo com a gravidade do caso.

Menezes (2014) avalia que o Projeto Terapêutico Singular é um elemento essencial no trabalho de atenção à saúde, entretanto, a reflexão crítica sobre seus componentes, por ter sido gradativamente deixada de lado, fez com que o PTS passasse a ser utilizado como “receitas de bolo” ou “cardápios”, que são servidos aos clientes que chegam aos serviços em busca de algo.

No CAPS i estudado, praticamente todos os pacientes acolhidos tinham indicação para acompanhamento psiquiátrico. Em função disso, mesmo os casos de usuários em sofrimento psíquico intenso e persistente que, pela Portaria 336/2002, são casos para CAPS, causavam dúvidas na equipe em relação a admissão, uma vez que o serviço só tinha um profissional de psiquiatria na equipe que não dava conta do montante da demanda.

Esse modo de funcionamento denuncia uma dependência da equipe ao saber psiquiátrico, que parecia estar se sobrepondo aos outros saberes e práticas. Segundo Leite (2008), a tendência histórica da hegemonia do discurso médico em detrimento dos demais discursos, põe em risco a possibilidade de circulação dos mesmos no campo social.

No acolhimento de Athos não houve dúvidas em relação à sua admissão, já que seu encaminhamento para o serviço foi feito pela própria psiquiatra da equipe do CAPS i, que o acompanhava em um ambulatório de psiquiatria da cidade, a fim de que ele tivesse outras modalidades de tratamento no CAPS i.

Os técnicos relataram, no registro do acolhimento de Athos em prontuário, que “o mesmo [sic] chegou dizendo que estava muito nervoso e com vontade de vomitar e em seguida pediu ajuda de forma desesperada”. Consta que Athos queixa-se de um “nervoso” que atribui a uma situação de abandono. Porém, não é o significante “abandono” que é escutado pelos técnicos e sim o significante “nervoso” que continua sendo investigado, mas quando os técnicos questionam sobre o porquê do nervoso, Athos responde: “são muitos motivos, mas não é o momento de falar disso”. Continua falando sobre outros sintomas que o acometem tais como “ansiedade” e “agitação”,

significantes do meio médico. Diz que quando fica nervoso sente ansiedade e agitação no corpo. Athos queixa-se de que os colegas o chamam de maluco. Tia Vera<sup>2</sup>, que estava acompanhando Athos no acolhimento, atribuiu o retorno dos sintomas de “fazer xixi” do sobrinho ao sofrimento que este estava passando na escola com as agressões dos colegas. Relata também que Athos estava fazendo uso de Risperidona e Fenatil.

Seguindo o protocolo de atendimento no CAPS i, após o acolhimento, o caso de Athos foi levado para a reunião técnica para que fosse definido seu PTS. Os técnicos responsáveis ressaltaram na apresentação clínica os sintomas de agitação e ansiedade de Athos, assim como sua dificuldade de inclusão social a partir de sua recusa ao contexto escolar. A equipe optou pela manutenção do acompanhamento psiquiátrico, pela indicação de um trabalho psicopedagógico, visando à readaptação desse ao contexto escolar, de um trabalho de musicoterapia em grupo por conta da necessidade de socialização inferida pela equipe a partir da queixa de Athos em relação aos colegas, e ao seu movimento de não querer ir para a escola, além de um trabalho psicoterapêutico por conta dos sintomas de agitação e ansiedade relatados.

A maneira como um serviço recebe e acolhe os pacientes depende das concepções que norteiam as indicações de tratamento, isto é, a partir das concepções clínicas é que se decide sobre o encaminhamento, e, portanto, o tipo de tratamento a ser oferecido (TENÓRIO, 2001). Desse modo, a concepção sintomatológica é concebida como aquela que acolhe a fala do paciente e aquilo que se oferece ao olhar do técnico apenas para o reconhecimento dos sintomas os quais irão determinar a conduta técnica, demonstrando assim que essa concepção de doença mental é a face clínica do modelo de exclusão que a reforma psiquiátrica quer superar.

Os projetos de atendimento surgidos na reforma brasileira têm em comum a recusa dessa concepção sintomatológica em benefício da criação de uma clínica que tenha condições de deslocar o processo de tratamento da figura da doença para o doente (GOLDBERG, 1994). Nesse sentido, o mais importante no acolhimento é fazer aparecer outra dimensão da queixa que singulariza o pedido de ajuda a partir de uma abordagem que visa “desmedicalizar a demanda e subjetivar a queixa do paciente” (TENÓRIO, 2001, p. 95). Esse posicionamento possibilita nortear uma clínica que se propõe a

---

<sup>2</sup> Nome fictício utilizado como recurso para resguardar a identidade da pessoa. Nesse sentido, todos os nomes próprio presentes nesta dissertação são fictícios.

colocar o sujeito na via de uma interrogação sobre a dimensão subjetiva de seu sintoma e sua implicação

Porém, o caso de Athos evidencia um acolhimento realizado a partir da concepção sintomatológica, na lógica do discurso universitário, em que o saber ( $S_2$ ) representado pelo saber técnico da equipe, no lugar de agente, responde às questões sobre o caso, a partir de seus conhecimentos naquela área específica. Desse lugar, a equipe ( $S_2$ ) se dirige ao sintoma do usuário que é colocado como objeto ( $a$ ) no lugar do outro, ofertando o PTS, sem, contudo, subjetivar a sua queixa. Esse discurso tem no lugar da produção o sujeito dividido que fica sob a barra, excluído:

$$\begin{array}{l} \text{Saber técnico } (S_2) \rightarrow \text{ (a) usuário / pacote terapêutico} \\ \text{Especialidades } (S_1) \quad // \quad \$ \text{ (exclusão do sujeito)} \end{array}$$

Além disso, essa lógica discursiva pode promover a burocratização das práticas, como aconteceu com o PTS de Athos, que foi ofertado em função de uma prescrição médica de outras modalidades de tratamentos e dos seus sintomas, excluindo o sujeito. Rinaldi (2015) usa o termo “cardápio de atividades” ao se referir a esse tipo de oferta realizada a partir de demandas que não são as do paciente e que supostamente possibilitariam a sua recuperação, atropelando o sujeito e reforçando, no caso de pacientes psicóticos, a posição de objeto frente ao Outro.

Por conta dessas considerações, chamo o Projeto Terapêutico Singular ofertado a Athos de pacote terapêutico. Assim, com esse pacote, Athos inicia o seu tratamento no CAPS i. Os encontros de Athos com a analista aconteciam uma vez por semana em uma sala do CAPS i que tinha uma piscina de bolinhas. Athos entrava sozinho, mas carregava sempre uma garrafinha de água que colocava na estante, não abria mão dessa garrafa na sessão. Chegava sempre no horário combinado e não faltava. Em uma das primeiras sessões, Athos entrou nessa piscina, se acomodou entre as bolas, a analista sentou ao lado e em seguida ele disse “agora eu posso falar”, marcando que, a partir do espaço de escuta ofertado, era possível para Athos falar do que estava para além dos sintomas catalogados pelo saber psiquiátrico.

Apesar de seguir no seu trabalho analítico no CAPS i, aos poucos deixou de comparecer aos encontros com a psicopedagoga e não suportou nem trabalhar em grupo

com a musicoterapeuta, apresentando uma crise de angústia na porta de entrada do CAPS i no dia marcado para o início desse trabalho.

Athos não se submeteu ao pacote terapêutico ofertado. Mesmo com a incidência do discurso universitário por parte da equipe técnica em um primeiro momento, Athos não entrou na lógica do discurso universitário, parecia tentar se proteger do grande Outro que aparece para ele sem barras e, portanto, ameaçador. A equipe do CAPS i, com o pacote terapêutico ofertado a partir da escuta dos sintomas e não do sujeito, parecia encarnar esse grande Outro não barrado para Athos.

A analista levou para a discussão clínica o caso de Athos, tomando as suas manifestações, seus atos, como um dizer sobre o que era possível para ele enquanto tratamento naquele momento. A suposição de sujeito feita pela analista a Athos, possibilitou que os outros técnicos da equipe de saúde também o ouvissem, escutando a sua escolha pelo tratamento psicanalítico naquele momento, em detrimento dos outros definidos.

Nesse sentido, as manifestações de Athos – ditos e atos – tomadas como manifestações do sujeito, tal como o define a psicanálise, produziu um giro discursivo, na posição da equipe de saúde que passou a operar, nesse caso, na lógica do discurso da histórica. Nesse discurso, a equipe passa a trabalhar com o saber do paciente, produzindo um saber a partir do que pôde ser recolhido do sujeito, e não com o saber sobre o “usuário”, como na lógica do discurso universitário, recolocando o sujeito em relevo e os sintomas entre parênteses.

Giro discursivo na equipe de saúde:

1º momento:

Equipe técnica (S<sub>2</sub>) → Pacote terapêutico  \$ → Saber do sujeito  
Especialidades (S<sub>1</sub>) // Athos (\$) a // saber sobre o sujeito

2º momento:

Segundo Di Ciaccia (2005), quando as discussões de caso são regidas pelo discurso universitário, vigora a lógica da multidisciplinidade em que cada profissional se apresenta como um especialista da sua área, respondendo às questões sobre o caso a partir dos seus conhecimentos naquela área específica. Quando as discussões clínicas são orientadas pelo discurso da histórica, configura-se a lógica da “prática entre vários” em que cada membro da equipe responde de um lugar de deserto de saber.

O movimento de passagem de um discurso ao outro instaura e revela, em última instância, a castração, a falta. Para Leite (2008), promover esse movimento é papel fundamental do psicanalista inserido nas instituições, mas ressalta o risco sempre corrente, dele acabar por sucumbir à lógica institucional.

No caso Athos, o discurso da psiquiatria no ambulatório de saúde mental, ancorado no discurso do mestre, se orientou para o sintoma da criança e sua medicalização. Na história clínica registrada em prontuário no CAPS i, consta que Athos, aos seis anos, apresentou “sintomas prodrômicos da esquizofrenia: retraimento social, seguidos por sintomas característicos da esquizofrenia (comportamento bizarro, sentimentos inadequados) e outros inespecíficos associados: distúrbio do sono, enurese, ansiedade, irritabilidade, humor depressivo, apatia e anedonia”, levando a psiquiatra a fazer uma suspeita diagnóstica de esquizofrenia, passando a ser medicado com neuroléptico.

Porém, mesmo com a medicação, a incontinência urinária persistiu, sendo encaminhado, depois de três anos, pela psiquiatra, para o CAPS i, para que tivesse outras modalidades de tratamento. É possível pensar que foi a persistência desse ato de urinar sempre que via a mãe, sua repetição, somado ao fato de Athos não estar conseguindo frequentar a escola que levou a psiquiatra a encaminhá-lo para outras modalidades terapêuticas?

Esse encaminhamento pode sinalizar que houve um giro discursivo no ambulatório de saúde mental com a passagem do discurso do mestre para o discurso da histérica, discurso que faz objeção ao totalitarismo do saber (QUINET, 2006). O sintoma de Athos, que não sessou de se inscrever, fez aparecer no lugar de agente, antes ocupado pelo mestre ( $S_1$ ), o sujeito dividido ( $\$$ ). Esse caso parece ter feito um furo no saber psiquiátrico, possibilitando o aparecimento do sujeito dividido, angustiado, que no discurso do mestre encontra-se sob a barra no lugar da verdade, promovendo com isso um giro discursivo.

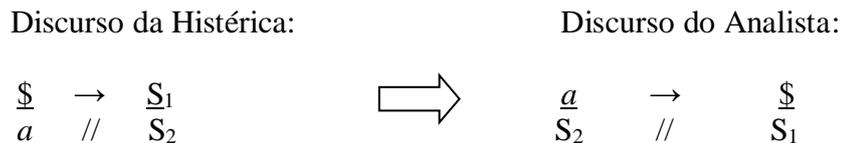
Giro discursivo no ambulatório de saúde mental:

Discurso do Mestre (Psiquiatria):

Discurso da Histérica:

Psiquiatria ( $S_1$ ) → classificação dos sintomas ( $S_2$ )   $\$$  → Psiquiatria( $S_1$ )  
 Repetição ( $\$$ ) // diagnóstico ( $a$ )   $a$  // novos saberes ( $S_2$ )

No CAPS i, Athos endereça à analista o desejo de saber sobre o seu “nervoso”. Mesmo sendo colocada no lugar de mestre, não respondo desse lugar, e sim a partir do discurso do analista onde no lugar de agente está o objeto (*a*) causa de desejo, que toma o sujeito como eixo do trabalho clínico, no sentido de promover que fale, associe livremente e construa sua demanda:



Assim, a psiquiatria, quando se orienta pelo discurso do mestre, exerce a clínica psiquiátrica, dando um sentido à queixa e respondendo a partir do saber dos manuais de classificação das doenças mentais. O discurso psicossocial, quando se sustenta no discurso universitário, orienta uma prática direcionada para uma pedagogia adaptativa e para a recondução do desenvolvimento normal, diferente de quando se sustenta no discurso da histórica, em que o sujeito dividido, no lugar de agente, vem questionar a efetividade das práticas, saindo da normatização. Já a psicanálise, a partir do discurso da histórica, oferta uma escuta ao mal-estar subjetivo de onde uma implicação no sintoma pode advir, mesmo em se tratando de crianças.

O discurso do analista, na medida em que no lugar de agente encontra-se o objeto (*a*), causa de desejo, permite que o sujeito do inconsciente o tome como causa do seu desejo (LACAN, 1973/2003). Desse lugar de agente, o analista como objeto causa de desejo, maneja com a transferência, possibilitando a produção de significantes mestres (*S*<sub>1</sub>) do sujeito, que marcam a sua história e aos quais ele se encontrou ou ainda se encontra alienado, aparecendo, desta forma, o saber (*S*<sub>2</sub>) no lugar da verdade.

O sujeito, através da transferência, é suposto no saber em que ele consiste como sujeito do inconsciente, e é isso que é transferido para o analista, ou seja, esse saber como algo que não pensa, não calcula nem julga, nem por isso deixando de produzir um efeito de trabalho (LACAN, 1973, 2003 p. 530).

Assim, situada no discurso do analista, pode possibilitar que Athos produzisse seus próprios significantes, assim como provoqueei deslocamentos discursivos no CAPS i, cujos efeitos se fizeram sentir no questionamento da equipe das práticas normativas e hierarquizada presentes nas práticas institucionais. Práticas essas que, como nos diz

Rinaldi (2002), anulam o sujeito, tanto do lado do paciente quanto do lado do profissional.

A partir do exposto, é possível fazer uma aposta de que o discurso do analista em um CAPS i, ao tomar o ato da criança como um dizer, na medida em que, como nos diz Quinet (2006), todo ato está inserido em um discurso, pode promover giros discursivos necessários que possibilitem a produção de laços sociais e a efetivação da clínica.

#### 4 O TRATAMENTO DADO PELO DISCURSO ANALÍTICO AO SINTOMA DE UMA CRIANÇA EM UM CAPS i.

“Agora eu posso falar, doutora [sic]”, disse Athos ao entrar na piscina de bolinhas em um dos primeiros encontros comigo no CAPS i. No discurso do analista, este, ao alocar-se no lugar de semblante de objeto causa do desejo (*a*), dirige sua escuta para além do que é dito, fazendo uma aposta no sujeito do inconsciente (\$) sem que a cronologia da idade entre em jogo. O analista com esse ato na clínica com crianças, como foi abordado no capítulo três dessa dissertação, realiza uma operação fundamental de antecipação que pode ter como efeito a subjetivação.

Discurso do Analista:

$$\frac{a}{S_2} \rightarrow \frac{\$}{S_1}$$

Nesse momento, Athos falou sobre seu pai biológico, recordando momentos que passou junto com ele e com um irmão paterno. Porém, Athos conviveu muito pouco com seu pai, revelou Luciana, sua mãe biológica em uma das entrevistas preliminares. Quando Athos nasceu, Luciana saiu com o filho da casa da avó materna onde morava e foi viver com o pai de Athos. O pai de Athos era usuário de drogas, e ao fazer uso, a agredia física e verbalmente. Por conta disso, Luciana diz não ter conseguido sustentar a relação por muito tempo, retornando com o filho para a casa da avó.

Porém, quando Athos tinha cinco anos de idade, Luciana resolveu voltar a morar com o pai de seu filho, mesmo sem o consentimento da sua família, principalmente de sua tia Lia, irmã de sua mãe, que não permitiu que levasse Athos. Luciana foi morar com o companheiro e Athos ficou aos cuidados de Mariana, filha de Lia. Mariana tinha por volta dos seus vinte e poucos anos, a mesma idade da mãe de Athos, não trabalhava, não estudava, por ter, segundo ela, uma saúde muito fraca, mas se dedicava muito ao sobrinho, mostrando ter um carinho muito grande por ele. Athos permaneceu na casa onde morava junto com a Mariana. Sua tia Lia morava com o companheiro em um outro lugar, mas era quem sustentava a casa onde Athos vivia.

A separação de sua mãe não foi sem consequência para Athos, que respondeu a isso com um sintoma enurético. Esse sintoma consistia em uma compulsão de urinar, que se intensificava quando estava diante da mãe biológica que ele chamava pelo nome e da tia Lia que ele chamava de mãe. “Mesmo se fosse um pingo pedia para trocar a

cueca, quando ele me via ou ouvia a minha voz parecia que ia enlouquecer, gritava muito”, diz sua mãe. Isso acontecia também com a tia Lia, porém em menor intensidade.

Mas o que Athos estava se recusando a ver? Para Freud (1933/2006), o temor da perda de amor é um prolongamento posterior da angústia<sup>1</sup> da criança ao constatar a ausência da mãe. Quando a mãe se ausenta ou retira o amor de seu filho, a criança vivencia uma situação de perigo na medida em que a certeza de que suas necessidades serão satisfeitas é abalada, sendo exposto aos mais angustiantes sentimentos de tensão. A hipótese freudiana é a de que esses fatores determinantes da angústia sejam, no fundo, uma repetição da angústia original ocorrida no nascimento, que, de fato, também representou uma separação da mãe.

