



A CONTRIBUIÇÃO DA PSICANÁLISE PARA O MODELO DE ATENDIMENTO DA PSICOSE EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES NOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL

Cíntia Tatiane Rocha¹
Ludimila Aparecida Fonseca Menezes²
Daniela Paula do Couto³

RESUMO: O presente trabalho apresenta a psicose em crianças e adolescentes como tema da pesquisa. Discute-se de que forma a psicanálise pode contribuir com o modelo de atendimento da psicose nos serviços de saúde mental. A princípio, caracteriza-se a estrutura clínica psicose na perspectiva psicanalítica, tomando por base as teorias freudiana e lacaniana. Logo após, apresenta-se o modelo de atendimento de crianças com diagnóstico de psicose nos serviços de saúde mental. E, por último, identifica-se a contribuição da psicanálise para o modelo de atendimento da psicose em crianças e adolescentes nos serviços de saúde mental. O método utilizado para a confecção deste trabalho foi a pesquisa bibliográfica. Considera-se de extrema importância o tema abordado, pois, por mais que os serviços especializados no tratamento de crianças e adolescentes com sofrimento mental tenham evoluído, ainda carecem de investimento maior e ampliação. Destacam-se, neste trabalho, as contribuições proporcionadas pela psicanálise para esses dispositivos, uma vez que o tratamento de cada sujeito é singular e é a partir da escuta atenta e cuidadosa que se constrói um saber sobre ele, mesmo estando inserido em um serviço que, por vezes, privilegia o tratamento a partir do coletivo, em suas modalidades de oficinas e grupos.

PALAVRAS-CHAVE: Psicose; Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil; Saúde mental; Psicanálise.

ABSTRACT: This monograph presents psychosis in children and adolescents as a subject of research. It discusses how psychoanalysis can contribute to psychosis model of care in mental health services. At first, the clinical structure psychosis characterized the psychoanalytic perspective, based on the Lacanian and Freudian theories. Soon after, presents the child care model with psychosis diagnosis in mental health services. And lastly, psychoanalysis's contribution is identified for psychosis service model for children and adolescents in mental health services. The method used for the preparation of this work was the literature. It is considered extremely important the topic discussed, because for more than specialized services to treat children and adolescents with mental distress have evolved, still need to be expanded. Stand out in this work, the contributions that psychoanalysis brings to these devices, since the treatment of each subject is singular and is from listening performed by professional who builds a knowledge about it, even when inserted into a service that it is a collective, from workshops and groups.

KEYWORDS: Psychosis; Psychosocial Care Center Children and Youth; Mental health; Psychoanalysis.

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho discute a contribuição da psicanálise ao modelo de atendimento de crianças e adolescentes diagnosticados com psicose, nos dispositivos de saúde mental. Utilizou-se o método da pesquisa bibliográfica, que é um método desenvolvido em etapas, adotando como base materiais já elaborados anteriormente, compostos fundamentalmente por livros

¹ Bacharel em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Psicóloga do Setor de Recursos Humanos da Santa Casa de Caridade de Formiga/MG. cintia.t.rocha@hotmail.com

² Bacharel em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. ludmila-fonseca@hotmail.com

³ Psicóloga pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Mestre em Psicologia, na linha de pesquisa Conceitos Fundamentais e Clínica Psicanalítica: Articulações, pela Universidade Federal de São João del-Rei. Atua como professora nos cursos de Psicologia da PUC Minas Arcos e da Universidade do Estado de Minas Gerais, unidade Divinópolis. dp.couto@yahoo.com.br



e artigos científicos, articulando diversos autores que publicaram sobre a temática pesquisada a fim de obter maior entendimento para a construção do trabalho (GIL, 2002).

Discutir o tema aqui proposto é relevante, pois, de acordo com Nascimento e outros (2014), estudos epidemiológicos demonstram o aumento de crianças e adolescentes que precisam ser atendidos pelo campo da saúde mental. Cerca de 10 a 20% de crianças e adolescentes em todo o planeta apresentam algum quadro de sofrimento mental, sendo que nas últimas duas décadas os diagnósticos que apontam algum tipo de sofrimento psíquico grave se duplicaram. À luz desses mesmos autores, estima-se que, dentre toda a população brasileira, menores de 21 anos se beneficiariam com a implantação dos CAPSi's⁴ (Centro de Atenção Psicossocial infanto-juvenil), uma vez que 3% da população geral, adultos, crianças e adolescentes necessitam de cuidados especializados e contínuos por apresentarem transtornos severos e persistentes como a própria psicose, transtornos de humor, neuroses graves e autismo.

No que se refere à implantação dos CAPSi's, Nascimento e colaboradores (2014) demonstram otimismo, afirmando que existe um grande avanço na implantação desses dispositivos com base nos dados oferecidos pelo Ministério da Saúde. Esses registros demonstram que em 2002, havia somente 32 CAPSi's em todo o Brasil. Já em 2015, esse número correspondia a mais de 149 dispositivos. Embora o aumento da implantação desses serviços seja de grande relevância, é ainda insuficiente. Avalia-se que já foram implantados apenas 12,6% dos serviços necessários para o atendimento de adolescentes e crianças que necessitam desse serviço no Brasil.

