

Artigo

Psicanálise e saúde mental infanto-juvenil: uma reflexão sobre o lugar da subjetividade nos CAPSi

Daniela Marras Dias de Souza; Fuad Kyrillos Neto; Maria Gláucia Pires Calzavara

Resumo. Este artigo tem como objetivo discutir o trabalho das equipes de saúde mental nos Centros de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSi), de forma a considerar a subjetividade como fator para inclusão. Como metodologia de trabalho utilizou-se os fundamentos da psicanálise aplicada. Retomou-se as contribuições de Franco Basaglia para compreender sua influência na Reforma Psiquiátrica no Brasil e elucidar a prática atual dos CAPSi. Discute-se os impasses atuais no âmbito da subjetividade na Reforma Psiquiátrica e propõe-se localizar superfícies transversais que articulam a presença de uma abordagem psicanalítica da subjetividade na atenção psicossocial. Conclui-se sobre a importância da discussão de uma política de subjetivação de abordagem psicanalítica nos serviços públicos de saúde mental considerando que o tratamento nestes não seja polarizado entre o reducionismo biológico e a atenção psicossocial.

Palavras-chave: atenção psicossocial infanto-juvenil; subjetividades; reforma psiquiátrica.

Psicoanálisis y salud mental infantil y juvenil: una reflexión sobre el lugar de la subjetividad en los CAPSi

Resumen. Este artículo tiene como objetivo discutir el trabajo de los equipos de salud mental en los Centros de Atención Psicossocial Infantil y juvenil (CAPSi), de manera a considerar la subjetividad como factor para la inclusión. Como metodología de esta pesquisa, se utilizó los fundamentos del psicoanálisis aplicada. Se retomó las contribuciones de Franco Basaglia para comprender su influencia en la Reforma Psiquiátrica en Brasil y elucidar la práctica actual de los CAPSi. Se discute los bloqueos actuales en el ámbito de la subjetividad en la Reforma Psiquiátrica y se propone localizar superficies transversales que articulan la presencia de un abordaje psicoanalítico de la subjetividad en la atención psicossocial. Se concluye sobre la importancia de la discusión de una política de subjetivação de abordaje psicoanalítico en los servicios públicos de salud mental considerando que el tratamiento en estos no sea polarizado entre o reduccionismo biológico y la atención psicossocial.

Palabras clave: atención psicossocial infantil y juvenil; subjetividades; reforma psiquiátrica.

* Psicóloga. Mestranda do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de São João del-Rei. São João del-Rei, MG, Brasil. E-mail: danimarras@gmail.com

** Docente do Departamento de Psicologia e do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ), São João del-Rei, MG, Brasil. E-mail: fuadneto@ufsj.edu.br

*** Professora Associada do Departamento de Psicologia e membro do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de São João del-Rei (PPGPSI/UFSJ), São João del-Rei, MG, Brasil. E-mail: glaucciocalzavara@gmail.com

Psychoanalysis and child and adolescent mental health: a reflection on the place of subjectivity in CAPSi

Abstract. The aim of this article is to discuss the work of the mental health teams in the Child and Adolescent Psychosocial Care Centers (CAPSi), in order to consider subjectivity as a factor of inclusion. The methodology used was based on applied psychoanalysis. Franco Basaglia's contributions were revisited in order to understand his influence on the Psychiatric Reform in Brazil and to elucidate the current practice of CAPSi. The current impasses in the field of subjectivity in the Psychiatric Reform are discussed and it is proposed to locate transversal surfaces that articulate the presence of a psychoanalytic approach to subjectivity in psychosocial care. The conclusion is that it is important to discuss a psychoanalytic approach to subjectivation in public mental health services, so that treatment in these services is not polarized between biological reductionism and psychosocial care.

Key words: psychosocial care for child and adolescent; subjectivities; psychiatric reform.

Psychanalyse et santé mentale infanto-juvénile: une réflexion sur la place de la subjectivité au sein des CAPSi

Résumé: Cet article a pour objectif de discuter du travail des équipes de santé mentale au sein des Centres de Soins Psychosociaux Infanto-juvéniles (CAPSi), en accordant une attention particulière à la subjectivité en tant que facteur d'inclusion. Nous avons utilisé les principes de la psychanalyse appliquée comme méthodologie de travail. Nous avons également examiné les contributions de Franco Basaglia pour comprendre son influence sur la Réforme Psychiatrique Brésilienne et éclairer la pratique courante des CAPSi. Nous discutons des impasses actuelles dans le domaine de la subjectivité dans la Réforme Psychiatrique et nous proposons de localiser des surfaces transversales qui articulent la présence d'une approche psychanalytique de la subjectivité dans les soins psychosociaux. En conclusion, nous soulignons l'importance de discuter d'une politique de subjectivation avec une approche psychanalytique au sein des services de santé mentale publics, en considérant que le traitement dans ces services ne doit pas être polarisé entre le réductionnisme biologique et le soin psychosocial.

Mots-Clés: attention psychosociale infanto-juvénile; subjectivités; réforme psychiatrique.

O manuscrito discute os tratamentos oferecidos às crianças e adolescentes nos Centros de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSi), colocando como categoria central de análise a importância da existência de uma proposta clínica que considere as subjetividades dos sujeitos, fator primordial para a inclusão no laço social. Partimos das contribuições do pensamento basagliano na Reforma Psiquiátrica no Brasil, a fim de compreender o processo histórico que culminou na destituição dos manicômios e na criação de serviços abertos e comunitários de saúde mental. Em um segundo momento, discutimos a noção de clínica e enfatizamos os impasses contemporâneos existentes nesses serviços no que concerne à desconsideração da subjetividade, que corrobora a ocorrência de uma polarização entre o pragmatismo biológico e as práticas psicossociais. Ao considerarmos urgente a necessidade do resgate da clínica nesses serviços, salientamos a contribuição da práxis psicanalítica, que tem como sustentação teórica e ética a escuta do sujeito do inconsciente, como proposta de tratamento alinhada às diretrizes reformistas de cuidado humanitário e inclusivo.

Para a realização deste manuscrito utilizou-se como metodologia a pesquisa teórica com revisão bibliográfica a partir dos fundamentos da psicanálise aplicada. Conforme Garcia-Roza (1993), esse tipo de método parte de uma análise crítica da teoria psicanalítica, permitindo uma

leitura da estrutura dos conceitos utilizados e da lógica interna de coesão e coerência, a fim de verificar a sua efetividade, enquanto um estudo teórico. Do mesmo modo, Rosa (2004) nos aponta que a especificidade dos fundamentos da psicanálise aplicada corresponde a uma investigação pormenorizada de problemáticas que envolve uma prática psicanalítica, a qual aborda o sujeito articulado aos fenômenos sociais e políticos. Esse tipo de pesquisa busca contribuir para a elucidação dos processos de alienação do sujeito, apontando as possibilidades de laços sociais que viabilizem sua inclusão como sujeito desejante. É crucial enfatizarmos que os pressupostos éticos e conceituais, no que concernem à teoria psicanalítica, continuam sendo a base dos fundamentos epistemológicos deste tipo de pesquisa.