Na convivência com o pai de Athos, as agressões persistiram, levando Luciana a romper definitivamente com o companheiro e voltar para a casa onde morava Athos. Deixou de ver e de falar com ele, privando Athos também desse convívio. Porém, Athos sofreu muito com esse retorno da mãe para casa, pois era tomado pela compulsão de urinar mesmo sem estar com vontade. Diante do sofrimento do sobrinho, Lia convocou a irmã Vilma para ajudá-la. Vilma não tinha filhos nem companheiro e exercia a função de fotógrafa no Rio de Janeiro, voltando para sua cidade de origem para apoiar a família. Com o consentimento da irmã Lia, Vilma tentou resolver o problema da incontinência urinária de Athos, afastando-o do convívio com a mãe, levando-o para morar consigo em outro bairro. Além disso, procurou ajuda psiquiátrica para o sobrinho em um ambulatório de psiquiatria da cidade e posteriormente o trouxe ao CAPS i.

---

<sup>1</sup> No texto de Freud citado, foi usada a palavra *ansiedade* e não *angústia*, como coloquei. Optei por fazer essa substituição por pesquisar que, no texto original em alemão, Freud usa *Angst*, palavra comumente falada na língua alemã usual, para expressar a sufocante experiência vivenciada no susto, no contato imprevisto com o inesperado, com o que não é reconhecido. Na tradução do alemão para o inglês, a palavra *Angst* foi traduzida pela por “*anxiety*”, termo que tem um consagrado uso psiquiátrico, que remonta à metade do século XVII e que deriva do latim *angere* que significa “estrangular” ou “apertar”, fazendo referência ao sentimento de asfixia que caracteriza o estado em questão. Porém, uma nota de rodapé do apêndice: “O termo “*Angst*” e sua tradução inglesa”, do artigo escrito por Freud sobre a neurose de angústia em 1895 [1894], Edição *Standard* Brasileira, Vol III, p. 117, esclarece que a tradução adotada para a palavra inglesa “*anxiety*”, ao longo de toda a Edição *Standard* Brasileira na tradução da obra de Freud do inglês para o português, é *angústia*, palavra que provém do latim *angustia-ae* que significa “espaço apertado” e *angustiae-arum* que significa “apuro”, “aperto”, “aflição”, pontuando que o termo “*ansiedade*” não traduziria convenientemente o inglês “*anxiety*”, apesar da aparente semelhança fonética. Mesmo com essas considerações, observei que o termo “*ansiedade*” foi usado como tradução da palavra *Angst* no artigo citado, Conferência XXXII, “*Ansiedade e vida Instintual*” de 1933 [1932], Edição *Standard* Brasileira, Vol. XXII, por isso, resolvi fazer a substituição por *angústia*.

Além da separação vivenciada por Athos quando a mãe resolveu sair de casa, outro acontecimento se precipita na sua vida, o nascimento de uma prima, Melina, filha da irmã da sua mãe, que passou a morar nessa casa também sob os cuidados de Mariana. A chegada conhecida ou suspeitada de um novo bebê, para Freud (1905/1976), é vivida pela criança como uma ameaça às suas condições existenciais, por conta do medo da perda de amor e dos cuidados.

Se para Freud (1926/1976, p.194) “a angústia é uma reação ao perigo de uma perda de objeto”, para Lacan, o que se vê na angústia é que no lugar onde deveria estar a falta, um objeto vem tamponá-la. A angústia, portanto, não é perda de objeto, não é a falta de objeto, mas ao contrário, é a sua presença, é a presença de um objeto maciço, um objeto que é o mais íntimo, o mais profundo, o objeto último, a coisa, por isso, ela é o que não engana.

A emergência da angústia indica o real impossível de suportar; que não tem remédio, mas tem tratamento, sendo o sintoma um deles e o psicanalista outro. Assim, Fingermann (2005) define o sintoma como um tratamento do real, uma resposta à angústia. O sintoma tomado como uma resposta, por sua vez, é da ordem de uma metáfora que substitui um representante ao gozo pulsional.

Freud (1933/2006), a partir das suas investigações clínicas, relaciona a geração da angústia com a formação do sintoma. Para ele, a formação da angústia parece preceder a formação dos sintomas, como se estes fossem criados para impedir a aparição do estado ansioso. Para esse autor, a angústia, na medida em que constitui um estado afetivo, é a reprodução de um evento antigo, que representou uma ameaça de perigo, servindo ao propósito de autopreservação e sendo substituída pela formação de um sintoma.

É com o sintoma que a experiência de uma análise começa, experiência que visa tratar o sintoma através da angústia. Ao tocar na consistência do sintoma pelo trabalho da transferência que o coloca em questão, surge a angústia que deve ser manejada. A partir desse manejo pelo analista é que é possível se desvelar a resposta à qual o sintoma estava dando consistência, possibilitando a emergência da questão do sujeito. Essa operação do sintoma, pelo dispositivo analítico, consiste em abrir a resposta à qual ele dá consistência para saber qual era a questão que se pretendia responder com o artifício do sintoma (FINGERMANN, 2005), “[...] pois a fidelidade ao invólucro formal do

sintoma, que é o verdadeiro traço clínico pelo qual tomávamos gosto, levou-nos ao limite em que ele se reverte em efeitos de criação.” (LACAN, 1966/1998 p. 70)

Por ocasião da terceira sessão comigo, Athos entrou na sala cantando uma música que falava de um pecador que estava sofrendo, e que Deus o tinha perdoado. Conta que fez a letra da música com a ajuda da sua tia Vilma. Segundo Vilma, com essa música, ela tentava barrar a emergência, em Athos, de um ato mutilatório oral.

A partir de uma intervenção realizada na sessão, esse ato mutilatório oral aparece como resposta, de forma automática, na minha presença, o que até aquele momento não tinha acontecido. Ato que pode ser lido como um *acting-out*, no qual “o sujeito, ao invés de dizer, age, escamoteando a sua verdade sem saber.” (MARTINS, p. 97, 2013).

Para Lacan (1998), no texto “Resposta ao comentário de Jean Hyppolite sobre ‘*Verneinung*’ de Freud”, esse modo de reação que se designa na técnica pelo nome de *acting-out* consiste em um dos modos de interferência entre o real e o simbólico, que não é vivenciado pelo sujeito, como o fenômeno do esquecimento, por exemplo, mas é por ele atuado. Por consistir em uma tentativa do sujeito de se fazer reconhecer, o ato é tomado como uma palavra, sendo necessário encontrar no ato o seu sentido de palavra (LACAN 1953-1954, 1979).

Na experiência clínica com crianças, o real em jogo como aquilo que não cessa de não se inscrever se presentifica no próprio uso do corpo. As manifestações da criança, seus jogos, narrativas, desenhos, bem como seus movimentos corporais, compõem vários registros e emergem como elementos distintos que se interpõem e entrecruzam-se na composição do texto de sua realidade psíquica. Assim, o ciframento da relação da criança à alteridade poderá se distinguir ao nodular o registro imaginário, que produz sentido à articulação significativa, que apresenta a consistência da criança, e ao real que os causa. (VORCARO, 1999).

No caso Athos, tomei a automutilação com uma manifestação de sua realidade psíquica. O manejo da transferência com Athos foi fundamental para manejar o *acting-out*. Isso possibilitou revigorar no caso Athos o lugar de sujeito da linguagem, sujeito do inconsciente, uma vez que o ato presentifica o sujeito da linguagem. O *acting-out* como resistência mostra “a impotência do sujeito para desembocar no domínio da realização

da sua verdade” (LACAN, 1953-1954, p. 63). A verdade aqui pode ser tomada como a verdade do sintoma, no sentido em que para a psicanálise, sujeito e sintoma são conceitos que estão entrelaçados. O sintoma porta o paradoxo, de a um tempo elidir e representar o sujeito, tem o estatuto de retorno do recalcado (FIGUEIREDO, 2002).

Para Martins (2013), tanto o sintoma como *acting-out* são mensagens inconscientes sobre um desejo desconhecido. Porém, enquanto o *acting-out* é a expressão do desejo que pede uma interpretação por ser da ordem de uma mensagem, de uma mostraçãõ endereçada a um outro que tem que participar; o sintoma por sua vez, ao conter o gozo do qual o sujeito dificilmente abre mão, não necessita de uma interpretação. No *acting-out*, o sujeito atua sob o olhar do outro, sob transferência. (FARAH, 2000).

Quanto maior a resistência, mais extensiva a atuação, *acting-out*, a repetição substituirá o recordar, analisa Freud (1911/1976). O paciente não recorda coisa alguma do que recalcou, mas expressa-o pela atuação, reproduzindo não como lembrança, mas como ação, repete-o sem saber o que está repetindo, repete ao invés de recordar e repete sob as condições da resistência, sendo o manejo da transferência o instrumento principal para transformar a compulsão do paciente à repetição em um motivo para recordar.

Para Lacan (1953-1954, p. 62), no *acting-out* o sujeito se agarra ao outro porque aquilo que é impelido em direção à palavra não ascendeu a ela. Mas, é possível manejar o *acting-out* pela transferência, na medida em que a palavra é, sem dúvida, uma mediação entre o sujeito e o outro, pois implica a realização do outro dentro desta mesma mediação.

Mas, há outra face da palavra, a revelação, que é a palavra do inconsciente, palavra que não se diz diretamente, já que o inconsciente só se expressa por deformação, distorção, transposição. No momento em que a palavra de revelação não se diz, no momento em que o sujeito fica sem saída, na medida em que alguma coisa talvez torne a palavra impossível, “aí está o ponto-pivô em que, na análise, a palavra báscula inteira para a primeira face e se reduz a sua função de relação ao outro” (LACAN, 1953-1954/ 1979, p. 62), produzindo a resistência.

Em um certo ponto dessa resistência, produz-se para Lacan, “o que Freud chama de transferência, quer dizer, aqui, a atualização da pessoa do analista” (LACAN, 1953-

1954/1979, p. 54). Atualização que é sentida pelo sujeito como a brusca percepção de algo que não é tão fácil de definir, a presença. O analista pode ser tomado a um dado momento como testemunha, mais adiante poderá ser alvo de sedução, para que mais tarde se fale a ele no sentido mais propriamente simbólico (LACAN, 1953-1954/1979).

Segundo Lacan (1953-1954/1979), não seria fácil viver se, a todo instante, tivéssemos o sentimento da presença com tudo o que ele comporta de mistério, pois é esse mistério que afastamos e ao qual nos acostumamos. Nesse sentido, chama a atenção para a condição da criança de estar aberta a tudo que o outro lhe traz no sentido do mundo, marcando que há o momento em que ela aponta em direção ao outro esse sentimento misterioso da presença, momento da captação do outro.

Desse modo, ao longo da experiência analítica, a distância do sujeito ao outro varia sem cessar, sendo necessário saber a qual nível esse outro é realizado. Disso resulta os perigos das interpretações e a dificuldade da análise. Assim, ao abordar as resistências do eu nas defesas do sujeito, “ao fazer ao seu mundo as perguntas que ele mesmo deveria responder, pode-se atrair para si respostas muito incongruentes[...]” (LACAN, 1998, p. 401).

No caso Athos, a intervenção a partir do significante pecado, significante do outro, da tia Vilma, autora da letra da música, teve por efeito a precipitação de Athos em um *acting-out*, ou seja, de um ato como substituto de um dizer, que pode ser lido como uma resistência. No *acting-out*, Athos traz para a sessão analítica o ato mutilatório que já vinha acontecendo em casa, quando confrontado com a angústia causada pelas presenças da mãe e da tia. Ocorre, nesse momento, a reatualização da realidade do inconsciente através da transferência dirigida a mim, por ter me apropriado de um significante do outro, momento em que Athos me toma como uma presença, assim como à tia e à mãe.

O saber que opera na análise é o saber recalcado, inconsciente,  $S_2$ . Saber que no discurso do analista ocupa o lugar da verdade que fica sob a barra. Porém, no momento em que intervenho a partir de um saber todo, tomo esse saber,  $S_2$  como agente do discurso, fazendo acender algo da ordem da verdade que não pode ser dita toda e passo do discurso do analista para o discurso universitário que põe sob a barra o sujeito do desejo, dividido, que aparece no lugar da produção.

Discurso do universitário:

$$\begin{array}{l} \underline{S}_2 \rightarrow \underline{a} \\ S_1 // \$ \end{array}$$

Nesse caso, a resistência denuncia, a partir da atuação de Athos, tanto o surgimento da transferência em análise – na medida em que, para Freud (1912/1970), resistência e transferência são faces da mesma moeda, sendo necessário o manejo para que a resistência dê lugar à transferência – quanto a resistência do analista, na medida em que, para Lacan (1953-1954/1979), a resistência também está do lado do analista em relação à sustentação do discurso do analista, do seu lugar enquanto semblante de objeto *a*. Importante salientar que a transferência pode estar presente em todos os laços sociais, porém o discurso do analista maneja com ela para que o tratamento analítico se dê.

Esta ideia da resistência do lado do analista serve como alerta para redirecionar o analista em momentos de escuridão ou de desvio da rota analítica. Serve assim como leme para que retifique sua posição, reassuma seu lugar e faça valer o desejo do analista. Em psicanálise com crianças, este alerta é particularmente precioso, uma vez que as tentações para se sair do discurso analítico são várias (LAMY, 1998).

Para Colette Soler (1992) existem passagens ao ato que não recorrem ao simbólico, mas que procedem de uma operação real sobre o real do gozo. Geralmente são auto ou hétero-mutiladoras. Para a autora, do dano causado em ato no próprio corpo, ou também à imagem do semelhante, de agressão mutiladora até o suicídio ou assassinato, a mutilação real emerge em proporção à falta da eficácia da castração.

Desta forma, Athos responde no real do corpo, tentando compulsivamente mutilar um órgão, mas o que compreender desse ato? A emergência de uma relação oral primordial suprimida (*Verworfen*) na medida em que esse ato corta qualquer manifestação da ordem simbólica? Se a ordem simbólica (*Bejahun*) é a condição primordial para que, do real, alguma coisa venha a se oferecer à revelação do ser, estaria Athos vivenciando impasses no processo de efetuação da sua estrutura? A partir dessa dificuldade em se defrontar com a perda de gozo que funda o sujeito dividido, é possível supor que o sujeito barrado em Athos, o sujeito do inconsciente ainda estava por vir, por se constituir apesar dos seus nove anos de idade. Athos parece vivenciar um impasse diante da operação de separação que funda o sujeito do desejo.

Na constituição do sujeito, tema discutido nessa dissertação no segundo capítulo, inicialmente a criança estabelece com a mãe uma relação de objeto no real. Somente a partir da simbolização da ausência materna por parte da criança é que a mãe perde o estatuto de objeto real para torna-se um significante. Isso se dá quando a criança interroga o sentido da ausência, elevando-a à condição de significante. Assim, Lacan escreve a primeira simbolização, a simbolização primária que refere-se à mãe enquanto Outro, com o matema do significante e do significado: Desejo da Mãe, DM, é o significante promovido pela simbolização da ausência materna, cujo efeito de significado é uma incógnita, por isso escreve-se com a letra x, representando o enigma do desejo materno, do que ela quer: DM/x. Mas é preciso que a segunda operação de simbolização se efetue para que o sujeito do inconsciente se constitua; a operação da metáfora paterna que põe o significante Nome-do-Pai em substituição ao significante Desejo da Mãe, DM: NP/DM (SOLER, 1937/2007).

Instaura-se assim, a lei da castração que não é integralmente operante. Por originar-se do crime, a lei funda o pecado e o pecador trazendo em seu bojo um empuxo à tentação. A lei que serve para mediar nossa relação com o outro não impede totalmente o pecado, pelo menos não o desejo de pecar, indicando com isso uma falha na ordem simbólica, um furo real com resto não simbolizável (BASTOS, 2013).

Na sessão seguinte, a tia de Athos, Vilma, ligou avisando que Athos não podia comparecer. Diante da dificuldade de Athos de ir aos atendimentos, a técnica de referência de Athos no CAPS i e eu lhe fizemos uma visita domiciliar, onde encontramos Athos muito fraco e sem conseguir se alimentar. A família tentava alimentá-lo, mas não podia falar em comida na frente dele, pois para as tias Vilma e Mariana, Athos tinha feito uma associação entre comer e realizar o ato mutilatório; assim como fez uma associação entre ver ou ouvir a voz da mãe e da tia e urinar.

A solução encontrada pela família foi a mesma usada sempre, deixou de falar de comidas e alimentos, retirando da cena todos os significantes que causam angústia a Athos, assim como fez com a mãe e a tia Lia, na ocasião do sintoma enurético de Athos. Além desse, outro significante não podia aparecer para Athos: o pai. Quando me referi a este, nessa visita, as tias falavam bem baixo e com muito pudor, evitando que Athos tivesse acesso à sua história paterna.

Depois de trinta dias, dos quais cinco deles passou internado, Athos retorna para seus atendimentos no CAPS i, ainda muito debilitado. Internar Athos em um hospital geral, mesmo com o risco eminente de desidratação por não se alimentar, não foi uma tarefa simples. A família tentou a internação por diversas vezes, tanto pela via do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, SAMU quanto pelos serviços de emergências de hospitais gerais públicos de atendimento à criança da cidade, mas, por ser paciente psiquiátrico, era rejeitado. Por fim, com o intermédio da psiquiatra que atendia Athos no ambulatório de psiquiatria, que funcionava em um hospital geral, e com a garantia de que a equipe do CAPS i o acompanharia durante a internação, dando suporte a equipe do hospital geral, conseguiu ser finalmente internado nessa instituição.

Durante o acompanhamento de Athos no hospital, dei andamento às entrevistas preliminares iniciadas no CAPS i com a mãe biológica, Luciana e a tia Vilma, a qual ficou à frente de todo o processo de internação hospitalar. Vilma revelou seu medo de deixar Athos com Luciana, “porque ela não sabe cuidar dele”, diz. Para Vilma, Luciana não tinha responsabilidade por Athos. Por outro lado, queixa-se de ter deixado de trabalhar, de ter deixado sua vida na cidade onde morava para vir cuidar de Athos a pedido da irmã Lia quando ele adoeceu. “Quero ter minha vida de volta”, diz Vilma. Luciana também se queixa de não poder trabalhar e depender financeiramente da sua tia Lia, atribuindo a culpa disso aos “problemas de Athos”. Vera e Luciana não se toleram e quase não se falam. A falta de diálogo é recorrente nessas mulheres, Lia, Vilma, Luciana e Mariana; em lugar de falar, se agredem verbal e fisicamente. Porém, têm em comum Athos, do qual vivem em função, poupando-o de tudo que possa causar-lhe algum tipo de frustração.