Dessa forma, considera-se de extrema importância o assunto abordado neste trabalho, visto que a existência de Centros de Atenção Psicossocial voltados para a criança e o adolescente é recente e precisa ser considerado com a notoriedade necessária para que cada vez mais se valorize esse tipo de público, que muitas vezes, é “silenciado” pelo discurso do Outro. Para isso, destaca-se a relevância da contribuição da psicanálise no atendimento dos casos de psicose na clínica da criança e do adolescente, nos referidos dispositivos, sempre disposta a atuar na contramão desse “silenciar” promovido por outros saberes.

⁴ De acordo com a Portaria 336 de 2002, o CAPS i é um serviço de atenção psicossocial destinado a crianças e adolescentes com transtornos mentais, a partir de atividades como: atendimento individual e em grupos; atendimento em oficinas terapêuticas; visitas e atendimentos domiciliares; atendimento à família e atividades comunitárias enfocando a integração da criança e do adolescente na família, na escola, na comunidade ou quaisquer outras formas de inserção social. (BRASIL, 2002). Adiante, esse assunto será mais bem abordado.

2 APONTAMENTOS SOBRE A PSICOSE

Em suas primeiras teorizações psicanalíticas, Freud trata o tema da psicose com base na sua prática com as neuroses. É o que pode ser observado no texto “Neurose e Psicose”, em que Freud (1924[1923]/1996b, p. 167) aponta uma diferença importante entre a neurose e a psicose: “[...] a neurose é o resultado de um conflito entre o ego e o id, ao passo que a psicose é o desfecho análogo de um distúrbio semelhante nas relações entre o ego e o mundo externo”.

Desse modo, a psicose corresponde a um conflito entre o ego e o mundo externo, ou seja, há um fracasso no funcionamento deste e assim o ego cria um novo mundo, tanto interno quanto externo: “[...] esse novo mundo é construído de acordo com os impulsos desejosos do id e [...] o motivo dessa dissociação do mundo externo é alguma frustração muito séria de um desejo, por parte da realidade – frustração que parece intolerável (FREUD, 1924[1923]/1996b, p. 168).

Essa frustração intolerável que provoca a dissociação do mundo externo pode ser exemplificada no caso Schreber. Devido à frustração de não conseguir ter um filho, “[...] há o desenvolvimento da fantasia de tornar-se mulher (em sonho), o afastamento dessa fantasia projetando-a no mundo externo e, posteriormente, após a catástrofe hipocondríaca, a criação fantástica de um novo mundo (FREIRE, 1998, p. 103).

E a construção desse mundo novo tem como base o delírio, como expõe Freud (1911/1996c) em “Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranoia (*Dementia Paranoides*)”:

E o paranoico constrói-o de novo, não mais esplendido, é verdade, mas pelo menos de maneira a poder viver nele mais uma vez. Constrói-o com o trabalho de seus delírios. A formação delirante, que presumimos ser o produto patológico, é na realidade, uma tentativa de restabelecimento, um processo de reconstrução. (FREUD, 1911/1996c, p. 78).

No texto “A perda da realidade na neurose e na psicose”, Freud (1924/1996a) amplia a diferença entre a neurose e a psicose. Enquanto na neurose o ego suprime um fragmento do id, na psicose, o ego se mantém afastado de um fragmento da realidade. Desse modo, na “[...] neurose o fator decisivo seria a predominância da influência da realidade, enquanto para uma psicose esse fator seria a predominância do id.”. (FREUD, 1924/1996a, p. 205). Isso implica que na neurose é evitada a perda da realidade e na psicose essa perda se efetua.

Para reparar a perda da realidade, o psicótico abandona a realidade antiga e cria uma realidade nova. Todavia, na neurose também pode haver uma perda da realidade quando há uma experiência traumática e esse conteúdo é recalado, fazendo com que aconteça uma perda da realidade por meio de uma fuga. Nesse ponto, Freud (1924/1996a) afirma que a distinção entre neurose e psicose perde força, pois o neurótico também tenta substituir uma realidade que não lhe agrada por outra mais condizente com os seus desejos. No entanto, enquanto o neurótico faz essa substituição de uma realidade desagradável por outra agradável, via fantasia, é difícil imaginar que o mundo da fantasia tenha o mesmo alcance na psicose. É importante ressaltar que tanto na neurose quanto na psicose a questão não é apenas a perda da realidade, mas o que vai substituir a mesma.

Freud (1914/1996d) destaca que o paciente histérico e o neurótico obsessivo, dependendo do grau de seu adoecimento, também desistem, assim como o psicótico, da relação com a realidade. No entanto, a análise mostra que de modo algum o neurótico suspende seu vínculo erótico com as pessoas e as coisas, conservando-as na fantasia. Já com relação ao psicótico, ele retira sua libido das pessoas e das coisas do mundo exterior, sem substituí-las por outras na fantasia. No neurótico, portanto, a realidade é substituída pela fantasia, enquanto no psicótico há uma perda da realidade sem que a fantasia forneça qualquer tipo de substituto. A libido retirada dos objetos, na psicose, é redirecionada ao Eu.

Freud trouxe grandes contribuições para o campo da psicose. No entanto, Alves Sobrinho (2010) realça a ideia de que a psicose só passa a receber um olhar e uma leitura mais direta e diferenciada a partir de Jacques Lacan.

Lacan (1955/2008) inicia o Seminário 3 sobre as psicoses ressaltando que Freud dividia o campo da psicose em dois: o campo da paranoia e o campo da parafrenia ou das esquizofrenias. Já para o domínio psiquiátrico, a psicose vai se caracterizar como demência, mas corresponde às loucuras.