Isso porque o conceito de repetição em psicanálise é pensado como uma estrutura de linguagem e, por isso, distinta da noção de reprodução, tendo em vista que a repetição coloca em cena a possibilidade de uma reescrita que sempre se abre à emergência do novo. Além disso, diferentemente do discurso moderno científico do qual o pesquisador se encontra afastado, numa suposta neutralidade em relação ao seu objeto de pesquisa, na investigação psicanalítica o desejo do pesquisador é o motor para a interrogação de uma problemática. Diante disso, o sujeito-pesquisador se implica em sua própria pesquisa. Assim, é a partir desta construção singular que se constituem a originalidade e a contribuição da pesquisa psicanalítica.

Basaglia na reforma psiquiátrica brasileira e os Centros de Atenção Psicossocial

O movimento antimanicomial ocorrido no Brasil teve grande influência para as posteriores mudanças e implementações de políticas públicas de saúde mental no País. Essa mobilização, que culminou no processo da Reforma Psiquiátrica, tomou como inspiração a experiência do psiquiatra Franco Basaglia, na Itália, a partir dos princípios e reformulações propostas pela Psiquiatria Democrática Italiana.

Com Basaglia (1979), compreendemos a experiência institucional e sua influência para as mudanças que se iniciaram no Brasil. Nesse período, os debates em torno da loucura começaram a ocorrer com a criação de propostas que visassem ao fim das instituições manicomiais incluindo formas alternativas de tratamento.

Ao mencionar sobre seu trabalho no manicômio de Gorizia, Basaglia (1979) ressalta que quem se encontrava dentro do manicômio eram sujeitos oprimidos pelo sistema normativo de submissão e produtividade, pautado no modo econômico capitalista. Essa pessoa, excluída e marginalizada pela ordem social vigente, representou, naquele contexto, a lógica em que a sociedade se organizava por meio da gestão do poder.

O autor aborda, então, como as instituições psiquiátricas da época reforçavam a violência e o controle disciplinar para com seus pacientes, os ditos doentes mentais. Para ele, no que se refere ao doente mental, o que se criou após o surgimento da psiquiatria foram apenas denominações e rótulos. Isso porque, desde o seu surgimento, o que se percebe é uma relação de superioridade do médico sobre o paciente, produzindo como efeito uma situação de dependência. Essa disparidade de poder atribui ao médico um lugar de privilégio em relação àquele que sofre. A psiquiatria, enquanto um campo representativo do poder médico, fora, portanto, utilizada pelo Estado como um instrumento para catalogar e classificar a classe trabalhadora, que não possuía o acesso aos meios de produção. Os tratamentos visariam,

portanto, a tamponar as contradições ali existentes, reduzindo o conflito entre o excluído e o excludente e a manifestação da loucura seria, então, assim como as demais patologias, expressões das contradições do corpo, de um corpo orgânico e social.

Basaglia (1979, 1985) aponta como alternativa para a mudança de posição daqueles que chegam ao manicômio, que estes possam tomar consciência de sua própria repressão. A pessoa que toma consciência da causa de seu internamento terá possibilidade de uma nova integração social. A partir disso, Basaglia impulsiona a mobilização em prol da destruição dos manicômios existentes no país após a constatação da existência de violência e maus-tratos a esses sujeitos. Como alternativa à assistência aos doentes mentais, foram criados centros de saúde mental abertos, voltados aos interesses de saúde da comunidade e de base territorial.

A partir da experiência italiana, surgiu no Brasil o movimento conhecido como Reforma Psiquiátrica, ocorrido na década de 1970 por meio da mobilização de profissionais, familiares e pacientes contrários à existência dos manicômios e dos tratamentos desumanos, como uso de eletrochoques, violência física e psicológica, assim como do controle e tutela dos pacientes. Impulsionados pelo Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), adotou-se como discurso a defesa dos direitos humanos nas práticas em saúde mental, alcançando grande repercussão nacional (Amarante, 1996).

Dessa maneira, o projeto, visado pelo movimento antimanicomial e pela Reforma Psiquiátrica no Brasil, promoveu a abertura de um novo espaço, que permitisse a reflexão sobre a loucura na sociedade, a partir da negação da loucura como uma condição patológica individualizada. Nesse aspecto, os tratamentos clínicos passariam a ser, então, substituídos pela construção ou restituição de vínculos familiares e comunitários. Os serviços substitutivos aos manicômios deveriam, pois, ser locais de encontro que pudessem estimular os usuários a se inserirem no laço social como cidadãos reais com plenos direitos (Rotelli et al., 1990).

Com esse intuito, e a partir de pressões sociais realizadas por familiares, profissionais de saúde mental e movimentos sociais, foi aprovado, no Congresso Nacional, o Projeto de Lei nº 3.657 (Brasil, 1989), conhecido como “lei antimanicomial”, ou, popularmente, como Lei Paulo Delgado. Essa legislação dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e a proteção quanto à garantia de direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, redirecionando o modelo assistencial em saúde mental). A redação final do Projeto de lei foi aprovada no Senadoem 1999 e regulamentada como Lei Federal nº 10.216 (Brasil, 2001).

Considerando a promulgação da Lei nº 10.216 (2001), foi emitida, em 2002, a Portaria nº 336, que estabelecia a construção de serviços substitutivos de saúde mental, conhecidos como Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), de caráter aberto e territorial no País. Estes serviços correspondem a um dos dispositivos do setor secundário de assistência em saúde, que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Têm como objetivo o acolhimento do usuário em sofrimento psíquico, auxiliando-o no vínculo com a família e com a sociedade, assim como o oferecimento de tratamento ambulatorial, com atendimentos individuais e grupais para fins terapêuticos e medicamentoso, e de atividades de ressocialização a partir de um trabalho multidisciplinar. Esses serviços são, portanto, o resultado de um processo político, que busca incluir os sujeitos em sofrimento sem retirá-los de seu meio social.

A implementação da Portaria mencionada estabelece a existência de três modalidades de serviços, sendo eles CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte e de

complexidade além da abrangência populacional (Brasil, 2002). No CAPS II, encontra-se a especificidade do atendimento destinado a crianças e adolescentes de zero a 18 anos, denominado de CAPSi: Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil.

Essas modalidades cumprem a mesma função no atendimento público em saúde mental, distinguindo-se pelas características e particularidades territoriais e, também, quanto ao público. Por esse motivo, os profissionais de saúde desses serviços devem estar devidamente capacitados para acolher e realizar, prioritariamente, o atendimento de pacientes com transtornos mentais em sua área territorial, seja em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo (Brasil, 2002).