A partir dessas entrevistas, é possível fazer a hipótese de que Lia, Vilma, Luciana e Mariana parecem disputar a maternagem de Athos, fazendo sobrepor à mulher marcada pela castração a mãe plena. Athos fica no lugar de objeto de satisfação dessas mães, de objeto de cuidado, tamponando a falta do Outro. É importante lembrar que é sempre no ponto de vacilação do desejo que o sujeito deixa a brecha aberta para adentrar o desejo do Outro, origem da angústia. O desejo do Outro interroga o sujeito em seu desejo como causa de desejo dele; e ele, então, responde com angústia. Sem borda nos desfiladeiros da castração, o sujeito apela aos recursos do aparelho: a inibição e a angústia (FERREIRA, 2000).

Ao retornar para seu atendimento no CAPS i, Athos repetia: “eu não quero falar, eu não quero falar...”, mas ao entrar na sessão começa a cantar. Canta uma música cuja letra fala do desejo por um encontro: “[...] penso em um belo horizonte, em poder te ver [...] onde está você meu amor, eu preciso de um pouco de calor”. Nesse momento, me ofereço para fazer a escrita da letra da música que ele estava cantando em uma folha de papel, intervindo do lugar de agente, porém enquanto semblante de objeto causa de desejo, objeto *a*. Intervenção que fez Athos falar a partir do desejo de desenhar, dando continuidade ao seu tratamento.

Discurso do Analista:

$$\begin{array}{ccc} \underline{a} & \rightarrow & \underline{\$} \\ S_2 & & S_1 \end{array}$$

Assim, a partir do discurso do analista e seguindo a hipótese de que Athos estava vivenciando embaraços na efetivação da sua estrutura subjetiva, com dificuldades em realizar a operação de separação que funda o sujeito do inconsciente, passei a segui-lo no caminho que ele mesmo traçou para o seu tratamento.

#### 4.1 RECORDAR, REPETIR E ELABORAR NA CLÍNICA COM CRIANÇAS

Freud (1913/1976) insiste em lembrar os estudiosos das grandes alterações sofridas pela técnica psicanalítica desde o seu início. Em seu primeiro momento, a técnica psicanalítica consistia em focalizar diretamente o momento em que o sintoma se formava. O paciente era auxiliado pelo analista a recordar as situações que haviam ocasionado a formação do sintoma. A seguir, a tarefa do analista transformou-se em descobrir, a partir das associações livres do paciente, o que ele deixava de recordar. Posteriormente, o analista abandona a tentativa de colocar em foco um momento ou problemas específicos e passa a preocupar-se em identificar e revelar as resistências para que o paciente possa associar livremente, seguindo a regra fundamental da psicanálise.

Quando se trata do trabalho psicanalítico com crianças, a associação livre pode se dar a partir da brincadeira. Para Freud (1908/1976) o brincar da criança é determinado por seus desejos. Ao brincar, toda criança se comporta como um escritor criativo, pois

cria um mundo próprio, reajustando os elementos do seu mundo a uma nova forma que lhe agrade.

Nesse sentido, segundo Freud, seria errado supor que a criança não leva a sério a sua brincadeira, ao contrário, leva muito a sério, dispendendo, na tarefa, muita emoção:

A antítese de brincar não é o que é sério, mas o que é real. Apesar de toda a emoção com que a criança catexiza seu mundo de brinquedo, ele o distingue perfeitamente da realidade, e gosta de ligar seus objetos e situações imaginados a coisas visíveis e tangíveis do mundo real. Essas conexões é tudo que distingue o brincar infantil da fantasia. (FREUD (1908/1976, p.150).

No seu processo de criação, Athos desenha inicialmente um barco com muitas janelas com grades. Desenha também um castelo onde as janelas com grades se repetem e em seguida, desenha uma figura que diz ser o gato que vê e lhe “diz coisas”. Conta que ele lhe atormenta e que tem medo dele. No desenho que diz ser um gato, destacam-se os olhos, bem grandes e os lábios pintados. Essas partes do corpo enfatizadas por Athos parecem fazer referência a imagem da sua mãe biológica, cujos olhos claros, seu batom vermelho, chamam a atenção.

**Figura 1:** O gato



Fonte: desenho feito por Athos em sessão de análise.

Na sessão seguinte, Athos desenha a figura de um gato que diz ser o Leão da Montanha, na cor rosa, e lhe põe a gravata na cor preta, como o personagem do desenho

animado exibido na televisão, que também é um felino. Ao lado desse desenho, faz outro, que diz ser a irmã do Leão da Montanha e chama-a de Luci. Relata que o que prende a sua atenção é a frase que o Leão da Montanha fala quando escapa das situações de perigo “saída pela direita”, “saída pela esquerda”. O leão cria sua estratégia de saída pela direita ou esquerda; e quais são as estratégias de Athos, seus recursos para lidar com as questões da existência, para lidar com a angústia de separação? Athos segue na investigação desse enigma.

**Figura 2:** Leão da Montanha



Fonte: desenho feito por Athos em sessão de análise.

Seguindo as associações de Athos a partir da escuta analítica, foi possível ajudá-lo a falar, propiciando que os significantes abandono e nervoso, trazidos por Athos no acolhimento, retornassem nas sessões. Naquele momento, Athos tinha advertido aos técnicos de que não era o momento de falar sobre eles, porém nas sessões com a analista pôde revelar sua hipótese de que sua mãe o abandonou para ficar com as amigas e que

sua prima, Melina, havia tomado o seu lugar. Melina, cinco anos de idade, é filha da irmã da mãe biológica de Athos, que, assim como a irmã, não consegue deixar o lugar de filha, o que dificulta a sua assunção das responsabilidades como mãe e mulher, de modo que deixou Melina sob a responsabilidade financeira de Lia e sob os cuidados de Mariana, como fez Luciana.

Ao falar de Melina aparece o significante nervoso: “... ela me provoca [sic]”, “me deixa muito nervoso, tudo ela diz que é dela [sic]”. Enfatizo esse significante e, com isso, Athos lembra de que quando era pequeno, a mãe biológica e a tia, Lia, que ele chama de mãe, ficavam brincando com seu órgão genital: “eu dava risada, mas não gostava dessa brincadeira”, diz. Em seguida, revelou com muita angústia que tocou no órgão genital da tia Mariana, revelação que o fez sentir falta de ar e ficar muito nervoso. Assim, depois de pegar a garrafa que levava sempre para a sessão e tomar pela primeira vez a água que tinha dentro, disse: “quero me livrar dessas lembranças”, demandando a ajuda da analista para controlar seu nervoso. A tia Vilma, que até então era quem levava Athos para os atendimentos, continua se queixando da incontinência urinária do sobrinho, porém ressalta que vinha acontecendo mais à noite.

Freud (1905/1976) chama a atenção de que faz parte da opinião popular sobre a pulsão sexual que ela está ausente na infância e só desperta no período da vida designado da puberdade. Ele afirma ser isso um equívoco de graves consequências, pois é o principal culpado da ignorância atual sobre as condições básicas da vida sexual. As pesquisas de Freud sobre o tema das manifestações sexuais na infância revelaram que nenhum autor reconheceu com clareza a normatividade da pulsão sexual na infância, constatando que nos escritos numerosos sobre o desenvolvimento infantil, o capítulo sobre o “Desenvolvimento Sexual” costuma ser omitido.

A partir das constatações, na literatura, das manifestações sexuais na infância, tidas como anormais e excepcionais, bem como da revelação das lembranças infantis do neurótico até então inconscientes, obtidas pelo processo analítico, Freud (1905/1976) localiza a expressão da vida sexual das crianças numa forma acessível à observação por volta dos três ou quatro anos de idade. Para ele, são três as características essenciais de uma manifestação sexual infantil: apoia-se em uma função somática vital, como comer, urinar e defecar, é auto erótica e seu alvo sexual acha-se sob o domínio de uma zona erógena, ou seja, uma parte do corpo em que certos tipos de estimulação provocam

sensações prazerosas. Esses estímulos produtores de prazer estão ligados, entre outras coisas, a um caráter rítmico, como as cócegas.

Entre as zonas erógenas do corpo infantil, Freud (1905/1976) destaca uma que está ligada à micção, a glândula nos meninos e o clitóris nas meninas, marcando que as atividades sexuais dessas zonas erógenas, que fazem parte dos órgãos sexuais propriamente ditos, são o começo da futura vida sexual. A posição anatômica, pelas secreções em que estão banhadas, a lavagem e a fricção vinda dos cuidados com o corpo e por excitações acidentais, torna inevitável que as sensações prazerosas produzidas por essas partes do corpo sejam notadas pelas crianças já na fase de amamentação, despertando necessidade de repeti-las.

Para Freud (1905/1976), comumente durante quatro anos, a pulsão sexual dessa zona erógena genital costuma despertar e novamente durar algum tempo, até ser detida por uma nova supressão, os diques psíquicos vergonha, asco e moral, que surgem como entraves à pulsão sexual. A atividade sexual no período da infância pode reaparecer a partir de causas internas ou por contingências externas. As contingências fortuitas externas ganham, nesse período, uma importância grande e duradoura, podendo ser ocasionadas pela influência da sedução que se dá quando a criança é tratada prematuramente como objeto sexual isso lhe ensina a conhecer a satisfação da zona genital, influência que pode provir de adultos ou de outras crianças.

A sintomatologia dessas manifestações sexuais é escassa, mas o que dá sinal do aparelho sexual ainda não desenvolvido é o aparelho urinário que funciona como um tutor do aparelho sexual. A partir dessa hipótese, Freud (1905/1976) localiza a maioria dos chamados distúrbios vesicais dessa época da infância, tais como a enurese noturna, perturbações sexuais.

Se para a medicina o sintoma é um sinal de uma doença, para a psicanálise freudiana “é sinal e substituto de uma satisfação pulsional (FREUD, 1925/1976, p. 112). A satisfação que provocaria desprazer é desviada do seu curso e encontra âncora no sintoma. O sintoma é o que faz a função de transformar um gozo proibido, numa metáfora que tem valor de enigma, de um enigma a decifrar.

Lacan (1964/1985, p. 157) questiona; “o que quer dizer isso, a satisfação da pulsão?” (p.157) no nível da pulsão a satisfação é paradoxal na medida em que entra

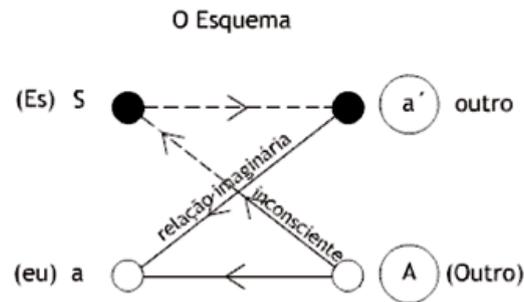
em jogo algo de novo, “a categoria do impossível” (1964/1985, p.158). Necessidade e exigência pulsional são coisas distintas justamente porque nenhum objeto da necessidade pode satisfazer a pulsão. Para a pulsão oral, por exemplo, não se trata de modo algum do alimento, mas do seio na sua função de objeto causa de desejo, objeto *a*, ou seja, na sua função de borda em torno da qual a pulsão o contorna (LACAN, 1964/1985).

Já quando se trata da pulsão escópica, “[...] o olhar é que é esse objeto perdido e reencontrado, na conflagração da vergonha, pela introdução do outro” (LACAN, 1964/1985, p.173). Para o autor, o que esse olhar procura ver é o objeto enquanto ausência, “O que se olha é aquilo que não se pode ver”. A pulsão realiza a sua função graças à introdução do outro e só se completa em sua forma invertida, de retorno, a partir da pulsão ativa, se fazendo ver, em um movimento de apelo ao outro.

Para Lacan (LACAN, 1964/1985), o circuito pulsional se organiza a partir de três tempos lógicos: o de ver, o de se ver e o de se fazer ver. Nesse terceiro tempo, a pulsão fecha o seu circuito com a introdução do outro.

Desta maneira, se para Freud (1915/1974), a pulsão é posta como um conceito limite entre o psíquico e o somático, o representante psíquico das excitações provenientes do corpo, com Lacan (1964/1985), a pulsão se torna um conceito que articula o significante e o corpo. Nesse sentido, o conceito de pulsão institui uma realidade corporal que é irredutível ao natural, ao instintivo, porém está submetido a uma ordem simbólica, “apossado e informado pela linguagem” (GARCIA-ROZA, 1990, p.19). Corpo marcado pela linguagem, pelo Outro.

A partir dessas considerações, levanto a hipótese de que o sintoma enurético surge como um alarme, como um sinal do impasse que Athos vivenciava frente à efetuação da sua estrutura. Ao se recusar a ver a mãe ou a ouvir a sua voz, parece que ele estava se recusando a se deparar com a ausência do objeto, com a falta no Outro, mantendo-se na relação imaginária, essencialmente alienada, que desconhece a relação entre o sujeito e o grande Outro com nos mostra o Esquema L apresentado por Lacan (1998) nos Escritos, O seminário sobre “A carta roubada”:

**Figura 3:** Esquema L

Fonte: Elaborado a partir de Lacan (1998)

Esse esquema foi introduzido por Lacan no texto referido acima como uma primeira forma de demonstração da relação do sujeito com a ordem simbólica e com o imaginário. Como referido no tópico 2.1 dessa dissertação sobre a constituição do sujeito, as duas operações que se articulam na relação do sujeito com o Outro, promovendo o nascimento desse sujeito, são as operações de alienação e separação, nas quais o eixo “a – a’”, eixo da ordem imaginária do esquema L, representa a operação de alienação, e a operação de separação é representada pelo vetor “S – A”, eixo da ordem simbólica que marca a entrada do Outro, lugar da linguagem, a partir da falta encontrada pelo sujeito no Outro. O ponto de cruzamento dos dois eixos representa essa hiância que funda o sujeito do desejo.

Assim, com o sintoma enurético persistente, Athos chega à análise, na qual a analista, com o seu manejo, possibilitou que Athos lhe endereçasse um pedido de ajuda para lidar com as suas lembranças, para controlar o seu nervoso, pedido que a coloca no lugar de suposto saber, dando provas da possibilidade de Athos de estabelecer uma relação simbólica com um Outro, uma relação transferencial através da transferência de saber com a analista.

#### 4.2 MANEJO DA TRANSFERÊNCIA: ESTRATÉGIA OU TÁTICA NO JOGO CLÍNICO.

A psicanálise deve ser estudada como uma situação a dois, porém “os sentimentos do analista só têm um lugar possível nesse jogo: o de morto” (LACAN 1958/1998, p. 594). Para Lacan (1958/1998), quanto mais o analista interessa-se pelo seu ser, menos seguro fica em relação a suas ações no processo analítico. Ele não fica fora do jogo clínico, mas isso implica em não jogar com os seus sentimentos.

Nesse jogo, o analista é sempre livre quanto ao momento, ao número e também à escolha das intervenções. Porém, quanto ao manejo da transferência, sua liberdade, segundo Lacan (1958/1998), fica alienada pelo desdobramento que nela sofre a pessoa do analista na medida em que ele a empresta como suporte aos fenômenos singulares que a análise descobriu na transferência, “eis porque o analista é menos livre na sua estratégia do que em sua tática” (LACAN, 1958/1998 p. 595).

A partir dessa reflexão, Ribeiro (2011) interpreta a estratégia como o uso que se faz da relação transferencial e tática como a produção de atos analíticos a partir da transferência.

A transferência, como afirma Soler (2007), é uma relação simbólica que inclui um sujeito suposto saber, relação que não pode ser vivenciada por um esquizofrênico. Na esquizofrenia, o sujeito joga sozinho, sem o Outro, dando margem a uma possível relação objetual, a um tempo real e imaginária, que pode se confundir com a transferência e que, a partir da qual, se podem obter alguns efeitos. Assim, o esquizofrênico se mantém num aquém da alienação, que não deixa ao sujeito sequer o recurso à perseguição como tentativa de cura, como o sujeito na paranoia, que se mantém no registro da alienação na cadeia significante e na relação com o Outro, relação que, embora seja carregada de delírios, não deixa de ser preservada.

Mas este não era o caso de Athos. Apesar de ter recebido o diagnóstico psiquiátrico de esquizofrenia, a partir dos critérios diagnósticos do Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais - DSM-IV, conforme consta do seu prontuário, sendo medicado aos seis anos, seu processo analítico revela que a efetuação da estrutura está em curso em Athos, apontando para a necessidade de respeitar os tempos de efetuação da mesma, não sendo prudente fechar nenhum diagnóstico.

Segundo Vorcaro (2011), as consequências da objetivação da psicopatologia, tal como sistematizada no DSM, reduz a criança a uma linhagem médica que lhe é alheia e não contempla seus laços sociais primários. Os quadros encobrem não apenas a consideração da diacronia na qual o sujeito se constitui, mas também destituem a singularidade que se produz por efeito do sujeito aos traços identificatórios de sua filiação. Reduzida à orientação do saber médico, a criança perde sua linhagem cultural originária. “Nela, destaca um nome que, além de anônimo, a classifica como pertence a outra família: de genealogia médica” (VORCARO, 2011, p. 219).

O diagnóstico deve ser colocado como uma possibilidade de vir a se estabelecer. Nesse sentido, o tipo de tratamento que a criança receberá tem um papel fundamental, tratando-se, antes de tudo, de oferecer um lugar de sujeito para esta criança e de acompanhá-la nos caminhos que tomará para dar conta desta antecipação, desta aposta na sua subjetividade (BERNARDINO, 2011).