A paranoia abrangia as loucuras, de modo que, dentro dos manicômios, ela estava presente em mais da metade dos pacientes, ou seja, “[...] tudo que chamamos de psicose ou loucura era paranoia” (LACAN, 1955/2008, p. 13).

No que se refere ao psicótico, Leite (1987) relata que ele vive em um mundo particularmente dele, que por isso, classificamos “[...] as suas manifestações como insensatas, irreais, fora de si”, não levando em conta a sua subjetividade e, portanto, excluindo-o (LEITE, 1987, p. 3).

O início de uma psicose é divergente do início de uma neurose, pois não há uma pré-história, todavia, há condições que devem ser apontadas: algo que não foi primeiramente sim-

bolizado, aparecendo no mundo exterior, de modo que o sujeito não consegue lidar com tal situação e se vê incapaz frente ao acontecimento (LACAN, 1956/2008).

A respeito da realidade, para Lacan (1956/2008), o psicótico pode até concordar com algo irreal, por exemplo, a alucinação ou o delírio que funciona como um meio de defesa do sujeito; mas o que interessa mesmo é que na verdade não se trata de uma realidade, mas sim da certeza pela qual ele se assegura. Nesse sentido, Lacan (1956/2008) afirma que para a psicose, o que foi rejeitado, diz respeito a uma não representação e por isso foi foracluído.

Para Alves Sobrinho (2010), diferente de outras escolas de psicanalistas, Lacan manteve o que havia de essencial na teoria de Freud e acrescentou o que não estava tão óbvio, cunhando dois conceitos: a forclusão e o Nome-do-pai. Assim, conforme a autora, foi só a partir desses dois conceitos que se deu origem à clínica lacaniana das psicoses.

Segundo o Dicionário de Psicanálise de Roudinesco e Plon, o termo forclusão é definido como:

Conceito forjado por Jacques Lacan para designar um mecanismo específico da psicose, através do qual se produz a rejeição de um significante fundamental para fora do universo simbólico do sujeito. Quando essa rejeição se produz, o significante é foracluído. Não é integrado no inconsciente, como no recalque, e retorna sob forma alucinatória no real do sujeito. (ROUDINESCO; PLON, 1998a, p. 245).

De acordo com o mesmo dicionário, “Nome-do-pai” é um “[...] termo criado por Jacques Lacan em 1953 e conceituado em 1956, para designar o significante da função paterna” (ROUDINESCO; PLON, 1998b, p. 541).

E o que seria a função paterna? Para Lacan (1958/1999a), a função paterna é encarnada pelo terceiro termo na relação mãe-filho que vai impedir a fusão da criança com a mãe. Lacan define o desejo da mãe como um desejo avassalador, que “carreia sempre estragos. Um grande crocodilo em cuja boca vocês estão – a mãe é isso. Não se sabe o que lhe pode dar na telha, de estalo fechar sua bocarra. O desejo da mãe é isso” (LACAN, 1970/1992, p. 105). Assim, para Lacan (1958/1999a), a função paterna é o que barra o desejo da mãe, evitando assim que a criança seja engolida, devorada.

Com base na função paterna, Lacan pensa as estruturas clínicas que serão inauguradas através de cada tempo do Édipo.

No primeiro tempo, a criança mantém com a mãe uma relação de indistinção, de fusão reforçada pelos cuidados e pelas necessidades que uma criança necessita. A criança se coloca na posição de objeto que complementa a mãe, objeto falo, objeto de desejo da mãe.

(OLIVEIRA, 2008). “Para agradar à mãe, [...] é necessário e suficiente ser o falo” (LACAN, 1958/1999b, p. 198).

Alves Sobrinho (2010) salienta que a mãe ao ter sua cria, ou ao falar sobre ela, pode trazer para o seu filho suas fantasias para o registro simbólico, impedindo dessa forma a emergência de um sujeito desejante. A forma que a mãe encontra de calar o desejo do filho é impedir o seu surgimento, isso acontece quando existe um aprisionamento da criança de forma muito invasiva e sufocadora por parte da mãe, assim, para onde o filho tentar escapar, ela irá capturá-lo.

Ainda de acordo com Alves Sobrinho (2010), quando a mãe coloca o filho na posição de seu objeto de desejo, foi porque existiu uma incapacidade da inscrição da lei no que tange à díade mãe-filho. Não se inscrevendo o Nome-do-pai nessa relação, o filho passa a se assujeitar e tem o seu desejo alienado. Nesse caso, pode advir a psicose. A forclusão do Nome-do-Pai antecede o recalque, assim o conteúdo que fora foracluído não pode ser novamente convocado, pois na psicose não existe distinção entre significantes e significado, ou seja, não existiu de nenhuma maneira a simbolização. Como o psicótico não consegue simbolizar, metaforizar e muito menos recalcar, as informações vagam sem nenhuma logicidade, existindo uma desordem cheia de neologismos e desencontros lógicos.

Para Oliveira (2008), na psicose, em função da não inscrição do significante Nome-do-Pai, que serve para atar o registro simbólico, é que acontece uma falha, falha no registro simbólico, que permite a aparição do real sob a forma de delírios e alucinações.

Lacan (1956/2008) afirma que a primeira relação de realidade acontece entre a mãe e o filho, e é aí que a criança vivencia as primeiras realidades com o meio. É para desenhar objetivamente essa situação que fazemos o pai entrar no triângulo, embora, para a criança ele ainda não tenha entrado. Também reforça dizendo que o desejo do Outro nessa situação é o desejo da mãe e que comporta um para-além, mas para atingi-lo é necessária uma mediação que é dada precisamente pela posição do pai na ordem simbólica.