De acordo com Lancetti (1991), esses serviços possuem cinco características no que diz respeito a uma “prática terapêutica” existente. A primeira delas visa a garantir o direito ao asilo, isto é, o acesso da população em sofrimento psíquico a um serviço gratuito e de qualidade sem que haja exclusão desses sujeitos do meio social. A segunda consiste em garantir a inserção do serviço no território populacional, compreendendo a complexidade do território. Outra característica consta na importância da agilidade dos profissionais que trabalham no serviço em dar respostas e tomar decisões em situações de crise que podem ocorrer. A quarta característica diz respeito ao processo de valorização, isto é, a participação das instituições no processo de articulação em rede (saúde e assistência social). E, por último, a inversão no investimento, ou seja, o foco do trabalho incidir na reinserção social do usuário sem que haja uma preocupação da inclusão deste em quadros psicopatológicos ou estruturas clínicas específicas. Esses aspectos abordados são prerrogativas e diretrizes para a atuação no campo das políticas públicas de saúde mental, as quais preconizam o Movimento da Reforma Psiquiátrica.

A problemática contemporânea acerca da dimensão subjetiva nos CAPS

Não podemos nos furtar de mencionar a importância do movimento da Reforma Psiquiátrica no âmbito das melhorias e ampliações das discussões e tratamentos ofertados, assim como da construção de serviços substitutivos de saúde mental. No entanto, como bem pontuam os autores Dunker & Kyriillos Neto (2015), percebemos que as diretrizes da luta antimanicomial e, em especial, a antinomia “inclusão x exclusão” desconsideram, muitas vezes, a noção de clínica nesses serviços. Isso se deu por meio do questionamento da clínica no tratamento da loucura, realizado pelos diversos agentes envolvidos no movimento da Reforma Psiquiátrica, apontando que uma prática de tratamento àquele que sofre psiquicamente só seria transformadora se o movimento reformista visasse à superação das dimensões clínicas e psicológicas no tratamento aos usuários.

No âmbito político da reforma, o sujeito dito louco, ao ser deslocado para o lugar de “usuário” dos serviços, tem sua demanda de cura revertida para a demanda de inclusão. Desse modo, seu sofrimento é traduzido e determinado pela exclusão social ao qual vive, isto é, concernente à sua posição de classe, sem relação com uma nosologia específica. Diferentemente dessa perspectiva, no caso da clínica, seja ela psiquiátrica, psicanalítica ou psicológica, pressupõe uma outra articulação da demanda, relacionada ao campo da subjetividade. Nesta operação, a clínica acaba por tornar-se excluída da política. Nesta acepção, designamos como abordagem clínica a possibilidade do sujeito “escutar a própria loucura, de

aproximar-se dela, de poder contar sua própria história sem negá-la” (Dunker & Kyrillos Neto, 2022, p. 103). Isso nos auxilia, como profissionais de saúde mental, a reconhecer e enfrentar o estigma sobre a loucura e liberar sua potência crítica e transformadora perante a sociedade.

Assim, o que ocorre, na atualidade, é que as políticas substitutivas em saúde mental, ao questionarem, de forma legítima, as formas de tratamento realizadas por meio da clínica, acabaram, de maneira indireta, e talvez de forma desproposita, se transformando em políticas contrárias a ela (Dunker & Kyrillos Neto, 2015). Desse modo, privilegiou-se, como forma de tratamento, a inclusão social a partir de uma política compensatória de concessão de benefícios, da participação em movimentos sociais e da inserção social dos sujeitos através da realização do trabalho. O que percebemos, então, é um discurso direcionado à negação de toda dimensão subjetiva nesses serviços, fator que pode incorrer no risco de privilegiar a adaptação do doente ao meio social, apagando a dimensão subjetiva deste.

Aqui, não se trata de uma negação dos significativos avanços da Reforma Psiquiátrica na pauta dos direitos humanos, mas de colocar em questão a herança basagliana no Brasil concernente aos modos de tratamento. Colocarmos a subjetividade em questão é importante, pois, sem a existência de um tratamento que passe por ela, não haverá a possibilidade de uma inclusão efetiva. Em consonância com Moraes (2020), a problematização que fazemos se dá pela polarização existente nesse campo, em que, na maioria das vezes, preconiza a dimensão social, de concessão de direitos, deixando de lado o aspecto subjetivo daquele que chega ao serviço, carecendo de uma atenção que considera a dimensão do sujeito.

Como afirmam Furtado e Campos (2005), a clínica, por um lado, diz respeito ao caso tomado em sua singularidade, enquanto a saúde mental trata das ações políticas que se referem à singularidade de um grupo específico. Deste modo, clínica e saúde mental “complementam-se ao nos permitir distinguir e operar simultaneamente sobre a exclusão que resulta de processos subjetivos e também sobre procedimentos excludentes que passam pelo contexto do paciente” (p.116).

A cisão entre campo político e prática clínica precisa ser reinventada, como nos alerta Palombini (2006), isto porque, para ela, não existe clínica que não seja também política, com seus próprios exercícios de poderes. A questão formulada por ela é saber “qual política, qual exercício de poder, opera nossa clínica?” (p. 120). Aliada a este questionamento da autora, propusemos um segundo: qual tipo de clínica é possível aos serviços de saúde mental que leve em conta um tratamento pautado na subjetividade e que esteja alinhada às diretrizes de humanização propostas pela Reforma?

Como proposta neste artigo, consideramos que a clínica psicanalítica propõe uma leitura crítica e ética dos sintomas dos sujeitos por meio de uma crítica social. Esse tipo de clínica, ancorada na teoria e práxis psicanalíticas, não se opõe às diretrizes da Reforma Psiquiátrica, mas propõe um trabalho ético de resgate da escuta atenta à singularidade do sujeito sem que este seja passivamente submetido ao que prima o discurso da mestria e da lógica reformista da noção de inclusão como inserção social ou a partir da concessão de benefícios. Para isso, devemos levar em conta a dimensão do sujeito enquanto sujeito de direitos e, também, a dimensão do sujeito do inconsciente como propõe a psicanálise.

A proposta da existência de uma clínica que preze pela subjetividade, como a psicanalítica, não resolverá todos os dilemas do mal-estar na saúde mental, mas, sem ela, a política de saúde

mental poderá se dar por meio apenas de uma militância dos sujeitos ou de uma educação generalizada, recusando a experiência subjetiva de cada um e a construção de uma demanda autêntica de reconhecimento social. Além disso, são poucas as experiências propriamente clínicas que se deram no Brasil, pois o que se encontram são projetos administrativos “sem que a mais elementar escuta da loucura, ou qualquer outra forma de clínica da palavra, tenha algum lugar” (Dunker & Kyrillos Neto, 2015, p. 16).