Assim, a partir dessa aposta, Athos segue no seu processo de tornar-se sujeito. A inibição para falar foi dando lugar à produção de muitas receitas de bolos e sobremesas e a ricas histórias contadas a partir da encenação. No primeiro momento, dedica-se a produzir com o recurso da massa de modelar suas próprias receitas e as vende na sua “Padaria Capelinha”, como a nomeia: “sanduíche com presunto e ovo”, “bolo de milho com morango”, “ovo da páscoa do Bob Esponja”, configuram como produções suas das quais se orgulha, “... tá vendo que eu sei fazer”, diz, fazendo questão de mostrá-las para sua tia Vilma. Seu interesse pela culinária possibilitou que a família o incluísse na realização de algumas receitas em casa, bem como no preparo de sua própria comida, como a sua vitamina. Com isso, Athos passou a comer mais e melhor, sem medo, experimentando novas texturas e sabores, coisa que tinha dificuldade mesmo antes de começar o ato mutilatório oral.

No segundo momento, Athos continua produzindo, porém não mais receitas de sobremesas e salgados, mas histórias que encena na sessão a partir de alguns personagens, entre eles o Buzz Lightyear e o Batman. Buzz, como as crianças o chamam carinhosamente, é um patrulheiro espacial, personagem do filme americano destinado ao público infantil de 1995, Toy Story, no qual os personagens centrais do filme são brinquedos do quarto de um menino de oito anos, Andy. O que Andy não sabe é que, quando os humanos não estão olhando, seus brinquedos ganham vida. Woody, um cowboy de pano, é o brinquedo favorito de Andy, considerado o líder dos brinquedos do quarto do Andy. Mas o menino ganha um presente-surpresa: uma moderna e sofisticada figura de ação, o patrulheiro espacial Buzz Lightyear, que logo conquista a popularidade entre os demais brinquedos e desperta ciúme e inveja em Woody, já que Andy faz o astronauta de herói das suas brincadeiras.

Na brincadeira de Athos, ele é o Buzz, que na terra é um brinquedo, mas no espaço é um patrulheiro que jurou proteger a galáxia do imperador mau. Nesse jogo simbólico, Athos se coloca ora como sua companheira nessa batalha contra o mal, ora

como o imperador mau. Em outros momentos, faz de conta que é o Batman e eu como sendo seu parceiro, o Robin, onde juntos defendem o mundo dos vilões e assim muitas sessões acontecem em torno dessa problemática.

Nesse período, o ato mutilatório oral tomado como uma agressão contra a imagem do próprio corpo, como uma destruição da imagem do eu, que é uma imagem composta por sua relação com o outro, bem como o ato de urinar na presença da mãe, perdem espaço para uma agressão que começa a se colocar em discurso, principalmente endereçado à mãe biológica. Parece que ao recusar o alimento que vinha do outro, mordendo a própria língua e com o ato de urinar, Athos estava criando uma barreira para se defender desse Outro.

Além do Buzz e do Batman, um outro personagem vivido por Athos é o Leão da Montanha, que está sempre acompanhado por sua irmã, Luci. Na minha pesquisa sobre esses personagens, descobri que o personagem Leão da Montanha não tem irmã e que Luci também é o nome de uma personagem, Lucy Van Pelt, irmã mais velha de Linus, melhor amigo de Charlie Brown, do desenho animado Snoopy. A personagem Lucy Van Pelt caracteriza-se por ser mal-humorada e muito malvada, e nas horas vagas atua como consultora psicológica.

Certa vez, na sessão, em vez de encenar, Athos limitou-se a contar uma história, pedindo-me para escrevê-la: “O Leão da Montanha tinha uma irmã que saiu do reino há milhares de anos atrás. Ela fugiu quando era pequena, mas totalmente ela não fugiu. Foi o Leão da Montanha, eu, que empurrou ela para salvar ela. Meu pai me culpou porque eu empurrei ela para salvar, mas ele não sabia que era para salvar. Ele me mandou procurar minha irmã. O Leão da Montanha achou a irmã que estava correndo das garras de um caçador e voltou para o reino. O pai estava vestido na pré-história de pantera cor de rosa. O pai disse para o leão da montanha há anos atrás que se ele não encontrasse a irmã, sua mãe já era! A mãe estava disfarçada de Picolino no monte Everest e quase ia morrendo congelada. O monte Everest deu um corpo a ela de boneca. O pai e a mãe voltaram para o reino. Riram juntos e fizeram as pazes. O filho e a irmã voltaram também para casa. O pai e a mãe fizeram um banquete em homenagem aos filhos e viveram felizes para sempre”.

A partir desse fragmento, é possível pensar que o gato que apareceu para Athos em um primeiro momento dizendo “coisas [sic]” do qual tinha medo, como um

estranho, remetendo ao fenômeno do duplo, agora reaparece na figura do Leão da Montanha, que também é um felino, representando-o. Athos passa a se reconhecer nesse felino: “... o Leão da Montanha, eu [sic]”, revelando a tênue fronteira entre o que é e a forma pela qual se representa.

O duplo é definido como um fenômeno psíquico que diz respeito à visão de si próprio como um outro que, por conta disso, torna-se uma visão angustiante, com a qual a psicanálise se ocupou desde Freud, passando por Lacan, até os dias atuais.

Partindo do pressuposto de que todo afeto pertence a um impulso emocional que se transforma, através do recalque, em angústia, Freud (1919/1976), a partir de um estudo mitológico sobre o duplo de Rank (2001) e a obra literária *O homem de areia*, de Hoffmann (2006), elabora a hipótese de que o elemento que amedronta pode mostrar-se algo recalcado que retorna. Assim, o que retorna como estranho não é nada de novo ou alheio, é algo que é familiar e que somente se alienou da subjetividade por conta do recalque. Porém, ao analisar um caso de psicose, Freud (1911/1976, p.95), observa que na paranoia é diferente, “[...] aquilo que foi internamente abolido retorna desde fora”.

Com Lacan (1949/1998), o duplo vai encontrar seu lugar na elaboração teórica de um modelo da constituição do sujeito, o estágio do espelho que é compreendido como uma identificação, ou seja, “a matriz simbólica em que o [eu] se precipita numa forma primordial[...]” (p.97), o eu-ideal. O eu-ideal pode ser definido como essa imagem que temos de nós mesmos, que é apreendida sempre como outro, ora idealizada, ora desde o ponto de vista de um Outro crítico (D’AGORD, et al., 2013).

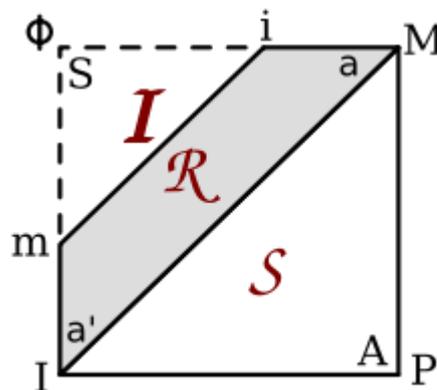
A função do estágio do espelho, revela-se para nós, por conseguinte como um caso particular da função da *imago*, que é estabelecer uma relação do organismo com a sua realidade – ou, como se costuma dizer, do *Innenwelt* com o *Umwelt* (LACAN (1949/1998, p. 100)

Lacan (1955-1956/1988) em “De uma questão preliminar a todo tratamento possível na psicose”, avança na sua teorização sobre o duplo ao apresentar o duplo ternário, que nomeia de “esquema R”. O par imaginário do estágio de espelho, *i* e *m*, oferece ao triângulo imaginário desse esquema uma base capaz de abarcar a relação simbólica. Assim, o terceiro termo desse triângulo imaginário, aquele em que o sujeito se identifica, em oposição, com o seu ser de vivente, nada mais é do que a imagem fálica ( $\Phi$ ). Essas linhas do esquema R, na medida em que circunscrevem o campo da

realidade delimitado pelo quadrilátero  $MimI$ , condicionam o objeto  $a$ . No vértice do triângulo simbólico, Lacan situa o ideal do eu, ( $I$ ), o significante do objeto primordial, ( $M$ ) e o significante Nome do Pai, ( $P$ ).

Com esse esquema, Lacan situa tanto as figuras do outro imaginário nas relações de agressão erótica em que elas se realizam, quanto as extremidades dos segmentos onde o eu se identifica, desde a sua imagem especular, eu-ideal, até a identificação paterna do ideal do eu. Para Lacan, a significação do sujeito ( $S$ ) sob o significante do falo repercute na sustentação do campo da realidade.

**Figura 4:** Esquema R



Fonte: Elaborado por Lacan (1955-1956/1988)

Portanto, a falta do significante fálico no sujeito produz o efeito do estranho ou não familiar (*unheimlich*), o qual compartilha com as formações do inconsciente, essa continuidade entre fantasia e realidade. Quando se dilui a fronteira entre o que sou e as formas pelas quais me represento ou quando esta fronteira ainda não está construída, entra em jogo uma duplicação da imagem. Assim, um encontro repentino com a própria imagem pode remeter à noção de “duplo” como um estranho que me olha, o eu como objeto de um outro, como um estranho que vem de fora de mim (D’AGORD et al., 2013).

Mas Athos aponta para a constituição desse terceiro termo do triângulo imaginário a partir da identificação com a imagem fálica, a identificação paterna do ideal do eu. Por meio das fabulações, Athos traz o pai como um felino, “vestido na pré-história de pantera cor de rosa”, assim como o Leão da Montanha. Esse pai lhe diz coisas “... se ele não encontrasse a irmã, sua mãe já era! ”.

Em uma outra sessão, Athos pede que eu escreva outra história à qual deu o título de: “A caça aos patos”. “Era uma vez um leão que vivia em uma casa muito velha e abandonada em cima de uma montanha. Ele é cor de rosa, um pouco gordo e usa uma gravata de borboleta preta. Gosta de comer amoras silvestres e é muito feliz. Gosta muito de se divertir e gosta de usar os termos: saída pela direita e saída pela esquerda. Tem uma irmã chamada Luci que mora com ele. Certo dia quando o leão saiu para ver o correio, ouviu um forte barulho de martelo batendo na madeira. Resolveu verificar e percebeu que era um cartaz muito suspeito onde estava escrito: ‘a temporada de caça aos patos’. O leão ficou muito pensativo porque ficou com pena dos patos. No lago onde ia acontecer a caçada mora um pato com o nome de Pato Duck. Ao sair do lago para passear na floresta leu o cartaz preso na árvore. Ele não entendeu o cartaz e pensou: ‘mas eu não fumo!’. Os caçadores começaram a atirar e o pato Duck foi correndo para a casa do leão. O Leão da Montanha pegou o pato Duck para cozinhar. Aí o pato Duck disse: ‘Essas verduras são tão boas para patos como eu!’. Aí o leão da Montanha disse; ‘ Oh, pare! Você quebrou meu coração!’ Aí o leão da montanha soltou o pato Duck e ensinou o pato Duck a maneira de saída pela esquerda e saída pela direita. Aí, acontece que o pato Duck sai voando e agradece ao leão da montanha. Aí o Leão da montanha vai ver de novo o cartaz. Acontece que os caçadores começaram a atirar no Leão da Montanha. Aí, acontece que o Leão da Montanha diz: ‘Ei pato Duck eu vou com você’. Aí, o leão da montanha diz: ‘saída perigosamente por cima’ e o Leão da montanha deu risada”.

Interessante ressaltar que a descrição do Leão da Montanha feita por Athos nessa história, traz novamente uma identificação com a pantera cor de rosa, “Ele é rosa...”. Outro ponto interessante é a entrada de um terceiro personagem, o pato Duck e a inovação feita por Athos na fala do Leão da Montanha: “saída perigosamente por cima”. Não é mais o par que atua na sua história, a dupla, é o próprio personagem Leão da Montanha que abre espaço para a entrada de um terceiro ao qual primeiramente tenta devorar, para em seguida ajudá-lo, ensinando uma estratégia de fuga. Athos traz uma terceira possibilidade de fuga para o Leão da Montanha, remetendo a outro significante, S<sub>1</sub> – S<sub>2</sub>.

Desta forma, acompanho Athos, com a minha presença, com minha escuta atenta, interessada e principalmente paciente, sem pressa em conseguir uma resolução,

na construção de sua trilha significativa. Nessa construção, aceito o lugar que me é atribuído na transferência, o lugar da dupla, da parceira ou da rival, de onde respondo do lugar esvaziado de saber a partir do qual pude realizar as manobras no jogo analítico, que teve como efeito o aparecimento do lugar do terceiro, apontando para o recalque.

Através dos personagens Leão da Montanha e Luci, trazidos por Athos para a cena analítica a partir de episódios, ele pôde elaborar, não sem muita dificuldade, sua saída da casa onde nasceu para ir morar com a sua mãe biológica em uma outra casa. Isso implicou Athos ter que se separar, ter que abrir mão do lugar onde sempre viveu e da convivência de pessoas queridas. Nesse momento, ficou muito agressivo com Melina, precisava se defender dela: “Ela me olha querendo roubar meus pensamentos, sua risada é de maldade”, “Ela está tramando conta mim”, revela Athos.

Sair dessa casa foi tão difícil para Athos quanto para sua mãe, Luciana, mas aponta para uma mudança de posição subjetiva de Luciana e de Athos. Ao longo do tratamento do filho, Luciana voltou a trabalhar, tornando-se responsável pela sua vida e pela educação e cuidado do filho. Athos também pôde aceitar o seu cuidado, passou a chamá-la de mãe, assim como passou a ter com Melina o comportamento de um irmão mais velho, mais cuidadoso e compreensivo.

Segundo Gallano (2007), a partir da análise do texto de Lacan, “Nota sobre a Criança”, uma constituição subjetiva não se mantém, se não foi transmitida em um nó entre pulsão e castração. Para Lacan, o que se transmite, por um lado, é o interesse com assinatura dos cuidados maternos, portanto não anônimo e, por outro lado, a lei transformada em carne, em desejo. Não se trata de uma lei proibitiva, mas de uma lei que é a encarnação do desejo.

Diante desses sinais do nascimento do sujeito do desejo em Athos, arrisco a fazer uma intervenção no campo simbólico. Athos contava uma história que intitulou de “A namorada perfeita – episódio 2, Leão da Montanha”, quando comete um equívoco: “Um dia quando o Leão da Montanha foi colher cenouras, os caçadores atiraram nele. Luci, a irmã do Leão da Montanha, saiu correndo e o leão da Montanha carregou ela. Aí o leão da Montanha disse: vamos fazer uma viagem ‘dizdiversa?’”. Nesse momento, repito a palavra, marcando, na entonação, a sua divisão: “diz diversa?”. Athos prossegue: “é como *diz*, uma viagem muito alegre”, fazendo um deslizamento metonímico: diversa, divertida, alegre. Lacan (1955-1956/1979) observa que as crianças

ainda não estão na dimensão da metáfora, mas da metonímia onde as relações de contiguidade dominam. A metonímia refere-se à substituição de alguma coisa que se trata de nomear. Ocorre quando “Nomeia-se uma coisa por uma outra que é o seu contingente” (p. 251).

Durante a efetuação da estrutura, o brincar com as palavras pode apontar tanto para algo da ordem de um neologismo quanto para algo da ordem de uma palavra de alíngua que remete ao campo do real. Porém, diante da palavra “dizdiversa”, dita por Athos, isso não fica claro na medida em que, em seguida, ele conta quase sussurrando: “sei um segredo sobre o namorado da minha mãe, não conte a ninguém. Foi ele quem matou o meu avô paterno e ele está infiltrado na família para destruir minha família paterna, ninguém sabe disso, só eu”. Segredo que mostra a diversidade da sua subjetividade.

Para Gallano (2007, p. 15), a família que o neurótico carrega em seu inconsciente é uma família ficção, “mito individual inventado entre o simbólico e o imaginário como trama de um fantasma<sup>2</sup>”, sendo o fantasma um suporte para esse real indizível que faz buraco no saber.

O aparecimento do significante do Pai, em Freud, está ligado à morte, ao assassinato mítico deste pai: “momento fecundo da dívida através da qual o sujeito se liga à vida e à Lei; o Pai simbólico como aquele que significa essa Lei, é realmente o Pai morto.” (LACAN, 1957-1958/1979, p. 563).

Porém, não se trata aqui de uma lei prescrita no saber ou de uma lei proibitiva, um poder. O que está em jogo é a Lei do desejo, uma “lei que barra, cobre o enigma do desejo da mãe, para fazer vir, no lugar da falta no Outro, a significação do falo” (GALLANO, 2007, p. 14). Lacan (1957-1958/1979), Seminário 5, estabelece o significante Nome-do-pai como o significante que fundamenta essa Lei, a lei da castração significada no imaginário do sujeito.

Segundo Gallano (2007), Lacan (1969) em “Nota sobre a criança” situa o Nome-do-Pai como a função de mediação entre duas vertentes separadas pelo inconsciente: uma é a vertente da identificação com o ideal do eu, ou seja, o que o Outro parental espera de seus filhos; a outra vertente é aquela em que o ser da criança se faz objeto do fantasma para saturar a falta materna.

---

<sup>2</sup> O termo fantasma e fantasia se equivalem no texto da dissertação.

Desta forma, Athos, a partir da demanda feita a mim para se livrar de lembranças angustiantes, realiza um trabalho analítico por dois anos e meio, tempo em que termina meu vínculo na instituição. Nesse tempo, segue implicado no tratamento, com poucas faltas, realizando um trabalho de elaboração que vinha possibilitando a Athos construir um caminho que aluda a uma posição singular. Para tanto, foi necessário um manejo clínico que, não sem tropeços, operou com o desejo do analista, acolhendo os dizeres do analisante como uma aposta na sua tentativa de se constituir enquanto sujeito do desejo com os recursos de que dispunha.

Nesse tratamento, usei como tática a oferta de um lugar de sujeito para Athos e o acompanhei na trilha escolhida por ele para dar conta dessa oferta. Nessa trilha, manejei a transferência a partir do lugar que Athos atribuiu inicialmente à analista, o lugar de parceira, mas esvaziado de saber. Com esse ato analítico, foi possível a ele, que antes estava alocado na posição de objeto do “jogo do Outro” (VORCARO, 1999 p. 980), antecipar outras posições possíveis no jogo, assim como experimentar outras estratégias de fuga, “saída perigosamente por cima”, se arriscando a entrar no simbólico. Com isso, pôde introduzir entre o par Leão da Montanha e Luci, um terceiro, o pato Duck, apontando para uma mudança na forma de se endereçar ao Outro que implica em uma ampliação da sua condição de fazer laço social.