Retornando aos três tempos do Édipo, no segundo tempo, destaca Oliveira (2008), existe uma relativização da completude mãe-bebê, ser ou não ser o falo, desse modo, então surge a figura paterna que interfere na relação da criança com a mãe na forma de privação. “[...] o pai entra em jogo, isso é certo, como portador da lei, como proibidor do objeto que é a mãe” (LACAN, 1958/1999b, p. 193).

A criança ao se confrontar com a lei do pai e com essa descoberta, ela significa o desejo da mãe como alguém que se submete a uma lei, à Lei do Outro. Assim, a criança pode fi-

nalmente chegar a alcançar a diferenciação, ou seja, a separação, o corte, que marcaria então o terceiro tempo (OLIVEIRA, 2008).

Ao considerar os três tempos do Édipo, em Lacan, para a constituição do sujeito, percebe-se que realizar um diagnóstico de psicose na infância não é uma tarefa fácil. Isso porque as crianças fantasiam, imaginam, conversam com amigos imaginários, etc. (SILVA, Luciane, 2003).

3 SAÚDE MENTAL INFANTO-JUVENIL NO BRASIL: PERCURSO HISTÓRICO E CARACTERIZAÇÃO

Até o início do século XX não existia dentro das instituições psiquiátricas uma especialidade dedicada à infância, fazendo com que o atendimento delas não se diferenciasse do atendimento dos adultos (SILVA, 2011).

Cirino citado por Silva (2011) exemplifica a situação referida acima, relatando que, em 1817, na cidade de São João del Rei, em Minas Gerais, as crianças eram colocadas junto com os adultos, sem distinção, em uma enfermaria para doentes mentais. Somente no ano de 1913, foi criado um pavilhão para crianças no manicômio de Barbacena, onde elas eram separadas por sexo. Essas crianças eram encaminhadas para o manicômio por serem consideradas “delinquentes e anormais”.

Em consonância com Silva, Cunha e Boarini (2011) salientam que a preocupação com a saúde mental na infância ocorre desde o início do século XX, sendo alvo de discussão dos governantes e intelectuais, como também dos integrantes da Liga Brasileira de Higiene Mental, movimento esse que era composto em sua maioria por médicos e consistia em retirar das ruas todos aqueles que eram julgados anormais e delinquentes. Os líderes desse movimento acreditavam que retirando essas pessoas das ruas, estavam fazendo um bem para a humanidade.

Até 1927, com a instituição do antigo Código de Menores, tudo que se tratava em assistência à criança e ao adolescente no país estava sob os cuidados de casas de caridade, instituições de cunho filantrópico e religioso. As crianças encaminhadas para essas instituições eram órfãs, abandonadas pelas famílias. Ou seja, as crianças e adolescentes institucionalizados eram tratados como aqueles que não se enquadravam nos ideais da sociedade (SILVA, Mônica, 2003).

O primeiro hospital psiquiátrico infantil de Minas Gerais foi criado em 1947, na cidade de Belo Horizonte, com o objetivo de retirar as crianças das instituições psiquiátricas para

adultos, porém, mesmo em uma instituição infantil, as crianças recebiam o tratamento destinado aos adultos (SILVA, Mônica, 2003).

Junto ao hospital de neuropsiquiatria infantil de Belo Horizonte, foi construída uma unidade em 1973, que se preocupava com a relação entre “[...] os problemas de aprendizagem, saúde mental, abandono e delinquência que ao final da década de 70 recebeu todas as crianças de Barbacena por denúncias de maus tratos” (SILVA, Mônica, 2003, p. 65). Essa unidade se transformou em um centro psicopedagógico e, no início do século XXI, passou a ser conhecido como Centro Psíquico da Adolescência e Infância – CEPAI.

É interessante ressaltar o que Silva, Mônica (2003) enfatiza em uma palestra de Irene Rizzini sobre infância e adolescência institucionalizada no Brasil: não há relatos de terem sido encontradas nessas instituições crianças loucas, mas sim crianças pobres, negras, delinquentes, sem cuidadores e com deficiência, tornando essas crianças no contexto das políticas públicas, invisíveis; ou seja, para as crianças ricas eram oferecidos os colégios internos e para as pobres, o reformatório.

A partir da doutrina da situação irregular, citada no artigo 2º do Código de Menores de 1979, é construída uma legislação feita especialmente para “o menor”, em que se institui que o Estado teria a função de resgatar os valores e princípios da sociedade perdidos pelos menores que se encontravam sem o amparo de um responsável ou aqueles que cometiam infrações penais (BRASIL, 1979).

Com a implantação do Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (BRASIL, 1990), começam a surgir mudanças, de modo que o termo “menor” desaparece, instituindo uma legislação destinada a toda e qualquer criança e adolescente sem discriminação. Nesse sentido, o trabalho realizado com crianças até esse momento era exclusivamente voltado para a reclusão e confinamento e então, passa a ser realizado também por outras possibilidades, como serviços com base comunitária, ou seja, abertos, tornando-os descentralizados (SILVA, Mônica, 2003).

A partir do ECA, cria-se a expectativa de uma evolução na área assistencial com crianças e adolescentes, de modo que, de acordo com Nogueira (2012, p. 31), “[...] esse avanço ocorre com a implantação do SUS e o reconhecimento da saúde como direito de todos e dever do Estado”.