A Reforma privilegiou uma política de gestão do mal-estar investindo em um tipo de tratamento terapêutico, que, por vezes, privilegia a distribuição de medicamentos e é baseado em intervenções de socialização. O que podemos observar em diversos CAPS é a presença recorrente de uso do diagnóstico limitado aos instrumentos de classificação epidemiológica como o Manual de Diagnóstico Estatístico (DSM) produzido pela Associação Psiquiátrica Americana (APA) e a Classificação Internacional de Doenças (CID) produzida pela Organização Mundial da Saúde (OMS). As propostas desses manuais, que prezam pela universalidade, não colocam o sintoma como centralidade a partir da experiência subjetiva e da narrativa própria daquele que vive um sofrimento, porque se pautam no essencialismo naturalista-biológico e na descrição objetiva de sinais e sintomas observáveis.

Nesta mesma linha de pensamento, Tenório (2007) salienta que hoje se critica e, com razão, o reducionismo do sofrimento à esfera biológica, propondo uma maior atenção para as influências e determinantes da existência - atenção psicossocial - e da dimensão subjetiva - como pressupõe a psicanálise. Antes da Reforma, os tratamentos clínicos, como os realizados pelo saber psiquiátrico, excluía o sujeito em manicômios, retirando-lhe do convívio social. Os avanços obtidos pela Reforma na questão dos direitos humanos nos permitem refletir sobre a dimensão psicológica/subjetiva do sofrimento desses sujeitos, criando um espaço de inclusão no qual essa condição singular pode aparecer e ser registrada em sua lógica própria. Deste modo, nos alinhamos a Bezerra (2007) quando ele salienta que o embate da Reforma, que, inicialmente, se centrava na busca de reconhecimento e espaço no sistema político- assistencial tende, atualmente, a levar em conta as questões acerca dos tratamentos e suas perspectivas epistemológicas, teóricas e éticas.

O que nos fica claro é que, a despeito da grande influência do pensamento de Basaglia pelo fim dos manicômios e, do mesmo modo, da reivindicação de muitos brasileiros em favor de uma clínica mais humanizada do sofrimento mental, ainda não há, efetivamente, no interior das instituições, uma clínica que se ampare na escuta do sujeito.

Desse modo, Moreira e Kyrillos Neto (2017) apontam que a clínica e a saúde mental não podem ser indissociáveis na prática dos profissionais que trabalham nesses serviços. Por isso, tornam-se imprescindíveis, para o tratamento, profissionais “imbuídos de um arcabouço teórico profundamente distinto do modelo anterior (manicomial)” (Moreira e Kyrillos Neto, 2017, p. 83). Nessa perspectiva, a existência de um dispositivo clínico possibilita reconhecer a especificidade da loucura e, assim, ser uma grande aliada no acolhimento e na inclusão dos sujeitos, como pressupõe a Reforma, posto que dá lugar à escuta das distintas subjetividades e formas de ser e estar no mundo.

Por esse motivo, é relevante, atualmente, discutirmos a noção de clínica dentro das diretrizes da Reforma, a fim de potencializar o tratamento dos sujeitos que chegam aos serviços. Isso se torna importante, pois uma mudança legislativa, como foi a Lei nº 10.216 (Brasil, 2001), não

acabaria, de maneira imediata, com a segregação da loucura se também não se dispuser a discutir as formas eficazes e éticas de tratá-la. Para que uma inclusão de fato possa ser possível, são primordiais tratamentos que possibilitem ao sujeito o acolhimento de sua experiência de vida.

Além disso, como pontua Figueiredo (2005) ao falar sobre o trabalho em equipe nos CAPS, o automatismo na prescrição de condutas protocolares, como o encaminhamento a um psiquiatra ou a construção do desenho do Projeto Terapêutico Singular (PTS), pode servir de um anteparo ao real da clínica. Entretanto, afirma que essas prescrições não são suficientes para o enfrentamento das situações cotidianas que aparecem nos serviços e nem como instrumento terapêutico contínuo de cada caso.

Dessa maneira, é crucial atentarmos para o cuidado quanto ao uso dessas ferramentas para que essas prescrições não se tornem uma necessidade a ser cumprida pelo usuário como forma de inclusão social. Além disso, a definição *a priori* do que é ou não considerado inclusivo é, em sua maioria, dependente de uma visão do trabalhador em saúde mental mais que a do próprio usuário que ali chega, fator que parece fazer persistir uma posição do que Lacan (1969-1970/1992) denominou de discurso do mestre. Paradoxalmente, esse discurso que institui o sujeito, nos serviços orientados pela reforma podem funcionar como instrumentos de opressão, quando a dimensão do cidadão como usuário é valorizada em detrimento da dimensão subjetiva.

O apontamento que aqui colocamos diz respeito a um deslize no qual o discurso da inclusão pode incorrer, isto é, em um imperativo a ser alcançado pelo usuário. Esse imperativo recusa a exclusão sem, contudo, modificar o discurso da mestria, afirmando “na enunciação aquilo que se quer negar no enunciado” (Dunker & Kyrillos Neto, 2015, p. 126). Desse modo, para que seja possível incluir os sujeitos no meio social, como propõe a Reforma Psiquiátrica, a conquista legislativa

deve ser acompanhada de uma mudança discursiva em seu interior.

Assim, dentre as várias questões acerca dos desdobramentos e efeitos da Reforma Psiquiátrica no Brasil, Santos, Fonseca e Kyrillos Neto (2020) discutem não apenas os avanços da Reforma, mas também as possibilidades de retrocessos tomados, por vezes, como superados. Dentre essas questões, há o interesse específico em se pensar a noção de clínica e de tratamento no interior do movimento da Reforma Psiquiátrica, uma vez que é fundamental a existência de um lugar destinado às subjetividades de cada um que chega ao serviço. Dessa forma, enfatizam, ainda, a importância de um retorno ao cerne da crítica inicial de Basaglia, isto é, ao questionamento não apenas da estrutura do manicômio, mas em relação ao modo discursivo que localiza o louco na posição de objeto.

Nessa mesma lógica, Viganò (2006), ao propor uma confluência entre a experiência vivenciada por Basaglia e os ensinamentos de Jacques Lacan, diz que o diálogo entre ambos os autores poderá potencializar as duas teorias. O autor argumenta que o fechamento dos manicômios consistiu em uma mudança significativa no campo legislativo e que, em um momento posterior, o discurso do analista poderia motivar essa passagem no que diz respeito ao giro do discurso. Isso se daria, pois a mudança proposta por Basaglia em relação ao fechamento dos manicômios poderia resultar apenas em uma troca de enunciado sem, contudo, mudar a lógica embutida na enunciação, ou seja, em seu interior. Ao enfatizar esse aspecto, o autor esclarece que há um ponto de fragilidade no ensinamento de Basaglia, fratura que pode

“ser suturada com os instrumentos da psicanálise de Lacan” (p. 22). Essa lacuna do pensamento basagliano em questão diz de “uma operação de torção interna da linguagem que é o ato de falar da loucura sem ‘acercar’ o louco, fator que leva Basaglia a confiar só na prática” (p. 23).