Desta forma, a partir das noções de tática, estratégia e política destacadas por Lacan (1958/1998) em sua teoria, o manejo da transferência é a estratégia do analista, que lhe possibilita posicionar-se num lugar a partir do qual se torna possível traçar a melhor tática para se chegar a uma outra determinada posição. A política diz respeito a essa posição em que o analista está comprometido, na qual não é livre e precisa renunciar a seu ser, na direção do tratamento psicanalítico (LACAN, 1958/1998).

## **5 UMA ARTICULAÇÃO POSSÍVEL ENTRE OS DISCURSOS NA DIREÇÃO DO TRATAMENTO EM UM CAPS i.**

A análise realizada nessa pesquisa sobre a direção do tratamento de uma criança de nove anos em um CAPS i, traz evidências do giro discursivo ocorrido na posição da equipe técnica nesse serviço. O manejo clínico realizado pela equipe, de tomar a recusa de Athos pelo pacote terapêutico ofertado como um dizer sobre a sua condição de sujeito e não como uma falta de adesão ao tratamento, foi fundamental para que a direção do tratamento incluísse o sujeito na sua singularidade, dando espaço para que um projeto terapêutico singular fosse realmente construído, possibilitando a Athos e sua família sustentar seu tratamento no CAPS i.

No caso Athos, a minha participação nas discussões clínicas, a partir da clínica do particular, ajudou equipe a se posicionar na lógica do discurso da histórica, onde responde de um lugar esvaziado de saber e não como especialista de uma área, e, assim, a proposta de tratamento inicial – de um pacote terapêutico que incluía um trabalho de musicoterapia em grupo e um trabalho pedagógico por conta da sua dificuldade em frequentar a escola, além de um trabalho psicoterapêutico por conta da sua ansiedade – pôde dar lugar a sustentação de um trabalho psicanalítico que foi tomado como ponto de partida.

Esse trabalho clínico levou em consideração a forma particular de Athos de se endereçar ao Outro, cuidando para não o transformar “em mais uma manifestação de invasão desse Outro sem furo, gozador, que toma o sujeito como objeto” (RINALDI, 2015, p. 317). Por outro lado, advertida da função político-social de um CAPS i, tomei o trabalho individual como uma ponte na construção da rede necessária para que Athos pudesse se reinserir no contexto social. Não considerar a especificidade de Athos de se endereçar ao Outro poderia ter ocasionado o abandono do tratamento, à não “adesão”, termo muito usado no campo da atenção psicossocial, como acontece em muitos casos que são acolhidos nos CAPS.

A partir desta escuta clínica individual, Athos aceitou o meu convite de participar de uma oficina de teatro criada por mim, no CAPS i. Essa oficina começou com Athos e um adolescente, Luan, que também como Athos, era meu paciente e se interessava muito em criar e encenar suas próprias histórias. A oficina consistia na produção da história e posteriormente na sua encenação.

Na oficina de teatro, Athos continuou fazendo os episódios do Leão da Montanha no qual o personagem do pato Duck estava sempre presente. Na encenação, esse personagem era vivenciado por Luan, a analista continuava no lugar da Luci e Athos ficava no papel de diretor e de ator, encenando o Leão da Montanha. Apesar da dificuldade de Athos em abrir mão do lugar de produtor, querendo sempre criar as histórias, pôde aceitar Luan também como produtor e diretor, se submetendo a vivenciar os personagens que não criou.

A participação nesta oficina abriu novas possibilidades de circulação de Athos dentro do CAPS i. Athos passou a participar das atividades sociais do serviço do seu jeito, se colocando como ajudante da equipe, bem como aceitou o convite da musicoterapeuta para participar do grupo de musicoterapia que não sustentou no início do seu tratamento no CAPS i, pois se sentia ameaçado pelas crianças e adolescentes que frequentavam essa instituição. O próprio deslocamento da sua casa para o CAPS i era sentido como uma tortura, pois não suportava estar com os outros no transporte coletivo, tendo muitas vezes que descer do ônibus no meio do percurso e pegar um táxi.

Na última década, a partir do movimento da reforma psiquiátrica e com seus questionamentos ao modelo asilar, houve um redespertar das oficinas como um recurso terapêutico. Para Guerra (2008), essa redescoberta e revalorização das oficinas é marcada pela introdução de um novo diferencial: a finalidade político-social associada à clínica nos serviços. O uso político aparece no sentido do resgate da possibilidade do exercício da vida pública para o usuário, sustentado pela ideia da inserção social. Mais que o desenvolvimento de habilidades, busca-se introduzir na cultura a diferença que a loucura representa. A associação entre a clínica e política implica um novo conceito de clínica “denominada ampliada, antimanicomial ou psicossocial” (GUERRA, 2008, p 39), trazendo repercussões sobre o lugar das oficinas.

Nessa proposta, as oficinas passaram a exercer um papel primordial, tanto como elemento terapêutico quanto como promotoras de reinserção social. A função terapêutica da oficina é dada pela própria convivência que instaura, através da relação que se estabelece entre os pacientes, tendo tal convivência, portanto, um lugar central no dispositivo terapêutico (FIGUEIREDO; COSTA, 2008).

Guerra (2000), na sua dissertação de mestrado sobre as oficinas em saúde mental, traz a contribuição teórica de que as oficinas produzem efeitos subjetivos e

socializantes por operarem sobre uma superfície material concreta que permite supor uma circunscrição do gozo fora do corpo do sujeito.

Porém é preciso cuidar para que esse dispositivo tão importante para o tratamento não seja tomado nos CAPS como era tomado nas instituições psiquiátricas tradicionais onde nasceram. Nessas instituições, os pacientes eram encaminhados à musicoterapia, por exemplo, como nos dizem Figueiredo e Costa (2008), com as palavras “vai para a bandinha” ou “música mal não faz”, sem que a possibilidade de expressão por intermédio da música fosse de fato valorizada como instrumento terapêutico. O protagonista era o psiquiatra com seu arsenal de tratamento, ficando os demais atores na cena com os papéis secundários, considerados de pouca importância. A terapia ocupacional, por exemplo, que foi precursora das atuais oficinas terapêuticas, era concebida pelo saber psiquiátrico como uma forma de assegurar ao paciente e ao ambiente psiquiátrico certo nível de tranquilidade, bem como uma forma de diminuir o tempo institucional ocioso.

Atualmente, por ser a presença das oficinas na realidade dos serviços substitutivos de saúde mental praticamente obrigatória, um dos grandes desafios para os técnicos é conseguir articular a demanda oficial do serviço público por ocupação, a partir das oficinas com a demanda pessoal, que nem sempre existe, de cada paciente. Sem esse cuidado, a possibilidade desse tipo de dispositivo ser terapêutico se reduz bastante, comprometendo a qualidade dos atendimentos nos CAPS i (GUERRA, 2008).

Para Mena (2008), o CAPS infantojuvenil deve ser concebido como uma instituição ampliada por se inserir na história da saúde mental como uma terceira via, nem só psíquica nem só social, mas entre o psíquico e o social. Ou seja, entre os atendimentos clássicos ambulatoriais e os atendimentos que visam à reinserção social. O CAPS, dessa forma, não pode ser tomado como um projeto social, mas sim como um projeto de saúde mental que utiliza o social como uma ferramenta de trabalho capaz de propiciar o acesso aos elementos simbólicos presentes na vida cotidiana, na cultura. O compartilhamento desses elementos simbólicos permite que o sujeito se reconheça como representante e integrante da sociedade, reconhecimento este que tem efeitos importantes na estruturação psíquica do sujeito.

No CAPS i estudado, praticamente todos os pacientes acolhidos eram encaminhados para o acompanhamento psiquiátrico, como foi dito no tópico 3.1, assim

como para as oficinas. O que estaria em jogo nesses encaminhamentos? Qual era o lugar das oficinas e do tratamento medicamentoso no CAPS i? Nas reuniões técnicas, esses pontos do funcionamento institucional passaram a ser questionados pela própria equipe, abrindo espaço para o trabalho de supervisão.

A reunião técnica e a tentativa de construção de caso clínico já aconteciam na realidade da instituição pesquisada, porém a ausência da supervisão clínico institucional dificultava o andamento dos casos na instituição. Mena (2008) sinaliza sobre a necessidade de tomar cuidado para que o saber específico e acadêmicos dos técnicos que compõem a equipe de saúde dos CAPS não aliene o paciente, sendo preciso dar lugar ao saber que o paciente pode construir sobre sua condição. Para tanto, a construção do caso clínico, as reuniões técnicas e a supervisão institucional são algumas das estratégias a serem adotadas pelas equipes dos CAPS no exercício da clínica em espaço institucional (GUERRA, 2003).

Diante das inquietações da equipe, a coordenadora do CAPS i na época, começou a buscar, junto à coordenação de saúde mental do município, apoio para que o CAPS i recebesse esse suporte clínico e institucional. Mas embora a supervisão clínico-institucional esteja prevista na Portaria nº 1174/GM, de 7 de julho de 2005, como uma ação imprescindível ao ordenamento da rede de atenção psicossocial, conseguir tal incentivo financeiro para a contratação do supervisor não foi uma tarefa fácil para aquela coordenação. Uma das dificuldades enfrentadas foi o repasse da verba pelo município.

O Ministério da Saúde, através da portaria acima citada, resolve destinar incentivo financeiro para o Distrito Federal, para os estados e os municípios, em caráter emergencial e temporário, para que os municípios desenvolvam Programa de Qualificação do Atendimento e da Gestão dos Centros de Atenção Psicossocial. Esses incentivos incluem as seguintes ações: supervisão clínico-institucional regular (semanal); ações de atenção domiciliar e em espaços comunitários; ações de acompanhamento integrado com a rede de atenção básica em seu território de referência; realização de projetos de estágio e de treinamento em serviço, em articulação com centros formadores, bem como desenvolvimento de pesquisas que busquem a integração entre teoria e prática e a produção de conhecimento, também em articulação com centros formadores.

Essa resolução do Ministério da Saúde se dá considerando, em primeiro lugar, as recomendações da III Conferência Nacional de Saúde Mental, que deliberou pela criação de programas estratégicos, interdisciplinares e permanentes que promovam a qualificação da rede de atenção psicossocial; em segundo lugar, a Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002, que estabelece as modalidades de atendimento dos CAPS; em terceiro lugar, que os Centros de Atenção Psicossocial são serviços fundamentais para a Reforma Psiquiátrica Brasileira e são os dispositivos estratégicos para o ordenamento da rede de atenção psicossocial em seu território de referência e finalmente, em quarto lugar, que os CAPS, por ter papel estratégico na reforma do modelo assistencial, devem constituir-se como espaços de formação.

Depois de muitas barreiras, em setembro de 2009, o processo de supervisão foi iniciado. O supervisor escolhido tinha o referencial teórico da psicanálise. A partir da escuta dos profissionais e da sua vivência no serviço, o supervisor pôde ajudar a equipe do CAPS i a perceber seu modo de funcionamento e os entraves que esse funcionamento estava causando para o andamento dos casos acolhidos.

A supervisão teve como ponto de partida que o tratamento da loucura realizado por um CAPS deve acontecer a partir da circulação entre os discursos, em oposição à instituição psiquiátrica que se apresenta como um Outro não barrado, que tudo sabe, como uma instituição total. O supervisor escutou tanto a articulação do CAPS i, com os componentes da Rede de Atenção Psicossocial e instituições parceiras, quanto a rede interna que se refere à possibilidade de circulação do paciente pelos diferentes grupos que compõem a grade terapêutica, realizando dessa forma uma intervenção tanto na esfera institucional como clínica.

A política de saúde mental define que os CAPS devem funcionar em rede, não apenas entre si, isto é, em rede entre CAPS, mais, e fundamentalmente, em rede com os outros serviços sanitários de saúde mental e de saúde em geral, e possam atuar articulados intersetorialmente com projetos advindos das áreas da cultura e educação, dentre outros produzidos no âmbito dos vários setores das políticas públicas (AMARANTE, 2008).

Porém, somente em 2011, com a Portaria 3088 do Ministério da Saúde, é que foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras

drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A RAPS, sigla usada para falar dessa Rede, tem como finalidade a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para essas pessoas, organizando a oferta de serviços e tratamento em saúde mental no Brasil, não mais em torno dos serviços especializados, os CAPS, por entender que o campo da saúde mental necessita de outros componentes para funcionar.

O Artigo 5º dessa Portaria define sete componentes da PAPS: I - atenção básica em saúde, II - atenção psicossocial especializada – CAPS, III - atenção de urgência e emergência, IV - atenção residencial de caráter transitório, V - atenção hospitalar, VI - estratégias de desinstitucionalização e VII - reabilitação psicossocial. Cada componente tem seus pontos de atenção.

No caso do componente da atenção de urgência e emergência, seus pontos de atenção são os seguintes: Sistema de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas; portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde, entre outros; assim como a atenção hospitalar tem como ponto de atenção os Leitos de Atenção Integral à Saúde Mental (LAISM) nos hospitais gerais. Além de ser um dos componentes, o CAPS tem a função de articulador da RAPS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Assim, o trabalho de supervisão institucional evidenciou que embora o CAPS i tenha inúmeros equipamentos da RAPS local e regional presentes nos casos clínicos escutados, o trabalho em rede ainda acontecia de forma incipiente. Em vez de buscar apoio na RAPS ou mesmo de construir essa articulação, o CAPS i estava operado de um lugar de onipotência, de forma autônoma, quase como uma instituição total, o que torna muitas das suas intervenções nos casos violentas e invasivas.

No caso estudado, a dificuldade de conseguir a internação de Athos no hospital geral, relatada no capítulo quatro, testemunha tanto a necessidade urgente de organização dessa Rede de Atenção Psicossocial para a garantia da integridade física da pessoa em sofrimento psíquico – seja ela adulto, adolescente ou criança – quanto da sua desarticulação. O caso revela ainda que a rede à qual a política se refere, ainda está por vir; ainda precisa ser tecida pelas equipes que compõem os diversos serviços, tanto de saúde mental quando de saúde em geral.

No dizer de Guimarães Rosa (1985) “rede é uma porção de buracos, amarrados por barbantes”. Na construção da rede de atenção psicossocial, as articulações entre os diversos equipamentos, constituem pontos de amarração importante para que o trabalho em saúde mental seja viabilizado.

Para Guerra (2003), no caso de crianças e adolescentes, a organização dos serviços em rede não pode deixar de considerar a interface com a educação, tomando como indissolúveis três registros: clínico, político e educacional. Infelizmente, na realidade estudada, evidenciou-se que a rede de saúde ainda se encontra muito afastada da rede de educação pela falta de articulação entre as secretarias, sendo a articulação feita de maneira pessoal, caso a caso. Como aconteceu no caso Athos.

Inicialmente o CAPS i fez a oferta de um suporte pedagógico para Athos, por conta do seu afastamento das atividades escolares. Porém, a partir do discurso do analista na instituição, a recusa de Athos deu lugar a articulação do CAPS i com a escola. Juntamente com a técnica de referência do caso que era pedagoga, fiz o primeiro contato com a coordenadora da escola escolhida pela família para que Athos retornasse à sua vida escolar, abrindo um espaço de diálogo entre essas instituições e possibilitando a formação de uma parceria, fundamental para que Athos não só retornasse à escola, mas também para que ele não a interrompesse.

A partir desse diálogo, vieram à tona pontos importantes que comprometiam a vida escolar de Athos, como a dificuldade da família, principalmente da tia Vera, em se submeter às regras escolares, horário de chegada, de saída e assiduidade. Segundo a coordenadora pedagógica, Athos chegava sempre muito atrasado e faltava muito. A desculpa usada era a de que ele tomava remédio controlado e tinha dificuldade de acordar. Nas escutas individuais realizada pela analista com Vilma, apareceu o medo de que Athos sofresse preconceito ou agressões dos colegas no contexto escolar, como já havia acontecido na escola em que ele estudava antes de frequentar o CAPS i.

Não só a escola, mas também Athos passaram a questionar o uso da medicação psiquiátrica, “quando tomo remédio fico nervoso, não consigo me controlar, todo dia eu peço socorro”, diz. Além disso, começou a se queixar das consultas com a sua psiquiatra, relatando que se sentia nervoso por ter que falar para muitas pessoas, que são os estudantes de medicina que acompanham a médica nas consultas.

A parceria do CAPS i com a escola foi fundamental para que a confiança da família com a escola fosse estabelecida. O passo seguinte foi questionar junto à psiquiatra que acompanhava Athos a necessidade do uso da medicação, uma vez que essa o deixava muito sonolento no período da manhã, comprometendo seu rendimento escolar.

Mesmo trabalhando no CAPS i, a equipe tinha muita dificuldade em discutir casos com a psiquiatra, uma vez que esta dificilmente participava das reuniões clínicas semanais obrigatórias que faziam parte da rotina do CAPS i. Porém, em um dos raros momentos da sua presença nesse espaço, foi possível fazer uma discussão sobre o caso de Athos. Questionei a precocidade do diagnóstico de esquizofrenia dado a Athos, destacando o seu processo de estruturação subjetiva e sua possibilidade fazer uma suposição de saber no Outro. Diante da fragilidade da sua constituição enquanto sujeito, parecer ter havido sim o desencadeamento de defesas, mas por se tratar de uma criança em vias de se constituir como sujeito, por que não falar da esquizofrenia como uma possibilidade diagnóstica e não como uma certeza, tendo em vista o peso de um diagnóstico para uma criança?

Mas o saber médico manteve-se inabalado, justificando de forma fenomenológica a certeza diagnóstica. Quanto à medicação, a psiquiatra atribuiu sua sonolência a má administração da mesma feita pela família, trazendo como solução para o problema uma mudança na mesma para dificultar a ação da família sobre ela, desconsiderando a possibilidade de redução ou mesmo extinção da mesma, uma vez que Athos seguia em tratamento no CAPS i.

Essa posição da psiquiatra se configurou para mim como uma grande controvérsia: por que então encaminhar Athos para o CAPS i, se a psiquiatria parece considerar a medicação como uma possibilidade terapêutica que se sobrepõe às outras? Fica claro que a psiquiatria se apresenta, mesmo dentro do CAPS i, na lógica do discurso do mestre, como um saber todo, dificultando sua articulação com os outros discursos presentes no serviço. Nesse sentido, estabelece-se uma hierarquia, sendo o tratamento ofertado pelo CAPS i, individual ou através das oficinas, colocado, em segundo plano, nos moldes das instituições psiquiátricas tradicionais.