As crianças e adolescentes em sofrimento psíquico recebem uma assistência maior no âmbito das políticas públicas no Brasil, a partir da portaria 336/2002 que institui o modelo assistencial em saúde mental e remete a política e funcionamento do CAPS, determinando a sua composição técnica e o modo de se desenvolver o trabalho (BRASIL, 2002). Foi “[...] a

primeira vez que, oficialmente, crianças e adolescentes ditos loucos ganharam visibilidade no país”, destaca Silva, Mônica (2003, p. 70). Ainda de acordo com a referida autora, somente essa portaria não conseguiria mudar totalmente o direcionamento no contexto histórico, porém, esse foi um momento que se constituiu como um grande marco, pois fez vacilar o discurso que segregava e discriminava as crianças no país, o que fez com que a partir desse período, os serviços de saúde mental recebessem grande parte da demanda de “[...] desobedientes, atrasados, usuários de drogas, esquisitos e retardados” (SILVA, Mônica, 2003, p. 72).

A implantação do CAPS surgiu a partir da Reforma Psiquiátrica, com a proposta anti-manicomial que passou a substituir o modelo de tratamento com foco em internação em hospitais psiquiátricos para dispositivos abertos e de natureza comunitária e territorial, com a finalidade de trabalhar com os transtornos mentais mais graves (RIBEIRO, 2004).

De acordo com Guerra (2003), após quase vinte anos de Reforma Psiquiátrica no Brasil, o trabalho vem se aprofundando no que diz respeito a adultos que sofrem de transtornos mentais, mas não consegue alcançar as crianças e adolescentes que também sofrem desses transtornos, sendo localizadas e poucas as iniciativas a esse respeito.

Atualmente, um dos desafios encontrados na área da saúde mental é a construção de uma política direcionada a crianças e adolescentes que leve em consideração suas peculiaridades e suas reais necessidades. Antes de qualquer coisa, é preciso adotar como princípio a ideia de que tanto o adolescente quanto a criança a ser cuidado/cuidada é um sujeito, ou seja, ele é responsável pela sua demanda, é um sujeito que possui direitos, sendo um deles, o cuidado. Ser sujeito também implica na questão de ser singular (BRASIL, 2005).

Há então, uma urgência em se criar políticas assistenciais voltadas para a infância, de modo que, “[...] a substituição progressiva dos manicômios, o resgate à cidadania, o tratamento em serviços abertos comunitários e territorializados são conceitos e ações firmemente estabelecidos” (NOGUEIRA, 2012, p. 31).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), os serviços públicos de saúde mental de crianças e adolescentes deverão seguir diretrizes operacionais em suas ações de cuidado como: reconhecer aquele que necessita e/ou procura o serviço, independente de ser criança, adolescente ou adulto acompanhante; ter a responsabilidade do agenciamento do cuidado sendo no serviço procurado ou em outro dispositivo cabível ao caso; direcionar a ação do cuidado de forma que sustente durante todo o processo a condição tanto da criança quanto do adolescente como um sujeito de direitos e deveres, considerando-o em sua dimensão subjetiva e social; envolver os responsáveis pela criança ou adolescente a ser cuidado, podendo ser familiares, agentes institucionais, colocando-os a par do processo de atenção como sujeitos da

demanda; assegurar que a ação do cuidado seja o mais possível fundamentada nos recursos teórico-técnicos e de saber disponíveis aos profissionais do dispositivo, envolvendo a discussão com os demais membros do dispositivo; manter os canais que articulam a ação com outros equipamentos do território, de modo a cooperar com a lógica da rede ampliada de atenção.

As prioridades para a atenção em saúde mental a crianças e adolescentes baseiam-se nos mesmos princípios para os adultos: o resgate e a construção da cidadania, indicando prioridades clínicas de neuroses graves, psicoses, autismo, tentativas de autoextermínio e envolvimento em situações que causem dano à sanidade mental da criança (MINAS GERAIS, 2006).

Com o propósito de superar os problemas encontrados na saúde mental infantil, criou-se, a partir de 2002, um dispositivo capaz de responder as necessidades de crianças e adolescentes de maneira efetiva, denominado Centro de Atenção Psicossocial infanto-juvenil (CAP-Si), cuja equipe multiprofissional é formada por

[...] um psiquiatra, neurologista ou pediatra com formação em saúde mental infantil, um enfermeiro, quatro profissionais de nível superior (entre: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo), cinco profissionais de nível médio. (COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008, p. 7).

Os CAPSi's são serviços de atenção diária, destinados ao atendimento de crianças e adolescentes gravemente comprometidos psiquicamente, que tem como princípio a desinstitucionalização da loucura infantil, sem prejudicar as relações com a família e a sociedade. Desse modo, há uma transferência da centralidade do atendimento médico para uma atuação multiprofissional que direciona o olhar para a sua totalidade, sem focar na “doença”. Sendo importante destacar que esse serviço, recebe encaminhamentos de profissionais de outras especialidades não incluídas na saúde mental, como de Programas de Saúde da Família (PSF) e escolas (CUNHA; BOARINI, 2011).

Dessa forma, “[...] pensar o atendimento infantil, é pensar em redes de atenção que devem se articular, complementar e construir parcerias efetivas”. (MINAS GERAIS, 2006, p. 203). As equipes de apoio, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), devem confeccionar um Projeto Terapêutico Singular (PTS), junto com uma equipe multidisciplinar, com o objetivo de ajudar no tratamento da criança/adolescente, enfatizando, para além do diagnóstico, a sua singularidade.