Dessa forma, o pensamento de Viganò (2006) reflete sobre a importância da incorporação do discurso do analista nesses serviços, uma vez que este vai na contramão ao discurso do mestre, predominante nos serviços de saúde mental, possibilitando a abertura de um espaço destinado ao acolhimento das manifestações subjetivas. Para a psicanálise, o sujeito se inscreve no discurso e é por essa via que ele se apresenta com suas questões e sofrimentos. É nesse sujeito que a clínica faz a aposta de um tratamento em que há a possibilidade de ouvi-lo e, desse modo, incluí-lo. A presença de uma clínica do sujeito possibilita aos serviços de saúde mental um tratamento que se distancia de uma educação generalizada das habilidades sociais, supostamente requeridas para que os pacientes circulem em seu meio social.

O discurso analítico, em detrimento dos outros discursos, possui uma especificidade no que tange à subversão por suscitar desejos singulares, que não entram no circuito da coletividade ou da economia e da mais-valia (Soler, 2011). Esse discurso tem a particularidade de dar ao sujeito “uma pequena singularidade que lhe é sua” (p. 64). Assim, suscitar um outro desejo corresponde a uma forma não de barrar o discurso hegemônico, que tende a fechar em si mesmo, mas de subtrair alguma coisa desse discurso, seja ele o discurso do capitalista ou os três outros, que diz respeito unicamente a cada sujeito.

Excluir a clínica da discussão acerca da Reforma pode incidir no risco de existir apenas uma mudança legislativa, isto é, a destituição dos manicômios e a criação de serviços substitutivos como os CAPS, sem, em contrapartida, alterar a lógica do discurso nesses locais a partir do que fora exposto por Viganò (2006) e Soler (2011).

Considerar o sujeito do direito, como pressupõe as políticas de saúde mental, e o sujeito do inconsciente, pela psicanálise, é, como nos diz Furtado e Campos (2005), o grande desafio. E, para conciliar estes dois campos, é necessário uma invenção para além da reabilitação psicossocial ortopédica ou de uma clínica alienada, prescritiva e pouco cidadã.

Com essas discussões em vista, pretendemos compreender as especificidades destes aspectos no campo da saúde mental da infância e adolescência.

Os impasses atuais da reforma no âmbito dos CAPSi

Ao analisar o tratamento de crianças e adolescentes, Guerra (2005) recorda que os serviços vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS) destinados a esse público foram relegados a segundo plano nas diretrizes da Reforma Psiquiátrica, sendo necessário atentar para a necessidade de se dar um foco maior a essa realidade no momento atual. Até a Portaria nº 336 (Brasil, 2002), as políticas públicas avançaram nas propostas de reforma no campo psiquiátrico para adultos sem, entretanto, tomarem a criança e o adolescente como sujeitos passíveis de sofrimento.

Antes da implementação legal, o sofrimento da criança e do adolescente era testemunhado pela sociedade como um desvio aos ideais médicos, pedagógicos e sociais (Góes, 2016). A sociedade, ancorada nesses ideais, portava um saber sobre o sofrimento desses sujeitos a partir

da busca por uma solução universal de ortopedia e reparo. Tornava-se recorrente, então, a demanda por correção a estes que, ao “furarem” com esse ideal de “perfeição”, precisavam ser urgentemente “consertados” por saberes que acreditavam tudo responder por ela. Contudo, a dimensão subjetiva era desconsiderada e, com isso, a importância de uma escuta e de um tratamento que levasse em conta a singularidade.

O tratamento a crianças e adolescentes em sofrimento não considerava sua posição singular e, por isso, tornou-se necessário um novo modo de abordar os impasses de cada sujeito. Assim, em detrimento de uma correção normativa, a proposta da psicanálise se atenta para a noção de sujeito do inconsciente e, por isso, prima pela importância de uma escuta particularizada, que possa fazer valer a palavra desses sujeitos para além de uma proposta ortopédica (Guerra, 2005). Desse modo, ao pensarmos em propostas no âmbito das políticas públicas para

assistência a crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, refletimos sobre o quanto imprescindível é o reconhecimento da subjetividade desses sujeitos bem como da existência de possíveis impasses no processo de subjetivação.

Como ressalta Santos et al. (2020), a utilização de determinada lógica diagnóstica no tratamento a sujeitos em sofrimento psíquico tem consequências que não se restringem apenas ao campo clínico, mas que também envolvem o social e o político. Por esse motivo, é imprescindível a reflexão crítica acerca dos processos ideológicos, que se encontram relacionados ao diagnóstico e à condução de tratamento em saúde mental.

Reconhecendo esses determinantes, consideramos como contribuição importante dos pressupostos psicanalíticos o potencial crítico que seus fundamentos possuem no que diz respeito a crítica à ideologia, uma vez que, em contraposição à cristalização do sujeito em uma nomenclatura externa, a psicanálise propõe uma desalienação aos significantes com os quais o sujeito permaneceu fixado ao longo de sua história. A proposta de uma clínica psicanalítica tem como efeito a realização de uma crítica ao processo ideológico envolvido nas classificações diagnósticas psiquiátricas. Nesse aspecto, corrobora para a construção de uma tessitura de cuidado mais humanitária, como propõe o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, e alinhada às próprias críticas de Basaglia à função de certos tipos de diagnóstico como uma forma de opressão ao sujeito.

A construção do caso clínico tem um esforço diagnóstico, que deve trazer à tona do tratamento o sujeito e suas produções singulares (Figueiredo, 2004). Permite, também, mitigar os efeitos ideológicos das classificações psicopatológicas, já que, ao introduzir a noção de sujeito do inconsciente na lógica diagnóstica, o convoca para sua implicação e responsabilização no tratamento.

Para Viganò (2010), a construção do caso clínico é uma ferramenta que possibilita uma construção democrática, na qual cada sujeito é protagonista do caso. Segundo ele, a construção do caso consiste em um movimento dialético, diferentemente do uso de protocolos fixos realizados pelos profissionais de saúde.

É fundamental atentarmos para a peculiaridade do cuidado no atendimento de crianças e adolescentes nesses serviços, para que não se estabeleça, como forma primordial de tratamento, “uma expectativa de reinserção ou de reabilitação psicossocial que funcione como um ideal socializante, senão cairíamos na mesma ortopedia e mestria que são criticadas pela reforma psiquiátrica e contrárias à prática psicanalítica” (Guerra, 2005, p. 144). Pensar o retorno da

noção de clínica para o tratamento desse público e o uso da construção do caso clínico como ferramenta de inclusão dos sujeitos em seu próprio caso se faz relevante. Nesse âmbito, é sob o olhar da clínica ancorada na psicanálise que iremos nos ater para, em detrimento de um universal do cidadão, nos mirarmos no sujeito, a fim de que o tratamento das crianças e dos adolescentes seja concebido na instituição.