Dentro desses moldes, também segue o dispositivo da oficina no CAPS i, cuja função em muitas delas é a de adequação e disciplinarização. A supervisão clínico-

institucional destaca o grande número de oficinas que trabalham com regras e limites, a partir de atividades diversas, como se o CAPS i fosse um centro de convivência. Diante disso, o supervisor sinaliza que, nesse serviço, por não se tratar de uma instituição educativa, as regras devem ocupar um outro lugar, devem visar à terapêutica e não a um caráter puramente disciplinar. As regras são importantes na organização de um serviço de saúde mental, mas a sua flexibilização deve ser possível, na medida em que cada caso é um caso único.

Assim, o trabalho clínico-institucional no CAPS i, que se viabilizou a partir da presença do discurso do analista, possibilitou à equipe se questionar sobre sua dificuldade em escutar a diferença, escutar os limites das crianças e adolescentes, seus desejos e possibilidades, suscitando reflexões sobre o lugar do CAPS i no tratamento da criança e do adolescente. Com isso, a equipe se fortaleceu, passando a reconhecer o efeito do seu trabalho na direção do tratamento, refletindo na diminuição dos encaminhamentos das crianças e dos adolescentes acolhidos para consulta com o psiquiatra. Além disso, a equipe começou a questionar o uso da medicação nos casos acompanhados no serviço.

Nesse sentido, é possível constatar, com a análise do caso Athos, que a proposta de reinserção social presente na reforma psiquiátrica, ao ser tomada como um imperativo, pode reduzir a clínica a procedimentos de reabilitação psicossocial, com seu caráter pedagógico e normatizador, a partir da crença em um saber prévio sobre o que é melhor para o sujeito. Além disso, a possibilidade da articulação entre os discursos, a passagem de um discurso ao outro, configura-se como uma das principais tarefas do psicanalista inserido nas instituições, uma vez que, ao fazer a emergência do sujeito do inconsciente, dividido pela linguagem, o discurso do analista pode produzir novos significantes ( $S_1$ ), fazendo aparecer no lugar da verdade um saber não todo.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa pretendeu, ao longo dessas páginas, analisar de que forma o discurso do analista, no exercício da clínica com criança, em um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil, CAPS i, pode se articular com os outros discursos presentes nesse serviço e na direção do tratamento da criança.

Para responder a essa questão, precisei inicialmente circunscrever esse campo de práticas no qual se constitui o CAPS i. Um campo de assistência em saúde mental infantojuvenil, que pelos autores pesquisados (COUTO, 2004; ELIA, 2007; BRITO, 2004; GUERRA, 2005; SILVA, 2003; CAMPOS, 1992) foi relegado a segundo plano no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. Esses autores corroboram que as questões colocadas pelas crianças e adolescentes ao movimento da reforma constituem um dos mais importantes desafios a enfrentar.

Pela sua ausência nas agendas de debates, pela exclusão das proposições de políticas públicas de saúde mental até 2002, quando a Portaria Ministerial 336 regulamenta o CAPS i, as crianças e adolescentes evidenciam que as produções asilares se sustentam mesmo fora dos hospitais, não sendo por isso menos nefastas.

A pesquisa trouxe os principais fatores históricos, levantados pelos autores estudados, que dificultaram e ainda dificultam a sustentação de uma política de saúde mental para a infância, além da sustentação de uma clínica. Os autores destacam a vinculação da clínica psiquiátrica com crianças à clínica com adultos, desconsiderando suas particularidades no que se refere à inclusão da família no tratamento, à escuta do brincar como a linguagem da criança, à convivência com outros saberes, entre eles o médico e o pedagógico, bem como à necessidade de incluir a escola como parceira, entre outros.

Além disso, outro ponto destacado diz respeito à lógica desenvolvimentista que engendra a leitura do sintoma da criança pela ótica da deficiência. Lógica que, ao desconsiderar a dimensão subjetiva da criança, a encaminha para instituições filantrópicas de cunho pedagógico como APAE e Pestalozzi.

Na contramão da lógica desenvolvimentista está a psicanálise, que a partir da ética do bem dizer, faz uma suposição de sujeito na criança, mesmo advertida da sua condição de depender de um adulto particularmente implicado na sua história para

sustentar a sua enunciação, dissipando os moldes paternalistas de organização e disciplinarização dos corpos.

A partir da sustentação de uma clínica que faz uma aposta no sujeito do desejo – em um campo heterogêneo que abarca não somente a clínica, mas também a política, o social, o cultural e as relações jurídicas – a psicanálise teve uma importante contribuição no avanço da reforma psiquiátrica e na implementação dos serviços substitutivos à internação psiquiátrica, que passaram a ser chamados no território brasileiro de CAPS.

A pesquisa aponta que embora muitos artigos defendam que a direção do trabalho em saúde mental com crianças e adolescentes deve ser clínica, não é possível perder de vista a dimensão política que cria uma assistência voltada a todos, nem desconsiderar a necessidade do enlace entre os diversos discursos que se inscrevem na assistência à criança em um CAPS i, entretanto poucas evidências desse diálogo são encontradas.

Desta forma, a partir do referencial teórico da psicanálise, analisei a possibilidade desse enlace entre os saberes e seus possíveis efeitos na direção do tratamento usando como metodologia de pesquisa a Construção de Caso Clínico. O caso escolhido foi o de um menino de nove anos de idade, que denominei Athos, atendido por mim durante os três anos de trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil.

A fim de abarcar a prática da psicanálise com crianças em um CAPS i, fiz um percurso teórico que considerei indispensável à pesquisa. Para tanto, utilizei como referência os autores clássicos, Sigmund Freud e Jacques Lacan, bem como outros atuais cujas práticas clínicas trazem contribuições relevantes para a teoria, tais como Vorcaro, Bernardino, Brousse, Soler, Rinaldi, entre outros. Precisei fazer um recorte na teoria psicanalítica a partir das questões clínicas suscitadas pelo caso estudado, sendo uma tarefa árdua, na medida em que esta teoria se compõe de uma trama de conceitos entrelaçados em que um remete ao outro.

Freud partiu do conhecimento científico de sua época e foi surpreendido pela descoberta do inconsciente, fundando um outro campo teórico e prático, a psicanálise. Diante da histeria que desafiava a clínica médica na medida em que seus sintomas não

tinham uma localização fixa no corpo, Freud passa a operar sua clínica a partir da escuta, instituindo a associação livre como a regra fundamental do tratamento psicanalítico. O método inaugurado por Breuer e Freud foi, logo depois do seu nascimento, batizado por uma das pacientes de Breuer, Anna O., com o nome de *talking cure*. “Recordemos que foi a experiência inaugurada por essa histérica que os levou à descoberta do acontecimento patogênico chamado traumático” (LACAN, 1953/1998, p. 255).

Lacan (1958/1998) corrobora com Freud (1912/1976) de que a direção do tratamento em psicanálise consiste, em primeiro lugar, em fazer como que o sujeito aplique a regra analítica. Nesse processo, o analista precisa manejar a transferência, emprestando sua pessoa, “na medida em que haja o que houver, ele a empresta como suporte aos fenômenos singulares que a análise descobriu na transferência” (LACAN, 1958/1998, p. 593) e operar a partir do efeito de interpretação, o qual é produzido pelo ato analítico, com seus cortes e escansões.

Esse operador clínico que permite instituir, pela própria presença do psicanalista, um lugar para a falta; um lugar vazio onde poderá aparecer o Outro do paciente que o determina, é o desejo do analista, conceito formulado por Lacan, segundo Bernardino (2004), como um contraponto ao conceito de contratransferência que prosperou após Freud.

Porém, no estudo teórico realizado, os autores (VORCARO,1999; FERNANDES, 2000; LAZNIK, 2011; SOLER,1994) concordam que operar a partir do desejo do analista quando o analisando é uma criança aponta para a especificidade da clínica psicanalítica com crianças. Diferentemente do adulto, a posição de responsabilidade em relação ao que diz ou faz enquanto ato da criança é ainda sustentada pelo Outro encarnado nas figuras parentais. Figuras que ao atribuir à criança um lugar e uma significação, animam sua estruturação psíquica, se constituindo em matrizes simbólicas que sustentam a constituição do sujeito do desejo na criança.

Para a psicanálise, essa subjetivação não é um processo que se adquire com o desenvolvimento; o sujeito do desejo se constitui a partir da relação com o Outro. Como foi dito na dissertação, para Lacan (1964/1985), o Outro, com letra maiúscula, é o campo do vivo onde se manifesta a pulsão e onde o sujeito do inconsciente deve aparecer. Assim, é necessário que se engendre um processo de hiância, uma dialética a

partir de duas operações que se articulam na relação do sujeito com o Outro, promovendo o nascimento desse sujeito, que são as operações de alienação e de separação. Embarços ou mal-entendidos nessa relação podem interferir no curso dessas duas operações, trazendo consequências para a constituição psíquica da criança.

Nesse sentido é que Jacques Lacan (1969/2003) toma o sintoma da criança como o representante da verdade que pode dizer respeito tanto à verdade do casal parental, ao que há de sintomático na estrutura familiar quanto à verdade da subjetividade materna, coloca a função parental em evidência no trabalho analítico com esta. No primeiro caso, a criança responde com o seu sintoma ali onde se apresentou uma falha do saber no contexto familiar e no segundo, ela se converte em objeto da mãe, revelando a verdade desse objeto.

O manejo clínico, a direção do tratamento da criança deve partir da análise desse lugar, bem como do questionamento do estado de efetuação da estrutura que cada criança apresenta. No jogo analítico, portanto, no exercício dessa clínica, a presença desses pais deve ser considerada. Presença que, para Bernardino (2004), pode se manifestar de várias formas, desde a presença física nas sessões que vai depender das contingências da análise, até nos atrasos, nas faltas que fazem o filho ter, nas questões que impõem ao pagamento e na interrupção do tratamento.

Dessa forma, independente do lugar físico onde o analista é convocado a atuar, seja em um consultório particular ou em um CAPS i, como no caso abordado nessa pesquisa, o que vai determinar a posição do analista na direção do tratamento na clínica com criança é o estado de efetuação da estrutura da mesma, o lugar que se posiciona frente ao desejo do Outro.

No entanto, não é possível desconsiderar as especificidades do exercício da clínica nesse espaço. Para Rinaldi (2015), além dos desafios da clínica psicanalítica propriamente dita, com a sua imprevisibilidade, com o real da psicose e da neurose se presentificando em casos graves de desamparo psíquico, social e econômico, há também as dificuldades do trabalho na instituição. Nesse espaço, o trabalho do psicanalista não existe sem os demais técnicos, sendo no âmbito da equipe, com suas intervenções, que seu trabalho deve se realizar. Porém, mesmo em equipe, a experiência é sempre de cada um, que deve se responsabilizar pelo seu ato.

O caso de um menino de nove anos de idade, que denominei Athos, atendido por mim no CAPS i e escolhido como objeto de estudo dessa dissertação, evidenciou tanto a sutileza da psicanálise com crianças quanto a sutileza do exercício da clínica psicanalítica em instituição. Athos tinha o diagnóstico de esquizofrenia já posto pelo saber psiquiátrico e recebeu da equipe do CAPS i um pacote terapêutico no qual o trabalho psicológico fazia parte. Porém, nesse trabalho, Athos se deparou com uma praticante de psicanálise e por conta disso, o que determinou o manejo clínico realizado na direção do tratamento não foi o diagnóstico, nem a verdade do saber da equipe sobre o tratamento e sim o estado de efetuação da estrutura subjetiva de Athos.

Athos, aos nove anos, encontrava-se alienado na relação com o Outro que ainda se apresentava para ele de forma não barrada e, portanto, invasiva. O sintoma enurético aos cinco anos de idade podia estar denunciando sua dificuldade em se separar desse Outro, apontando impasses na operação de separação que conclui a circularidade da relação do sujeito com o Outro, cujo efeito é a constituição subjetiva. Diante de seu estado de efetuação subjetiva, Athos foi tomado pelo discurso analítico no CAPS i como um sujeito nas vias de se constituir, iniciando o tratamento a partir dessa aposta.

A teoria dos discursos de Jacques Lacan (1969-1970/1992), tomada como referência nessa pesquisa, defende que o discurso é conceituado como uma estrutura que põe em movimento relações fundamentais que se instauram em decorrência da linguagem, e que dessas relações estáveis e fundamentais, Lacan extraiu quatro estruturas discursivas que denominou de discurso do mestre, discurso universitário, discurso da histérica e discurso do analista. A análise realizada nesse trabalho evidenciou que a criança ocupa um lugar diferente em cada uma dessas estruturas, sendo esse lugar que vai orientar a condução clínica e a direção do tratamento da criança.

Nesse sentido, não se pode falar em clínica com crianças, mas muitas clínicas que se sustentam em discursos diferentes. A análise realizada evidencia ainda que essas quatro estruturas discursivas propostas por Lacan estão presentes no campo da atenção psicossocial, sendo a articulação entre eles o que vai diferenciar o modo de cuidado e de tratamento nos CAPS, sejam eles de adulto ou infantojuvenis.

No CAPS i estudado, o fato de praticamente todos os pacientes acolhidos receberem indicação para acompanhamento psiquiátrico, mesmo os casos de usuários

em sofrimento psíquico intenso e persistente que, pela Portaria 336/2002, são casos para CAPS, denuncia uma dependência, da equipe, do saber psiquiátrico, este último ancorado no discurso do mestre, que por sua vez parecia estar se sobrepondo aos outros saberes e práticas, comprometendo a circularidade dos discursos no CAPS i. Tal fato, segundo Leite (2008), evidencia a tendência histórica da hegemonia do discurso médico em detrimento dos demais discursos, o que põe em risco a possibilidade de circulação destes últimos no campo social.

Diante da recusa de Athos em participar do grupo de musicoterapia e do atendimento psicopedagógico proposto pela equipe, mas implicado o trabalho analítico, levei o caso para a discussão clínica, tomando as suas manifestações, seus atos como um dizer sobre o que era possível para si enquanto tratamento naquele momento. A aposta que fiz nas manifestações de Athos como um dizer, colocando-lhe no lugar de sujeito, possibilitou que os outros técnicos da equipe de saúde também o escutassem.

Assim, é possível considerar que tal ato analítico produziu um giro discursivo na posição da equipe de saúde, que passou a operar, nesse caso, na lógica do discurso da histórica, no qual se trabalha com o saber do paciente, e não com o saber sobre o paciente, como na lógica do discurso universitário, recolocando o sujeito em relevo e os sintomas entre parênteses.

Nesse movimento de passagem de um discurso ao outro, o que é revelado, em última instância, é a castração, a falta. Essa castração parece ter ocorrido também no ambulatório de saúde mental no qual a persistência do ato de urinar ao ver a mãe, sua repetição que não cessou de se inscrever, mesmo com o tratamento medicamentoso, possibilitou que o lugar de agente, antes ocupado pelo mestre ( $S_1$ ) passasse a ser ocupado pelo sujeito dividido ( $\$$ ), promovendo um giro discursivo, do discurso do mestre para o discurso da histórica, levando a psiquiatra a encaminhá-lo para outras modalidades terapêuticas.

Portanto, corroborando com Lacan (1971/2009) ao afirmar que embora seja no discurso do mestre que o sujeito se funda através da introdução na cadeia significante do significante primeiro ( $S_1$ ), que ao se articular com outro significante ( $S_2$ ) produz a perda de gozo, não é necessário que as coisas se estabeleçam sempre em função desse discurso. Leite (2008) defende que promover esse movimento é papel fundamental do psicanalista inserido nas instituições.

Nesse sentido, situada no discurso do analista, pode possibilitar que Athos produzisse seus próprios significantes, assim como provoquei deslocamentos discursivos no CAPS i, cujos efeitos se fizeram sentir no questionamento da equipe quanto às ações normativas e hierarquizadas presentes nas práticas institucionais. Práticas essas nas quais, como nos diz Rinaldi (2002), se anula o sujeito, tanto do lado do paciente quanto do lado do profissional.

A pesquisa revela ainda que a psiquiatria, quando se orienta pelo discurso do mestre, exerce a clínica psiquiátrica dando um sentido à queixa e respondendo a partir do saber dos manuais de classificação das doenças mentais. O discurso psicossocial, quando se sustenta no discurso universitário, orienta a uma prática direcionada para uma pedagogia adaptativa e para a recondução do desenvolvimento normal, diferentemente de quando se sustenta no discurso da histórica, em que o sujeito dividido no lugar de agente vem questionar a efetividade das práticas, saindo da normatização. Já a psicanálise, a partir do discurso da histórica, oferta uma escuta ao mal-estar subjetivo, de onde uma implicação do sintoma pode advir, mesmo em se tratando de crianças.

Porém, o caso Athos também denuncia os tropeços e a dificuldade de sustentar o discurso do analista, tropeços vivenciados por mim enquanto praticante de psicanálise em um CAPS i. Ao buscar essa implicação de Athos no seu sintoma, o fiz de forma precipitada a partir do significante pecado, que não era dele, era do outro, da tia Vilma, autora da letra da música, tendo por efeito a precipitação de Athos em um *acting-out*, ou seja, de um ato como substituto de um dizer que pode ser lido como uma resistência. No *acting-out*, Athos traz para a sessão analítica o ato mutilatório oral, que já vinha acontecendo em casa, quando confrontado com a angústia causada pelas presenças da mãe e a tia. Ocorre, nesse momento, a atualização da minha pessoa na análise, onde Athos me toma como uma presença, assim como toma à tia e à mãe.

No momento em que intervenho a partir de um saber todo, tomo esse saber (S<sub>2</sub>) como agente do discurso, fazendo acender algo da ordem da verdade, que não pode ser dita toda, e passo do discurso do analista para o discurso universitário, que põe sob a barra o sujeito do desejo, dividido, que aparece no lugar da produção.