Cunha e Boarini (2011) destacam que dentre as atividades desenvolvidas nos CAPSi's, estão as realizações de triagens detalhadas das crianças encaminhadas para esse serviço, criação de espaços de convivência, oficinas de protagonismo com adolescentes e intervenção junto aos profissionais com abertura para discussão e diálogo, tentativas de auxílio para demandas da escola, oficinas de pintura e confecção de bonecos.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2013) destaca a importância do diálogo, de modo que as orientações sobre o desenvolvimento do tratamento devem ocorrer a partir de uma conversa com uma linguagem acessível à família da criança, para que o trabalho com ela seja efetivo tanto na instituição, quanto na família e no contexto social. Assim, “[...] o manejo adequado dos problemas em saúde mental em crianças, necessita em boa parte dos casos de uma combinação equilibrada de três ingredientes fundamentais: intervenções psicossociais, suporte psicológico e medicação” (BRASIL, 2013, p. 112).

De acordo com Silva, Mônica (2003), existe hoje uma nova lógica de cuidar e assistir crianças portadoras de sofrimento mental, uma lógica que lhes garante visibilidade, uma lógica que concebe à criança e ao adolescente serem sujeitos capazes de enlouquecer, entristecer, angustiar e todos esses sinais dizem de uma subjetividade à sua volta. De acordo com essa mesma autora, essa nova lógica coloca a criança e o adolescente como sujeitos que podem ter acesso à palavra e devem ser ouvidos e não como sujeitos descritos pela família, sociedade e instituições. É preciso tratá-los como seres únicos e não mais massificados por um diagnóstico classificatório que funciona como uma “identidade social”. Para tanto, deve-se levar em conta os mais variados e distintos discursos, o saber médico, o saber advindo da psicofarmacologia, da psicologia, da psicanálise, o discurso pedagógico ou quaisquer outros que possam contribuir para acolher e tratar, a partir da singularidade, a criança e o adolescente.

Nesse sentido, ao se conhecer as metodologias desenvolvidas nos CAPSi's e a clínica da psicose com crianças, é possível verificar que após a Reforma Psiquiátrica e a implantação de tais serviços, a abordagem psicanalítica tem contribuído significativamente para o trabalho com a criança/adolescente psicótico, valorizando e respeitando a subjetividade dos que usufruem desses serviços (RIBEIRO, 2004).

4 CONTRIBUIÇÕES DA PSICANÁLISE PARA O CAMPO DA SAÚDE MENTAL

De acordo com Bastos, Monteiro e Ribeiro (2005), no Brasil, o início do movimento da Reforma Psiquiátrica se deu no final da década de 70, a partir de denúncias sobre as condições de hospitais psiquiátricos naquela época. Com relação à situação de adolescentes e crian-

ças especificamente autistas e psicóticas, o trabalho nas instituições levantava questões que não apontavam respostas no que diz respeito à oferta de tratamentos, assistência e políticas públicas. Ao buscarem tratamento, essas crianças transitavam entre vários dispositivos e o único tratamento que lhes era oferecido resumia-se numa intervenção medicamentosa. Elas eram tomadas pela vertente de um déficit, submetidas a práticas pedagógicas, sendo reféns de um discurso médico-pedagógico, cujo comportamento peculiar era submetido a intervenções classificatórias, coercitivas e punitivas. Enfim, o que se tinha era um cenário de exclusão em que as crianças figuravam como objeto dessas práticas.

A exclusão da loucura infanto-juvenil para Ferreira (2012, p. 72) está marcada primeiramente por não ser reconhecida, já que, “[...] o enlouquecimento e a loucura, os sofrimentos psíquicos graves, estão embrulhados numa leitura moral; criança encapetada, impossível, [...] adolescente rebelde, desajustado, delinquente”.

Nascimento e outros (2014) afirmam que a promoção do desenvolvimento saudável da criança e do adolescente frente ao que eles necessitam vem sendo um desafio para a sociedade e para as redes de serviços, principalmente para a área da saúde, e mais especificamente para a saúde mental. Trabalhar com as vulnerabilidades que acometem crianças e adolescentes tem provocado profissionais, gestores e familiares, além de suscitar discussões acerca da construção de políticas públicas.

Ferreira (2012, p. 72) salienta que:

No campo teórico-técnico [...] a loucura é recoberta pelo manto da deficiência. A clínica dos déficits de toda ordem: atenção, memória, conduta, dos transtornos neuróticos, de personalidade, autísticos, esquizoides [...], chegou para ficar. Aqui se edifica o império do nominalismo, do nominalismo classificatório, cujo efeito é fazer desaparecer o sujeito e suas respostas ao real a que está confrontado.

Nos dias atuais, as políticas de saúde no Brasil, segundo Nascimento e outros (2014), têm direcionado ações de cuidados no que diz respeito à saúde mental infanto-juvenil tanto nas unidades básicas de saúde quanto nos serviços especializados como os CAPSi's, hospitais gerais e ambulatórios. Há uma tentativa de articular esses setores, com o objetivo de estimular a inclusão social de crianças e adolescentes.