Uma escuta da subjetividade orientada pela psicanálise para crianças e adolescentes nos CAPSi?

A fim de pensarmos em uma clínica que leve em conta a noção de sujeito, é necessário compreendermos o tratamento psicanalítico em suas particularidades com crianças e adolescentes. Para a psicanálise, o sintoma diz respeito à ordem psíquica, correlativa a uma formação inconsciente, que “possui um sentido e guarda relação com as vivências do enfermo” (Freud, 1916-1917/2014, p. 343). Os sintomas são deslocamentos representacionais do desejo inconsciente recalçado, sendo, portanto, um enigma a ser decifrado pelo sujeito, sob transferência, durante o tratamento analítico. Nesse aspecto, aquilo do qual o sujeito se queixa e padece diz respeito ao seu modo inconsciente e particular de satisfação pulsional (Freud, 1926-1929/2014).

Calzavara, Câmara e Santos (2016) relatam que o sintoma da criança não corresponde à questão puramente individual, pois se constitui no interior do laço social. Nesse cenário, o sintoma da criança tem como função a expressão psíquica da maneira particular como o sujeito lida com as determinações sociais, tendo em vista a articulação destas com a dimensão pulsional. Assim, o sintoma corresponde a uma solução encontrada pelo sujeito para lidar com os conflitos psíquicos existentes.

Para a psicanálise, o que interessa é o sujeito do inconsciente e a posição subjetiva deste em relação ao Outro. Como postula Cirino (2001), a ruptura da significação da infância foi modificada ao se deslocar do registro genérico e maturacional para o da lógica do inconsciente. Nesse contexto, há uma distinção entre a noção de infância e a de infantil. Essa última diz respeito a uma posição subjetiva, uma vez que o que interessa a esse tratamento é a realidade psíquica dos sujeitos.

É essencial suscitarmos as contribuições de Jacques Lacan (1969/2003) acerca do sintoma da criança. Em “Duas notas sobre a criança”, Lacan diz que o sintoma da criança se encontra imbricado à relação familiar e tem como função denunciar uma verdade que tem raízes na dinâmica da família. A primeira explicação acerca do sintoma da criança se encontra na relação parental, ou seja, relacionada à verdade do casal. Nesse caso, o sintoma que a criança traz em seu corpo pode corresponder àquilo que une esse casal, mas que não é dito, porque traria uma verdade, muitas vezes, insuportável aos sujeitos, desfazendo o laço construído inicialmente. Trata-se de um caso mais complexo, mas, também, é o que se encontra mais aberto a intervenções analíticas.

Outra possibilidade acerca do sintoma da criança pode estar relacionada à fantasia materna. Nesse caso, a criança se identifica à posição subjetiva de ser o objeto do desejo do Outro, buscando satisfazer algo do inconsciente desse sujeito. Trata-se da relação da criança com a subjetividade da mãe. Então, a criança se vê capturada na fantasmática materna, pois não houve,

ainda, a mediação da função paterna no que diz respeito ao distanciamento entre o desejo desse Outro primordial e o ideal do eu.

Dessa forma, Lacan (1969/2003) assevera que o sintoma do filho pode revelar a verdade da estrutura familiar que se encontrava, até o momento presente, no campo do não dito. A criança, por meio de seu sintoma, pode vir a representar aquilo que estava sendo ocultado na própria família, tornando-se, então, o porta-voz de questões inconscientes, que remetem à história do casal ou relativas à subjetividade materna.

Contribuindo para esse pensamento, Mannoni (1999) pontua que “a psicanálise de crianças é a psicanálise” (p. 9). Isso porque a criança é um analisante com plenos direitos. Esse aforismo, preconizado por Robert e Rosine Lefort (1991), especifica a clínica psicanalítica com crianças ao afirmar que não há criança ou adulto na clínica. Há um sujeito. A criança passa a ter um lugar no discurso analítico, distanciando-se do lugar de objeto do Outro, de assistência e de todos os outros lugares dos quais a criança foi portadora ao longo da história (AMP, 1996).

É preciso enfatizarmos que o atendimento às crianças e adolescentes, tal como aos adultos, se faz por meio da linguagem. Isso porque esses sujeitos falam. Eles têm o que dizer sobre si próprios (Lefort & Lefort, 1991). O que fica evidente é que o estatuto da psicanálise bem como seus princípios norteadores não se alteram no atendimento a crianças e adolescentes, uma vez que esses sujeitos participam como sujeitos em plenos direitos (Calzavara, 2012).

Salientamos que a demanda de tratamento do filho ocorre através de queixas vindas dos pais ou responsáveis, numa busca, em muitos casos, de eliminação dos sintomas do filho. A análise de crianças e adolescentes pode envolver questões que são, também, dos pais, fazendo com que haja responsabilização e engajamento destes no sintoma do filho. Por isso, mesmo que o sintoma do filho possa representar a história familiar, é necessário que este, também, se implique e se responsabilize por sua posição subjetiva frente a essa história geracional, possibilitando, assim, que ocorra o trabalho de análise (Lacan, 1969/2003).

Para Mannoni (1999), é por meio da palavra que o sujeito poderá se livrar da prisão dual imaginária ao Outro primordial e, dessa forma, articular uma pergunta que lhe é própria, interrogando acerca de seu desejo. Todavia, se a criança possui a impressão de que o acesso à palavra verdadeira lhe é barrado, pode, em muitos casos, procurar na doença a sua forma de expressão. Dessa maneira, desde o início do tratamento analítico, é importante que tanto os pais ou responsáveis quanto a criança sejam situados no que diz respeito à problemática do desejo e na relação de cada um para com o Outro.

A práxis psicanalítica de crianças e adolescentes tem como particularidades fundamentais o lugar dos pais nessa clínica e a escuta da posição desses sujeitos na enunciação destes. Nessa clínica, trata-se da chegada de crianças e adolescentes aos serviços, ou seja, essa parcela da população não chega sozinha e de forma espontânea aos CAPSi, pois são tanto acompanhadas quanto faladas por um outro, seja este os pais, outros responsáveis, cuidadores ou representantes de uma instituição escolar, de acolhimento ou médica.

Assim sendo, se há um lugar particularizado no tratamento com crianças e adolescentes, consiste na escuta das implicações do discurso desse Outro naquilo que afeta esses sujeitos (Faria, 1994). O fato de a criança ou o adolescente apresentar sintomas e sofrer com eles não é suficiente para que seja levado(a) a buscar um tratamento, sendo necessário que esse sintoma ressoe nesse outro responsável por ele(a), representando para este(a) como uma questão que

o(a) angustia e o(a) faz interrogar. Por esse motivo, para a psicanálise, o sintoma da criança ou do adolescente aparece no discurso do adulto como um fator importante a ser analisado pelo profissional que irá atendê-lo(a), e não meramente como um dado ou informação destinada à construção de uma anamnese, apartado(a) de uma implicação na própria história da criança ou do adolescente.