Nesse caso, a resistência manifestada na atuação de Athos denunciou tanto o surgimento da transferência em análise – na medida em que, para Freud (1912), resistência e transferência são faces da mesma moeda, sendo necessário o manejo para

que a resistência dê lugar a transferência – quanto a minha resistência enquanto praticante de psicanálise – na medida em que, para Lacan (1953-1954/1979), a resistência também está do lado do analista em relação à sustentação do discurso do analista, do seu lugar enquanto semblante de objeto *a*.

Esse ato de Athos serviu como alerta para que eu retificasse minha posição, fazendo valer o desejo do analista. Como foi dito nesta dissertação, em psicanálise com crianças, este alerta é particularmente precioso, uma vez que as tentações para se sair do discurso analítico são várias, como corroboram Vorcaro (1999), Bernardinho (2004) e Lamy (1998).

A partir do meu reposicionamento no discurso do analista, foi possível escutar Athos, condição que possibilitou a associação entre o significante nervoso, trazido por ele no acolhimento, com o significante abandono, subjetivando a sua queixa. Nas sessões de psicanálise, ele pôde revelar sua hipótese de que sua mãe o abandonou para ficar com as amigas, e que sua prima, Melina, havia tomado o seu lugar, endereçando a mim um pedido de ajuda para se livrar de suas lembranças, pedido que aponta para uma suposição de saber, dando provas que Athos podia estabelecer uma relação simbólica com o Outro, numa relação transferencial.

Diferentemente de um esquizofrênico que joga sozinho, sem o Outro, como esclarece Soler (1937/2007), Athos estabeleceu um jogo simbólico com a praticante de psicanálise na sessão. A inibição para falar foi dando lugar à possibilidade de elaboração, através da produção de muitas receitas de bolos e sobremesas e a ricas histórias contadas a partir da encenação. No jogo simbólico, Athos constrói sua trilha significativa através dos personagens Batman, Buzz e principalmente o Leão da Montanha, ofertando a mim, como praticante de psicanálise, ora o lugar de parceira, de dupla, ora o lugar de rival; oferta que aceito e respondo de um lugar esvaziado de saber a partir do qual pude realizar as manobras nesse jogo analítico.

Com esse ato analítico de emprestar minha pessoa como suporte aos fenômenos singulares que a análise descobriu na transferência, foi possível a Athos experimentar o simbólico, antecipando outras posições possíveis no jogo. Surgiu assim, entre o par Leão da Montanha e Luci, um terceiro, o pato Duck e com ele, Athos traz uma terceira possibilidade de fuga para o Leão da Montanha, “saída perigosamente por cima”,

apontando para o deslizamento significante, no qual o  $S_1$  remete ao  $S_2$ , e nessa brecha nasce o sujeito do inconsciente.

Assim, a construção do caso clínico Athos, contribui para a compreensão de que o analista tem como estratégia o manejo da relação transferencial, e tem como tática a produção de atos analíticos a partir da transferência cujo manejo é o ponto essencial do trabalho analítico, trazendo uma maior elucidação para a máxima Lacaniana: “eis porque o analista é menos livre na sua estratégia do que em sua tática” (LACAN, 1958/1998, p. 595).

Além disso, chama a atenção à necessidade de o praticante de psicanálise ou de o analista que exerce sua clínica em um CAPS estar advertido da função político-social dessa instituição. Assim, pode tomar o trabalho individual como uma ponte na construção da rede necessária para que Athos pudesse se reinserir no contexto social, considerando a especificidade de Athos de se endereçar ao Outro. Desconsiderar isso poderia ter ocasionado o abandono do tratamento, sua a não “adesão” a este, termo muito usado no campo da atenção psicossocial, como acontece em muitos casos que são acolhidos nos CAPS.

No caso Athos, a minha participação nas discussões clínicas, a partir da clínica do particular, ajudou a equipe a escutar o dizer de Athos e assim à proposta de tratamento inicial de um pacote terapêutico que incluía um trabalho de musicoterapia em grupo e um trabalho pedagógico por conta da sua dificuldade em frequentar a escola, além de um trabalho psicoterapêutico por conta da sua ansiedade, deu lugar à sustentação de um trabalho psicanalítico inicial, que foi tomado como ponto de partida.

Esse caso evidencia a extrema importância da escuta na elaboração e construção das condutas terapêuticas que compõem o Plano Terapêutico Singular em um CAPS i. Desconsiderar o que o sujeito pode dizer sobre sua condição, priorizando o saber técnico sobre o caso, pode levar ao abandono do tratamento e ao seu fracasso, com a transformação do Plano Terapêutico Singular em receitas ou cardápios, como nos diz Menezes (2014), ou mesmo em um pacote terapêutico, como nomeei nessa dissertação.

Ressalta também que o analista inserido em um CAPS i não pode deixar de reconhecer a função terapêutica das oficinas, que é dada pela própria convivência que elas instauram, da relação que se estabelece entre os pacientes, na qual a convivência

ocupa um lugar central no dispositivo terapêutico, como nos diz Figueiredo (2008). Athos, a partir da transferência estabelecida comigo no trabalho individual, sustentou fazer parte de uma oficina com a presença inicialmente de outra criança, passando a participar das atividades sociais do CAPS i, ampliando assim a sua condição de fazer laço social.

A análise institucional realizada nessa pesquisa destacou que, no CAPS i, praticamente todos os pacientes acolhidos eram encaminhados para o acompanhamento psiquiátrico, como foi dito anteriormente, no tópico 3.1, assim como para as oficinas. Guerra (2008) corrobora com Figueiredo (2008) ao destacar que um dos grandes desafios para os técnicos é conseguir articular a demanda oficial do serviço público por ocupação a partir das oficinas, com a demanda pessoal, que nem sempre existe, de cada paciente. Sem esse cuidado, a possibilidade desse tipo de dispositivo ser terapêutico se reduz bastante, comprometendo a qualidade dos atendimentos nos CAPS i (GUERRA, 2008).

Porém, ancorada no discurso da histórica, discurso que ganhou força no CAPS i pesquisado com a presença do discurso do analista nesse espaço, a equipe passou a questionar esses encaminhamentos, abrindo espaço para o trabalho de supervisão clínico-institucional.

A supervisão foi realizada por um profissional que tinha como referencial teórico a psicanálise, que tinha como ponto de partida que o tratamento da loucura realizado por um CAPS deve acontecer a partir da circulação entre os discursos, em oposição à instituição psiquiátrica que se apresenta como um Outro não barrado, que tudo sabe, como uma instituição total.

Esse trabalho evidenciou que embora o CAPS i tenha inúmeros equipamentos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) local e regional presentes nos casos clínicos escutados, o trabalho em rede ainda acontecia de forma incipiente. O CAPS i estava operando, em muitos casos, de forma autônoma, dentro do modelo de instituição total, sendo necessário intensificar as articulações e a buscar por apoio na RAPS.

Exemplo disso foi a oferta de um suporte pedagógico para Athos no CAPS i por conta do seu afastamento das atividades escolares, oferta que coloca em segundo plano a rede educacional de ensino. Porém, a escuta da recusa de Athos pelo trabalho

pedagógico deu lugar a uma possibilidade de articulação do CAPS i com a escola, abrindo um espaço de diálogo entre essas instituições e possibilitando a formação de uma parceria fundamental para que Athos não só retornasse à escola, mas também para que ele não a interrompesse.

Nesse sentido, o caso Athos sinaliza tanto o risco vivenciado pela equipe de tomar o CAPS i como uma instituição total, como a urgência da organização da Rede de Atenção Psicossocial para a garantia da integridade física da pessoa em sofrimento psíquico – seja ela adulto, adolescente ou criança – quanto a desarticulação da mesma. Rede que precisa ser tecida pelas equipes que compõem os diversos serviços, tanto de saúde mental quanto de saúde em geral, além dos serviços educacionais e jurídicos.

Nessa rede, os ambulatórios de saúde mental são serviços indispensáveis, por possibilitarem o encaminhamento de casos que não necessitam de atenção intensiva, mas que sem atenção alguma tendem a cronificar. Porém, Salvador vivencia uma carência de ambulatórios públicos, e o próprio CAPS i estudado é um exemplo da desativação dessas instituições, uma vez que se originou de um serviço ambulatorial que fazia parte de um hospital psiquiátrico. Nesse caso, em vez de se ampliar a rede de atenção em saúde mental com a criação de um serviço de atenção psicossocial, o que aconteceu foi a transformação de um ambulatório atuante e bastante significativo para a população em um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil para dar conta da demanda do Ministério da Saúde para a expansão dos CAPS, como consta no Projeto Terapêutico da instituição estudada. Assim, diariamente a equipe do CAPS i se depara com a dificuldade em realizar encaminhamentos para serviços ambulatoriais, pois os que ainda recebem, mas que não suprem o montante da demanda, são os ambulatórios de faculdades particulares.

Mas, a grande controvérsia encontrada pela presente pesquisa foi a evidência da presença de uma psiquiatria no CAPS i que tenta sustentar uma hierarquia de saber, colocando o tratamento medicamentoso como uma possibilidade terapêutica que se sobrepõe às outras, nos moldes das instituições psiquiátricas tradicionais. A psiquiatria aparece à margem do trabalho realizado em equipe no CAPS i, com pouca participação em reuniões e discussões de casos clínicos.

A supervisão clínico-institucional instituída no CAPS i como efeito do discurso do analista que ali atuava, assim como a construção do caso clínico nas reuniões

técnicas, são dispositivos que, no caso clínico de Athos, foram indispensáveis no fortalecimento do trabalho em equipe, bem como para o fortalecimento da própria equipe, que passou a reconhecer a importância do seu trabalho no tratamento das crianças e adolescentes, para além do tratamento medicamentoso.

Porém, a fragilidade do vínculo empregatício no CAPS i estudado cria vários impasses. A maioria dos profissionais da equipe técnica possuía vínculos de trabalhos temporários de dois anos, podendo ser estendido para no máximo quatro, como era o meu caso, e todo esse percurso e conquistas correm o risco de se perder com as substituições dos profissionais.

Quando saí, eu era a única psicóloga da equipe e não tinha previsão de substituição. A solução encontrada em supervisão do caso foi a de acompanhar Athos em uma clínica social. Embora ele tivesse seguido no grupo de música no CAPS i e com o acompanhamento psiquiátrico, só consegui viabilizar seu trabalho analítico três meses depois da minha saída, ocasião na qual foi possível marcar a sessão com Athos em uma clínica social.

Nesse encontro, Athos diz: “Estou com várias manias: quando dá o intervalo do desenho, primeiro mordo a língua, depois aperto os dedos, depois eu urino e começa tudo de novo. Eu digo pare e ela não para, eu imploro e então ela para. É tipo um robô que quebra, quando dá corda, quando paro de fazer a mania eu descontrolo”. Com essa fala, Athos reconhece que não está bem, que está “quebrado”, sinalizando o risco do rompimento de um trabalho analítico em pleno curso de um processo de estruturação psíquica.

O caso Athos aponta para a necessidade de discutir sobre o diagnóstico em psicanálise, que é diferente da concepção de diagnóstico no campo médico; configura-se como um campo aberto para novas pesquisas clínicas, assim como aponta para a necessidade de estruturação de uma formação continuada a partir da clínica. Não de uma clínica que se isole no seu trabalho individual, mas uma clínica que possa fazer dessa escuta uma ponte para o exercício do trabalho em equipe e para a construção da Rede de Atenção Psicossocial. Uma Rede que o caso Athos mostra poder ser construída de dentro para fora, ou seja, a partir das demandas clínicas do caso, constituindo-se em pontos de amarração firmes e consistentes.

## REFERÊNCIAS

ALENCAR, S. L. S. Psicanálise e SUS: uma experiência em saúde pública. **Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre**, Porto Alegre, n°41/42, p. 71-85, jul.2011/jun.2012.

AMARANTE, P. D. C. **O Homem e a Serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996

\_\_\_\_\_. Saúde Mental, Desinstitucionalização e Novas Estratégias de Cuidado. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. de V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I (Coord.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

AMARANTE, P. D. C.; TORRES, E. H. G. A constituição de novas práticas no campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica do Brasil. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v.25, n.58, p. 26-34, maio/ago. 2001.

BARRETO, C. Psicanálise e Saúde Mental: uma parceria possível? In: CONVENÇÃO CLÍNICA DO INSTITUTO DE PSICANÁLISE E SAÚDE MENTAL, 2, 2010, Minas Gerais. **Almanaque On-line nº 6**, Minas Gerais: IPSM-MG, 2010 Disponível em: < <http://www.institutopsicanalise-mg.com.br/psicanalise/almanaque/06/textos/cristiane.pdf>> Acesso em: 12 mar. 2014.

BARROS, R. R. O Infantil e a Criança. In: MILLER, J. (Org.) **A criança no discurso analítico**, Rio de Janeiro: Zahar, 1991.

BASTOS, M. A. F. Compulsão: uma resposta ao mal-estar contemporâneo? In: MIRANDA, E. R.; CERQUISE, G. (Org.). **A clínica do Ato**. Rio de Janeiro: Letras, 2013

BERGÈS, J.; BALBO, G. **Psicoterapias de criança, crianças em psicanálise**. Porto Alegre: CMC, 2010.

BERNARDINO, L. M. F. O desejo do psicanalista e a criança. In: \_\_\_\_\_ (Org.). **Psicanalisar crianças: que desejo é esse?** Coleção Psicanálise da Criança: Coisa de criança. v.1, nº1. Salvador: Álgama, 2004.

\_\_\_\_\_. A questão da psicose na infância, seu diagnóstico e tratamento frente a seu “desaparecimento” na nosografia atual. In: JERUSALINSKY, A.; FENDRIK, S. (Org.). **O livro negro da psicopatologia contemporânea**. São Paulo: Via Lettera, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 189 de 19 de novembro de 1991. Aprovar os Grupos e Procedimentos da Tabela do SIH-SUS, na área de Saúde Mental. **Legislação em saúde mental**: 1990-2004. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria 224 de 29 de janeiro de 1992. Regulamenta o funcionamento de todos os serviços de saúde mental. **Legislação em saúde mental**: 1990-2004. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM 336 de 19 de fevereiro de 2002. Acrescenta novos parâmetros aos definidos pela Portaria no 224/92 para a área ambulatorial, ampliando a abrangência dos serviços substitutivos de atenção diária, estabelecendo portes diferenciados a partir de critérios populacionais, e direcionando novos serviços específicos para área de álcool e outras drogas e infância e adolescência. Cria, ainda, mecanismo de financiamento próprio, para além dos tetos financeiros municipais, para a rede de CAPS. **Legislação em saúde mental: 1990-2004**. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1174/GM de 15 de junho de 2004. Destina incentivo financeiro para Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, e dá outras providências. **Legislação em saúde mental: 2004-2010**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria Nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)>. Acesso em 14 jul. 2016.

BRITO, M. M. Novas formas de pensar o coletivo. In: FERREIRA, T. (Org.). **A criança e a saúde mental: Enlaces entre a clínica e a política**. Belo Horizonte: Autêntica/FCH-FUMEC, 2004.

BROUSSE, M-H. Carrossel entrevista com Marie-Hélène. **Revista Carrossel**. Escola Brasileira de Psicanálise. Salvador: Ano I, nº1, out. 1997.

CAMARGO, L. F. E. Sujeito do desejo, sujeito do gozo e falasser. **Opção Lacaniana online**. Disponível em: <[HTTP://www.opcaolacanianana.com.br/antigos/pdf/artigos/lfesujei.pdf](http://www.opcaolacanianana.com.br/antigos/pdf/artigos/lfesujei.pdf)>. Acesso em 10 set. 2015.

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

CLASTRES, G. A criança no adulto. In: MILLER, J. (Org.). **A criança no discurso analítico**. Rio de Janeiro: Zahar, 1991.

CIRINO, O. **Psicanálise e Psiquiatria com crianças: desenvolvimento ou estrutura**. Belo Horizonte: Autêntica, 2001.

COSTA, A. De uma clínica que não seria do semblante. In: Associação Psicanalítica de Porto Alegre (Org.). **Psicanálise e Intervenções Sociais**. Porto Alegre: APPOA, 2011.

COSTA-ROSA, A. O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modelo asilar. In: AMARANTE, P. (Org.) **Ensaio: Subjetividade, Saúde Mental e Sociedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

- COUTO, M. C. V. Por uma política pública de saúde mental para crianças e adolescentes. In: FERREIRA, T. (Org.). **A criança e a saúde mental: Enlaces entre a clínica e a política**. Belo Horizonte: Autêntica/FCH-FUMEC, 2004.
- CUNHA, C.; BOARINI, M. L. O Lugar da Criança e do Adolescente na Reforma Psiquiátrica. **Revista Psicologia e Saúde**, Campo Grande: v.3, n. 1, p. 68-76, jun. 2011.
- DASSOLER, V. A. Com a palavra, os analistas nos CAPS. **Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre**. Porto Alegre: n°41/42, p. 139-152, jul.2011/jun.2012.
- D'AGORD, M. R et al. O duplo como um fenômeno psíquico. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo: 16(3), 475-488, set. 2013. Disponível em <[http://www.lareferencia.info/vufind/Record/BR\\_d87f1e195329f7e3787c2d39e88a0db](http://www.lareferencia.info/vufind/Record/BR_d87f1e195329f7e3787c2d39e88a0db)>. Acesso em 11 ago. 2015.
- DELGADO, P. G.; LEAL, M.; VENANCIO, A. T. (Org.). **O Campo da Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Te Corá: Instituto Franco Basaglia, 1997.
- DELGADO, P. G.; COUTO, M. C.; DUARTE, C. A saúde mental infantil na saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 30 (4), p. 390-398. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v30n4/a15v30n4.pdf>>. Acesso em 14 mar. 2014.
- DI CIACCIA, A. A prática entre vários. In: ALTÉ, S; LIMA, M. M. (Org.). **Psicanálise, Clínica e Instituição**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2005, p. 34-54.
- ELIA, L. In: PINTO R. F. **CAPS I para crianças e adolescentes autistas e Psicóticos: a contribuição da Psicanálise na construção de um dispositivo clínico**. Prefácio. Rio de Janeiro: Museu da República, 2007.
- FARAH, C. A. **Passagem ao ato, Acting-out e Ato psicanalítico: uma introdução** (2000). Disponível em:< <http://ebp.org.br/wp-content/uploads/2012>> Acesso em 11 jan. 2015.
- FERREIRA, T. Sob o manto da deficiência. In: \_\_\_\_\_ (Org.). **A criança e a saúde mental: Enlaces entre a clínica e a política**. Belo Horizonte: Autêntica/FCH-FUMEC, 2004.
- \_\_\_\_\_. **A escrita da clínica: Psicanálise com crianças**. Belo Horizonte: Autêntica, 2000
- FERREIRA, T.; BONTEMO, V. L. (Org.). Crianças e adolescentes: o cuidado em saúde mental, o trabalho feito por muitos. In: **Crianças e adolescentes: o cuidado em saúde mental, o trabalho feito por muitos**. Curitiba: CRV, 2012.
- FERREIRA NETO, J. L. Práticas Transversalizadas da Clínica em Saúde Mental. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 21 nº1, Porto Alegre, 2008. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-79722008000100014](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722008000100014)> Acesso em 04 mai. 2014.