Uma questão de bastante relevância levantada por Silva, Luciane (2003) são os critérios a serem utilizados para determinar um diagnóstico de psicose na criança. Se “certa” loucura é permitida à criança como se observa na criação de palavras novas e nas suas fantasias especulares, então, como se pode estabelecer o que é coisa de criança e o que é psicose? Movimentos estereotipados em crianças são sumamente comuns. A obediência automática tem

que causar bastante alarde para que os pais a considerem algo diferente da simples obediência das ditas crianças dóceis e o comportamento negativista é visto como travessura.

Em se tratando do diagnóstico, Jeovani e Baeta (2003, p. 240) ressaltam que:

[...] são crianças/adolescentes que não brincam, estão centradas em si próprias, não tem noção de regras e limites, e a exploração do mundo não ocorre ou está muitas vezes restringida ao próprio corpo. Muitas nunca foram estimuladas para viver em grupo ou viram fracassadas as tentativas para tal.

Bastos, Monteiro e Ribeiro (2005) afirmam que nos casos de psicose e autismo existe uma particularidade após o aparecimento da puberdade, pois é na adolescência que acontecem os processos de identificação com o grupo, o aflorar da sexualidade, a revolta para com o casal parental entre outros comportamentos.

Para Costa (2006), a adolescência é considerada como um período de mudanças profundas e marcantes, psíquicas e também físicas em sua totalidade, sendo uma idade pertinente para o desencadeamento de transtornos psíquicos, emocionais e relacionais. Dentre esses transtornos, o de maior repercussão é a psicose, devido a sua gravidade, impacto, prognóstico e necessidade de se intervir rapidamente.

No caso de adolescentes já diagnosticados como psicóticos e autistas, Bastos, Monteiro e Ribeiro (2005) afirmam que raramente se observa em adolescentes condutas próprias da idade, como o desligamento da autoridade atribuída aos pais e a contestação do seu saber. Então esses mesmos autores propõem a seguinte questão: O que marca nesses sujeitos a passagem da infância para a vida adulta? Apoiando-se na teoria lacaniana, eles afirmam que na psicose observa-se que o sujeito não consegue elaborar a perda da autoridade dos pais em razão da forclusão do Nome-do-Pai, que sustenta por meio da inscrição de um significante dando legitimidade à autoridade da lei. Se essa lei não se inscreve e esse significante é rejeitado, caracteriza-se então a psicose. Impossibilitado de lançar mão do Nome-do-Pai que incide sobre o desejo materno na ordem edípica que se refaz na adolescência, resta ao adolescente psicótico o lugar de submissão, um lugar que se assujeita a um Outro absoluto, sem lei.

O fato da fala das crianças não ser considerada socialmente e a incapacidade do adolescente responder juridicamente, segundo Akerman (2003), os colocam a mercê do que a cultura irá impor para eles, ou seja, eles são colocados como objetos da cultura. Assim, as crianças e adolescentes encaminhados para os serviços de atendimento em saúde mental não contestam ou sequer apresentam uma interjeição que contraponha ou que afirme o que é dito sobre eles.

De acordo com Tavares (2003), a constituição de uma clínica da infância e da adolescência é um fato recente. E nessa clínica, o discurso da psicanálise irá contribuir de forma efetiva com o reconhecimento do estatuto de sujeito na infância, o que se contrapõe a outros discursos. As instituições, escolas especiais e clínicas adotavam a seguinte norma com relação a crianças e adolescentes: interná-los em momento de crise e segregar no cotidiano, fazendo com que esses sujeitos se limitassem aos espaços institucionais.

De acordo com Lima (2003), os pais idealizam a vida de seus filhos antes mesmo do nascimento, de forma que a criança realiza a vontade de seus pais para serem amadas, todavia, quando essa expectativa dos pais em relação aos seus filhos falha, há um furo na idealização construída pelos pais. Desse modo, os pais recorrem ao saber científico, por meio de diversos profissionais, inclusive o psicanalista, para que essa “falta/furo” seja sanada e seu filho “curado”.

A clínica da psicanálise se configura *a posteriori*, onde se escuta primeiramente o sujeito. Essa metodologia fundada por Freud se mostra extremamente importante, pois muitas vezes o sujeito já chega ao centro de atendimento diagnosticado e com medicação prescrita sem que nenhuma escuta cuidadosa tenha sido feita (PINTO, 2005).

A clínica na rede pública, especialmente na saúde mental exige, segundo Guerra (2005, p. 143), “[...] um olhar, uma escuta e um tipo de intervenção político-clínica que ultrapassem o recurso à palavra ou à dimensão lúdica”.

Os pais, de acordo com Lima (2003, p. 108-109), “[...] normalmente pedem diagnósticos e avaliações, [...] buscando profissionais que sejam capazes de alcançar a cura total, restaurando esse filho em falta [...]”. Nesse sentido, o tratamento psicanalítico é oferecido para a criança a partir de uma escuta, possibilitando aos pais a oportunidade de relatarem sobre o desejo do filho ideal, de modo que possam realizar o luto por esse filho imaginário, sendo uma condição necessária para a eficácia do tratamento.

Bastos, Monteiro e Ribeiro (2005) afirmam que, do ponto de vista da psicanálise, sendo criança, adulto ou adolescente, tratam-se de sujeitos e, na medida em que estão imersos na linguagem, eles precisam se posicionar diante dela. Mesmo que alguns deles não apresentem a fala articulada ou apresentem estereotípias, aparentes bizarrices e automutilações são acolhidas no serviço como uma tentativa da criança no sentido de produzir, como sujeitos que são.