Dessa forma, os pais ou cuidadores devem ser escutados como sujeitos de seu próprio discurso. Isso porque, no trabalho analítico com crianças e adolescentes, a demanda de análise pode aparecer não apenas no sujeito do qual se destina a queixa, mas em outros membros da família ou daqueles que convivem com este, como mencionado anteriormente. Oferecer a escuta aos pais ou responsáveis tem como função, portanto, capturar os significantes que escapam durante a construção de uma narrativa acerca da criança ou do adolescente e, assim, poder localizar o lugar destes na estrutura familiar ou social.

Além disso, a escuta parental ou dos responsáveis nas primeiras entrevistas visa, ainda, a separar aquilo que concerne à demanda desse Outro (pais, cuidadores, responsáveis e/ou instituições) e à demanda analítica que a própria criança ou adolescente formulará sobre aquilo que dizem sobre ele(a). Nesse aspecto, é importante, sim, a escuta desses responsáveis. Porém, ao atender a criança ou o adolescente, deve-se colocar o pedido do adulto em suspenso para se abrir ao que estes têm a dizer sobre si próprios. Isso porque, no tratamento com crianças e adolescentes, é necessário situar a demanda de análise.

Como bem pontua Ferreira (2017), a escuta atenta dos pais ou cuidadores no tratamento tem como funções a implicação destes no sintoma e no tratamento da criança, a análise do lugar que esta ocupa na estrutura familiar e a forma como se apresentou enquanto desejo (ou não) de seus cuidadores, isto é, a transmissão de uma subjetividade. De acordo com Petri (2008), incluir os pais no tratamento não equivale a dizer que a criança não possa vir a formular uma demanda de análise. Mas, para que isso ocorra, torna-se fundamental uma manobra do profissional junto aos pais. Por isso, é primordial a escuta dos adultos, para que a enunciação deles tenha um lugar, possibilitando que, posteriormente, a criança ou o adolescente possa, a seu modo, apropriar-se de seu sintoma transformando-o em uma demanda analítica.

Assim sendo, a proposta da psicanálise como uma possibilidade clínica de tratamento aplicada às instituições e, nesse caso em específico, aos serviços substitutivos de saúde mental como os CAPSi têm como função fazer produzir um encontro singular do sujeito com o profissional da equipe com o intuito de que ali possa haver uma escuta particular, que possibilite a criação de novos saberes, os quais possam dizer sobre seu sofrimento (Santiago & Assis, 2018). Em consonância com os princípios reformistas, esse encontro não desconsidera que o usuário dos serviços públicos de saúde mental, em sua grande maioria, são cidadãos aviltados em seus direitos fundamentais. Portanto, este encontro deve considerar o sujeito de direito, como pressupõe as políticas de saúde mental sem perder a dimensão do sujeito do inconsciente.

Considerações finais

A partir do que foi exposto, asseveramos que a noção de clínica dentro dos Centros de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSi) traz significativas contribuições para o acolhimento e tratamento desses usuários. Ressaltamos, ainda, que a proposta clínica da

psicanálise não se mostra incompatível com o projeto político ideológico reformista, visto que a inclusão do sujeito do inconsciente, inerente à práxis psicanalítica, cria condições para que o sujeito questione acerca dos significantes previamente ofertados a ele. Em concordância com os apontamentos de Tenório, Costa-Moura e Lo Bianco (2017), a proposta apresentada na construção deste artigo é movida pela aposta de que, apesar de a Reforma Psiquiátrica ter como premissa um direcionamento à dimensão política da cidadania e da inclusão social dos ditos loucos, o tratamento nos serviços públicos da saúde mental não pode ser polarizado entre o reducionismo biológico e a atenção psicossocial. Nesse sentido, ressaltamos a relevância de uma tradição clínica que valorize a escuta do sujeito como orienta a perspectiva psicanalítica.

Nesse cenário, podemos afirmar que a noção de sujeito proposta pela psicanálise possui contribuições significativas no campo da Reforma e no tratamento de crianças e adolescentes no serviço público, uma vez que se pauta na singularidade e em uma escuta ética que inclui o modo particular de cada um de se relacionar com a linguagem. Nesse aspecto, pensar a psicanálise aplicada aos CAPSi tem como função uma ampliação da clínica, ou seja, uma psicanálise em extensão e em interface com a política. Nesse contexto, podemos dizer que a proposta da práxis psicanalítica se pauta como um tratamento “desalienista”, isto é, que retira o sujeito de sua posição alienante ao discurso do Outro, seja este dos pais, da escola ou do meio social. É necessário esse destaque, porque a psicanálise preconiza a noção de que as crianças e os adolescentes são sujeitos com plenos direitos. Portanto, trata-se de analisando, que, assim como os adultos, se implicam em seu próprio discurso, revelando sua condição de sujeitos do inconsciente na clínica.

Pensar a criança e o adolescente na condição de sujeitos com plenos direitos, convoca-nos a incluí-los na noção de sujeitos desejantes e que necessitam, pois, de se localizarem diante daquilo que, constitutivamente, lhes falta (Calzavara, 2012). Dessa maneira, trata-se de retirá-los de uma noção reducionista no que diz respeito a tomá-los como um simples objeto do discurso do Outro ou, ainda, do aspecto puramente cronológico e desenvolvimentista.

Desse modo, ao levar em consideração o sintoma da criança e do adolescente como uma produção do sujeito perante a falta e, se nos dispusermos a escutá-los, como propõe a clínica de orientação lacaniana, deparamo-nos com uma construção inconsciente singular. É essa a via que possibilita a constituição de uma direção de tratamento com esses sujeitos. A essa às diversas práticas que objetiva suprimir o sintoma a serviço da restituição de uma normalidade social, a função do psicanalista é interrogar o discurso do sujeito para alcançar o que lhe é de mais particular (Calzavara, 2012).

Dessa forma, para possibilitar a inclusão de crianças e adolescentes em sofrimento na sociedade, é essencial que haja o acolhimento da diferença que marca cada um como único. Como afirma Guerra (2005), trata-se “de criar novas formas para acolher e inserir, e não recolher e segregar a loucura na infância, inventando uma clínica regulada por novos vetores”

(p. 152). Essa abertura à singularidade é o que permite com que cada sujeito possa criar maneiras de saber-fazer com suas questões articuladas ao laço social.