FERNANDES, A.; ALMEIDA, M. Estudo de caso sobre a clínica do sujeito no campo da atenção psicossocial. In: NASCIMENTO, E.; GONZÁLES, R. (Org.). **Psicanálise e os desafios da clínica na contemporaneidade**. Salvador: EDUFBA, 2007

FERNANDES, L. R. **O Olhar do Engano: Autismo e Outro primordial**. São Paulo: Escuta, 2000.

FIGUEIREDO, A. C. A construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**. Ano VII, nº 1, 2004. Disponível em: <[http://200.18.45.28/sites/residencia/images/ Disciplinas/a\\_construcao\\_do\\_caso\\_clinico\\_uma\\_contribuicao\\_da\\_psicanalise\\_a\\_psicopatologia\\_e\\_a\\_saude\\_mental.pdf](http://200.18.45.28/sites/residencia/images/ Disciplinas/a_construcao_do_caso_clinico_uma_contribuicao_da_psicanalise_a_psicopatologia_e_a_saude_mental.pdf)>. Acesso em 20 abr. 2013.

\_\_\_\_\_. A clínica da atenção Psicossocial: uma proposta da psicanálise. In: FILHO, J. T.; FRANCO, V. C. **Aprendizes da Clínica: novos fazeres PSI**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

FIGUEIREDO, A. C.; SCHMIDT, M. B. Os três As: acesso, acolhimento e acompanhamento - uma proposta da avaliação de serviços de saúde para o trabalho nos CAPS. In: COUTO, M. C. V.; MARTINEZ, R. G. (Org.). **Saúde Mental e Saúde Pública: Questões para a agenda da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: NUPPSAM/IPUB/UFRJ, 2007.

FIGUEIREDO, A. C.; COSTA, C. M. Apresentação. In: FIGUEIREDO, A. C.; COSTA, C. M. (Org.). **Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito, produção e cidadania**. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2008.

FIGUEIREDO, A. C.; TENÓRIO, F. O diagnóstico em psiquiatria e psicanálise. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**. Ano V, nº 1, 29-43, 2002. Disponível em: <<http://www.fundamentalpsychopathology.org/>>. Acesso em 10 mai. 2016.

FINGERMANN, D. Sintoma... ou angústia. In: FINGERMANN, D.; MENDES, M. D. **Por causa do pior**. São Paulo: Iluminuras, 2005.

FOUCAULT, M. **O Nascimento da Clínica**. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

FREUD, S. (1919). **Linhas de progresso na terapia psicanalítica**. In: \_\_\_\_\_. Obras Completas. v. XVII. 3. ed. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

\_\_\_\_\_. (1905). **Três ensaios sobre a teoria da sexualidade**. In: \_\_\_\_\_. Obras completas. v. VII. 3. ed. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

\_\_\_\_\_. (1905). **Sobre a psicoterapia**. In: \_\_\_\_\_. Obras Completas. v. VII. 3. ed. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

\_\_\_\_\_. (1908). **Escritores criativos e devaneios**. In: \_\_\_\_\_. Obras Completas. v. IX. 3. ed. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

\_\_\_\_\_. (1912). **A Dinâmica da Transferência**. In: \_\_\_\_\_. Obras Completas. v. XII. 3. ed. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

\_\_\_\_\_. (1913). **O interesse científico da psicanálise** In: \_\_\_\_\_. Obras completas. v. XII. 3. ed. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

\_\_\_\_\_. (1913). **Sobre a psicanálise** In: \_\_\_\_\_. Obras completas. v. XII. 3. ed. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

\_\_\_\_\_. (1915). **As pulsões e suas vicissitudes**. In: \_\_\_\_\_. Obras Completas. v. XIV. 3. ed. Rio de Janeiro: Imago, 1974.

\_\_\_\_\_. (1919). **Sobre o Ensino da Psicanálise nas Universidades**. In: \_\_\_\_\_. Obras completas. v. XVII. 3. ed. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

\_\_\_\_\_. (1919). **O 'estranho'**. In: \_\_\_\_\_. Obras completas. v. XVII. 3. ed. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

\_\_\_\_\_. (1923). **Dois verbetes de enciclopédia**. In: \_\_\_\_\_. Obras completas. v. XVIII. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

\_\_\_\_\_. (1926). **Inibições, Sintomas e Ansiedade**. In: \_\_\_\_\_. Obras completas. v. XVII. 3. ed. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

\_\_\_\_\_. (1933). **Conferência XXXII**. In: \_\_\_\_\_. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira. v. XVII. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

\_\_\_\_\_. (1911). **Recordar, Repetir e Elaborar (Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise II)**. In: \_\_\_\_\_. Obras Completas de Sigmund Freud. v. XII. 3. ed. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

\_\_\_\_\_. (1911). **Notas Psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranóia (Dementia Paranoides)**. In: \_\_\_\_\_. Obras Completas de Sigmund Freud. v. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1969.

\_\_\_\_\_. (1911). **Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise**. In: \_\_\_\_\_. Obras Completas de Sigmund Freud. v. XII. Rio de Janeiro, 1969.

GALLANO, C. Família e Inconsciente. **Stylus: Revista de Psicanálise**, n.15, p. 11-24, novembro de 2007, Rio de Janeiro: Associação dos Fóruns do Campo Lacaniano. Disponível em <[https://issuu.com/epfclbrasil/docs/stylus\\_15/10](https://issuu.com/epfclbrasil/docs/stylus_15/10)>. Acesso em XX ago. 2015.

GARCIA-ROZA, L. A. (1936). **O mal radical em Freud**. 3. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1990.

GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

GOLDBERG, J. **Clínica da Psicose**. Rio de Janeiro: Te Corá: Instituto Franco Baságliá, 1994.

GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA. **Relação da rede de atenção psicossocial.**

Secretaria da Saúde, 2015. Disponível em

<[http://www.saude.ba.gov.br/novoportal/images/stories/PDF/RLATORIO\\_RAPS\\_CAP\\_S\\_BAHIA\\_FEV2016.pdf](http://www.saude.ba.gov.br/novoportal/images/stories/PDF/RLATORIO_RAPS_CAP_S_BAHIA_FEV2016.pdf)> Acesso em 19 jun. 2016.

GUERRA, A. M. C. **A psicanálise no campo da saúde mental Infanto-Juvenil.**

Psychê, Ano IX, n.15, São Paulo, Jan-Jun, 2005.

\_\_\_\_\_. Oficinas em saúde mental: percurso de uma história, fundamentos de uma prática. In: FIGUEIREDO, A. C.; COSTA, C. M. (Org.). **Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito, produção e cidadania.** Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2008.

\_\_\_\_\_. Tecendo a rede na assistência em Saúde Mental Infanto-Juvenil: interfaces entre a dimensão clínica e a dimensão política. In: GUERRA, A. M. C. e LIMA, N. L. (Org.). **A clínica de crianças com transtornos no desenvolvimento: uma contribuição no campo da Psicanálise e da Saúde Mental.** Belo Horizonte: Autêntica: FUMEC, 2003.

JERUSALINSKY, J. **A criação da criança: brincar, gozo e fala entre a mãe e o bebê.** Salvador: Álgama, 2014.

LACAN, J. (1953-1954). **O Seminário, livro 1: os escritos técnicos de Freud.** Tradução Betty Milan. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1979. L'è Seminaire de Jacques Lacan. Livre I: Les écrits techniques de Freud.

\_\_\_\_\_. (1953-1954). **O Seminário, livro 1: os escritos técnicos de Freud.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009.

\_\_\_\_\_. (1953-1954). **O Seminário, livro 1: os escritos técnicos de Freud.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1979.

\_\_\_\_\_. (1955-1956) **O Seminário, livro 3: as psicoses.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1979.

\_\_\_\_\_. 1964. **O Seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009.

\_\_\_\_\_. (1969-1970). **O Seminário, livro 17: o avesso da psicanálise.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992.

\_\_\_\_\_. (1971). **O Seminário, livro 18: de um discurso que não fosse semblante.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009.

\_\_\_\_\_. (1969). Nota sobre a criança. In: \_\_\_\_\_. **Outros Escritos.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003, p. 369-370.

\_\_\_\_\_. O ato psicanalítico (1967-1968). In: \_\_\_\_\_. **Outros escritos.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003, p. 371-379.

\_\_\_\_\_. Televisão (1973). In: \_\_\_\_\_. **Outros escritos.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003, p. 508-543.

\_\_\_\_\_. (1958). A direção do tratamento e os princípios de seu poder. In: \_\_\_\_\_. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998, p. 591-652.

\_\_\_\_\_. (1949). O estágio do espelho como formador da função do eu. In: \_\_\_\_\_. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998, p. 96-103.

\_\_\_\_\_. (1953). Função e campo da fala e da linguagem. In: \_\_\_\_\_. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998, p. 238-324.

\_\_\_\_\_. De nossos antecedentes. [1966]. In: \_\_\_\_\_. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998, p. 65-76.

\_\_\_\_\_. (1955-1956). De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose. In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988.

\_\_\_\_\_. O seminário sobre “A carta roubada. In: \_\_\_\_\_. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

\_\_\_\_\_. 1956: Resposta ao comentário de Jean Hypollite sobre a ‘Verneinung’ de Freud. In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

LAMY, M. I. **Resistência e desejo do analista**: quem trabalha na psicanálise com crianças. Revista Fort-Da 4/5, do Centro de Estudos e Pesquisa em Psicanálise com Crianças, RJ, 1998. Disponível em <[http://ebp.org.br/wp-content/uploads/2012/08/Maria\\_Ines\\_Lamy\\_Resistencia\\_e\\_desejo\\_do\\_analista1.pdf](http://ebp.org.br/wp-content/uploads/2012/08/Maria_Ines_Lamy_Resistencia_e_desejo_do_analista1.pdf)>. Acesso em 03 dez. 2015.

LAZNIK, M. C. **Rumo à fala**: três crianças autistas em psicanálise. Rio de Janeiro: Companhia de Freud: 2011.

LEITE, S. **As resistências do psicanalista (e outras) na saúde mental**: Estudos e Pesquisas em Psicologia (UERJ), Rio de Janeiro, v. 8, n. 1 (2008). Disponível em <<http://e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/10850/8490>> Acesso em 11 jan. 2016.

LIMA, C. R. **Algumas notas sobre o “acting-out”** (2013). Clínica Lacaniana. Disponível em :< <http://clinicalacanianana.blogspot.com.br/2013>> Acesso em: 10 nov. 2015.

MENA, L. Caps, um projeto entre o psíquico e o social. 1º. ENCONTRO DE CAPS i – DRS-1. **Projeto de Intervenção CAPS**. Osasco, 2008. Disponível em: <<http://reflexopsicanaliseecultura.blogspot.com>. > Acesso em 12 jan. 2016.

MENEZES, L. A. F. **Clínica da Criatividade**: considerações acerca do trabalho em um CAPS Infante Juvenil. Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP Faculdade de Ciências Médicas Departamento de Saúde Coletiva. Programa de Aprimoramento Profissional. São Paulo: SES, 2014.

NEME, L. A criança na Estrutura. In: GUERRA, A. M.C.; LIMA, N. L. (Org.). **Clínica de crianças com transtornos no desenvolvimento: uma contribuição no campo da Psicanálise e da Saúde Mental**. Belo Horizonte: Autêntica, 2003.

MARTINS, G. J. O acting-out como testemunho da interpretação selvagem do inconsciente. In: MIRANDA, E. R.; CERQUISE, G. (Org.). **A clínica do Ato**. Rio de Janeiro: Letras, 2013

NOGUEIRA, L. C. **A pesquisa em Psicanálise**. Psicol. USP vol.15 n.1-2 São Paulo, jan./jun. 2004. Disponível em: <  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-65642004000100013](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642004000100013)>  
 Acesso em 20 abr. 2013.

NOGUEIRA, R. C. A brincadeira de “Parir Gatos” ou como se faz política de saúde mental infantojuvenil. In: FERREIRA, T.; BONTEMPO, V. L. **Crianças e adolescentes: o cuidado em saúde mental, o trabalho feito por muitos**. Curitiba: PR:CRV, 2012.

OLIVEIRA, R. C. A chegada de crianças e adolescentes para tratamento na rede pública de saúde mental. In: COUTO, M. C. V.; MARTINEZ, R. G. (Org.). **Saúde Mental e Saúde Pública: Questões para a agenda da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: NUPPSAM/IPUB/UFRJ, 2007.

OLIVEIRA, C. Eugenizar a alma: a constituição da “euphrenia” no projeto de higiene mental voltado à infância da Liga Brasileira de Hygiene Mental. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v.14, n.4, p. 627-641, dez. 2011. Disponível em:  
 <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-47142011000400004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142011000400004)>.  
 Acesso em 02 fev. 2016.

PINTO, R. F. **CAPS i para crianças e adolescentes autistas e Psicóticos: a contribuição da Psicanálise na construção de um dispositivo clínico**. Rio de Janeiro: Museu da República, 2007.

QUINET, A. **Psicose e laço social: esquizofrenia, paranoia e melancolia**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2006.

RIBEIRO, E. M. A psicanálise nas instituições: clínica e política. In: ASSOCIAÇÃO PSICANALÍTICA DE PORTO ALEGRE (Org.). **Psicanálise e Intervenções Sociais**. Porto Alegre: APPOA, 2011.

RINALDI, D. O desejo do psicanalista no campo da saúde mental: problemas e impasses da inserção da psicanálise em um hospital universitário. In: RINALDI D.; JORGE M. A. C. (Org.). **Saber, Verdade e Gozo: leituras de O Seminário, livro 17 de Jacques Lacan**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2002. P. 53-69.

\_\_\_\_\_. A psicanálise no Centro de Atenção Psicossocial: clínica e política: a direção do tratamento psicanalítico no campo da saúde mental. In: ALTÉ, S.; LIMA, M. M. (Org.). **Psicanálise, Clínica e Instituição**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2005.

\_\_\_\_\_. Micropolítica do desejo: a clínica do sujeito na instituição de saúde mental. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 20, p. 315-323, 2015. Disponível em: <  
<http://www.scielo.br/pdf>>. Acesso em 23 jan. 2015.

- RINALDI, D.; ALBERTI, S. Psicanálise, Saúde Mental e Universidade. In: UERJ. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, 2009. Disponível em <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/10850/8490>> Acesso em 10 mar. 2016.
- ROSA, J. G. **Tutaméia: terceiras estórias**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.
- SARACENO, B. Reabilitação psicossocial: uma prática à espera de teoria. In: PITTA, A. (Org.) **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996, p. 150-154.
- SILVA, M. E. Saúde Mental Infanto-Juvenil: a experiência do CERSAMI. In: GUERRA, A. M.C.; LIMA, N. L. (Org.). **Clínica de crianças com transtornos no desenvolvimento: uma contribuição no campo da Psicanálise e da Saúde Mental**. Belo Horizonte: Autêntica, 2003.
- SOLER, C. **O desejo do psicanalista: onde está a diferença?** La lettre Mensuelle. n.131, jul. Paris: ACF, 1994.
- \_\_\_\_\_. (1937). **O inconsciente a céu aberto da psicose**. Tradução Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2007. *L'Inconscient a ciel ouvert de la psychose*.
- \_\_\_\_\_. **Estudios sobre las psicosis**. Buenos Aires: Ediciones Manantial, 1992, p.18-19.
- SPÍNOLA, S. B. Psicanálise de crianças: a presença dos pais. **Revista Curinga**, n°15/16, Belo Horizonte: Escola Brasileira de Psicanálise. Abr. 2001.
- TEISSIER, M. J. Alienação-Separação. In: CHEMAMA, R. **Dicionário de Psicanálise: Freud e Lacan 2**. Salvador: Álgama, 2004.
- TENÓRIO, F. **A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.
- \_\_\_\_\_. A reforma psiquiátrica brasileira: da década de 1980 aos dias atuais, história e conceitos. **História, Ciência e Saúde Manguinhos**. v. 9, p. 25-59, Rio de Janeiro: HCS-Manguinhos, jan-abr. 2002.
- \_\_\_\_\_. Questões para uma atualização da agenda da Reforma Psiquiátrica. In: COUTO, M. C. V.; MARTINEZ, R. G. (Org.). **Saúde Mental e Saúde Pública: questões para a agenda da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: NUPPSAM/IPUB/UFRJ, 2007.
- TREVISAN, E. L. Construções da clínica em um CAPS. **Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre**, n°41/42, p, 118- 127. Porto Alegre, jul.2011/jun.2012.
- TZU, S. (T999a). **A arte da Guerra**. Tradução Sueli Barros, Porto Alegre: LePM, 2006. *L'art de la guerre*.
- VALAS, P. O que é uma criança? In: MILLER, J. (Org.). **A criança no discurso analítico**. Rio de Janeiro: Zahar, 1991.

VORCARO, A. **Crianças na Psicanálise**: clínica, instituição e laço social. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1999.

\_\_\_\_\_. Transmissão e saber em Psicanálise: (im)passes da clínica. **Associação. Psicanalítica de Curitiba em Revista**, n.20, p. 31-52. Curitiba: Juruá, 2011.

\_\_\_\_\_. O efeito bumerangue da classificação psicopatológica da infância. In: JERUSALINSKY, A.; FENDRIK, S. (Org.). **O livro negro da psicopatologia contemporânea**. São Paulo: Via Lettera, 2011.