Referências

- Amarante, P. (1996). *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Editora Fiocruz.
- Associação Mundial de Psicanálise. (AMP). (1996). *Os Poderes da Palavra*. Rio de Janeiro: J. Zahar.
- Basaglia, F. (1979). *Psiquiatria alternativa: Contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática*. São Paulo: Brasil Debates.
- Basaglia, F. (coord). (1985). As instituições da violência. In F. Basaglia, *A instituição negada: Relato de um hospital psiquiátrico* (pp. 99-133). Rio de Janeiro: Graal.
- Bezerra Jr, B. (2007). Desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 17, 243-250. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000200002>
- Brasil. (1989). *Projeto de Lei n. 3.675/89, de 27 de setembro de 1989*. Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória. Brasília, DF. Recuperado de <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=20004>
- Brasil. (2001). *Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001*. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF. Recuperado de https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm
- Brasil. (2002). *Portaria n. 336, de 19 de fevereiro de 2002*. Dispõe sobre as normas e diretrizes para organização dos CAPS. Brasília, DF. Recuperado de https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html
- Calzavara, M. G. P. (2012). *A clínica psicanalítica com crianças: Da adaptação à solução em referência ao sintoma*. Tese de doutorado. Programa de Pós-graduação em Educação, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- Calzavara, M. G. P., Câmara, R. S., & Santos, R. A. N. (2016). O sintoma na psicanálise: Uma investigação acerca das dificuldades de aprendizagem a partir da perspectiva dos professores. *Perspectivas em Psicologia: Revista de Psicología y Ciencias Afines*, 13(2), 49-56.
- Cirino, O. (2001). *Psicanálise e psiquiatria com crianças*. Belo Horizonte: Autêntica Editora.
- Dunker, C. & Kyrillos Neto, F. (2015) *Psicanálise e saúde mental*. Porto Alegre: Criação Humana.
- Faria, M. R. (1994). Análise... de quem? As entrevistas preliminares no atendimento de crianças. In J. Falek (org.), *A criança no discurso do Outro* (Vol. 1, pp. 37-47). São Paulo: Editora Iluminuras.
- Ferreira, T. (2017). *A escrita da clínica: Psicanálise com crianças* (3a ed. rev. e ampl.). Belo Horizonte: Autêntica Editora.

- Figueiredo, A. C. (2004). A construção do caso clínico: Uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental. *Revista latinoamericana de psicopatologia fundamental*, 7(1), 75-86. <https://doi.org/10.1590/1415-47142004001006>
- Figueiredo, A. C. (2005). Uma proposta da psicanálise para o trabalho em equipe na atenção psicossocial. *Mental*, 3(5), 0.
- Freud, S. (2014). O sentido do sintoma. In S. Freud, *Obras completas* (Vol. 13: Conferências introdutórias à psicanálise, pp. 343-364). São Paulo: Companhia das Letras. (Obra original publicada em 1916-1917).
- Freud, S. (2014). Inibições, sintoma e angústia. In S. Freud, *Obras completas* (Vol. 17: Inibição, Sintoma e Angústia, o Futuro de uma Ilusão e Outros Textos, pp. 14-123). São Paulo: Companhia das Letras. (Obra original publicada em 1926-1929).
- Furtado, J. P., & Campos, R. O. (2005). A transposição das políticas de saúde mental no Brasil para a prática nos novos serviços. *Revista latinoamericana de psicopatologia fundamental*, 8, 109-122. <https://doi.org/10.1590/1415-47142005001011>
- Garcia-Roza, L. A. (1993). A pesquisa acadêmica em psicanálise. In D. Ropa (Org.), *Anuário Brasileiro de Psicanálise* (pp. 118-121). Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- Góes, C. M. C. (2016). A clínica psicanalítica com crianças em um centro de atenção psicossocial infanto-juvenil: interfaces e controvérsias. Dissertação de mestrado. Programa de Pós-graduação em Psicologia, Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia, Salvador.
- Guerra, A. M. C. (2005). A psicanálise no campo da saúde mental infanto-juvenil. *Psychê*, 9(15), 139-154.
- Lacan, J. (2003). Nota sobre a criança. In J. Lacan, *Outros Escritos* (pp. 369-370). Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Obra original publicada em 1969).
- Lacan, J. (1992). *Seminário 17: O avesso da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Obra original publicada em 1969-1970).
- Lefort, R., & Lefort, R. (1991). Introdução à jornada de estudos do CEREDA. In J. Miller, *A criança no discurso analítico* (pp. 13-14). Rio de Janeiro: Zahar.
- Lancetti, A. (1991). *Saúde e Loucura*. nº 2. São Paulo: Editora Hucitec. Mannoni, M. (1999). *A criança, sua doença e os outros*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Morais, M. V. (2020). Acompanhamento terapêutico e psicose: uma proposta clínico-política para a reforma psiquiátrica. Dissertação de mestrado.
- Moreira, L. R., & Kyrillos Neto, F. (2017). Dos benefícios sociais na reforma psiquiátrica: necessidade, demanda e desejo. *Revista de Psicologia*, 8(2), 110-118.
- Palombini, A. de L. (2006). Acompanhamento terapêutico: dispositivo clínico-político. *Psychê*, 10(18), 115-12.
- Petri, R. (2008). *Psicanálise e infância. Clínica com crianças*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.
- Rosa, M. D. (2004). A pesquisa psicanalítica dos fenômenos sociais e políticos: metodologia e fundamentação teórica. *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, 4(2), 329-348.

- Rottelli, F., Leonardis, O., & Mauri, D. (1990). Desinstitucionalização, uma outra via: a reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos países avançados. *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 17-59. <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0760>
- Santiago, A. L., & Assis, R. M. (2018). *O que esse menino tem. Sobre alunos que não aprendem e a intervenção da psicanálise na escola*. Belo Horizonte: Relicário Edições.
- Santos, R. A. N., Fonseca, T., & Kyrillos Neto, F. (2020). Reforma psiquiátrica e lógica diagnóstica psicanalítica: Discussões acerca de uma possível tessitura. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 23(1), 12-20. <http://dx.doi.org/10.1590/1809-44142020001002>
- Soler, C. (2011). O discurso capitalista. *Revista de Psicanálise Stylus*, (22), 55-67. <https://doi.org/10.31683/stylus.vi22.816>
- Tenório, F. (2007). Questões para uma atualização da agenda da Reforma Psiquiátrica. *Couto MCV, Martinez RG, organizadores. Saúde mental e saúde pública: questões para a agenda da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: NUPPSAM/IPUB/UFRJ, 13-27.
- Tenório, F., Costa-Moura, F., & Lo Bianco, A. C. (2017). Tradição clínica da psiquiatria, psicanálise e práticas atuais em saúde mental. *Psicologia USP*, 28, 206-213. <https://doi.org/10.1590/0103-656420150125>
- Viganò, C. (2006). Basaglia com Lacan. *Mental*, 4(6), 15-26.
- Viganò, C. (2010). A construção do caso clínico. *Opção lacaniana*, 1, 1-9.

Revisor: Rogerio Lucas de Carvalho
E-mail: gerocarvalho@hotmail.com

Recebido em sbro de 2023 – Aceito em julho de 2024.