A clínica psicanalítica com crianças trabalha em junção com outros profissionais que intervêm no tratamento da criança, “[...] dialogando com outros dispositivos, como: a psiquia-

tria, neurologia, terapia ocupacional, assistência social, escola e o sistema judiciário” (LIMA, 2003, p. 111).

Nesse sentido, Figueiredo (2005) afirma que uma indicação importante da psicanálise para o trabalho no coletivo é o seguinte: não se pode trabalhar sozinho, mas a responsabilidade do ato é de cada um. Esse mesmo autor propõe a seguinte questão: Se estamos trabalhando no coletivo, como partilhar a responsabilidade se ela é de cada um? O que se partilha, segundo o autor, é o que se recolhe de cada caso, a cada intervenção, para se construir um saber. O que a psicanálise indica é que as informações cedidas pelo próprio sujeito darão pistas para a condução do tratamento, para o “projeto terapêutico”. Serão esses elementos que nortearão os profissionais apontando que caminho seguir a cada caso, a cada tempo, pois se faz retificações a todo o momento, dependendo do rumo que cada caso tome, a partir de novas demandas do sujeito.

Tavares (2003) destaca a ideia de que na clínica da crise em saúde mental o trabalho feito em equipe não acontece a partir de um saber já existente de cada profissional, mas sim da construção de um saber sobre aquela criança, aquela família, tal saber não se dará *a priori* e sim *a posteriori*. Por isso, é de suma importância que se abra um espaço para interlocuções, interrogações e interpelações. É através de cada criança, uma a uma, que se terão as informações necessárias para se construir uma proposta terapêutica.

O campo da saúde mental para Silva, Mônica (2003, p. 228) “[...] é o campo das mazes sociais, [...] de uma clínica nascida na interface, na interface com o social e com o singular. [...] a clínica do um a um nos permite enxergar não apenas a doença, mas sim, o sujeito”. Sendo imprescindível não permanecer somente no diagnóstico ou nos fenômenos, mas escutar o sujeito em sua singularidade. É isso que a autora coloca em prática, quando enfatiza o trabalho realizado por ela no CERSAMI na cidade de Betim, em 1994. Esse serviço funciona em regime aberto, de modo que as pessoas podem procurá-lo sem um encaminhamento prévio. Depois de realizada a triagem, são atendidos os casos referentes ao campo da saúde mental. Oferece-se “[...] uma escuta acolhedora a todos que chegam ao serviço, facilitando ao máximo o acesso ao atendimento, sendo essa uma das prioridades que devem ser asseguradas [...]” pelo serviço (SILVA, Mônica, 2003, p. 228).

Uma proposta interessante a ser citada é a socialização de módulos terapêuticos que têm por objetivo estimular as crianças e adolescentes “[...] a perceberem esse outro, seja o colega do grupo, os materiais, o ambiente, a atividade, sempre respeitando o que é suportável” para cada sujeito (JEOVANI; BAETA, 2003, p. 240).

Por fim, é importante destacar qual o lugar do analista nos serviços de saúde mental. Como ressaltava Ribeiro (2004), o analista na clínica das psicoses ocupa um lugar de “psicanalista andante”, como alguém que perde o seu lugar e se dispõe a acompanhar o outro onde quer que ele transite, tanto para ajudá-lo a criar um lugar existencial, uma posição de sujeito desejante, quanto para construir um lugar profissional para si mesmo.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apontar o trabalho realizado nos dispositivos de saúde mental destinados ao tratamento da psicose em crianças e adolescentes mostrou-se bastante relevante no que diz respeito à importância e necessidade de dispositivos específicos para o referido público, assim como os dispositivos existentes para o tratamento de adultos. É possível localizar a contribuição da psicanálise em tais dispositivos a partir da via das invenções particulares, do um a um, pois, somente assim, um tratamento e consequente “prognóstico” poderão ser pensados. Por isso, a figura de um “psicanalista andante” é o que pode orientar o tratamento, no sentido daquele que se destitui de uma posição de especialista e acompanha o sujeito nas invenções singulares que faz, a partir daquilo que lhe ocorre. Destituída dessa posição – daquele que sabe *a priori* –, a equipe pode trabalhar a partir da construção de um saber junto com o paciente.

Ao longo da história, percebem-se grandes avanços no trabalho com crianças e adolescentes com sofrimento mental e um desses que possui destaque e relevância aqui são as contribuições que a psicanálise traz para os serviços de saúde mental, principalmente nos CAP-Si's.

A clínica psicanalítica se constrói a partir da escuta do sujeito e não antes, o que vai na contramão dos casos em que o sujeito chega ao dispositivo já com um diagnóstico fechado e com uma medicação prescrita sem que se tenha ouvido com cuidado o que realmente ele tem a dizer. A psicanálise leva em consideração a singularidade do sujeito, a sua fala e não o direciona, senão o tratamento. Assim, há uma direção, não do analisante, mas do tratamento. É a partir da fala do sujeito que se constrói uma proposta terapêutica e é através dela que a equipe discutirá a condução do tratamento, fazendo alterações, modificações de acordo com que o sujeito apresentar. Portanto, a escuta se faz primordial para a construção eficiente de uma proposta terapêutica, pois leva em conta um saber que escapa aos protocolos, visto que a construção dos casos só se dá a partir do um a um.

REFERÊNCIAS

- AKERMAN, Jacques. Estratégias de segregação na infância e adolescência. In: GUERRA, Andrea M.C; LIMA, Nádia L. de (Org.). **A clínica de crianças com transtornos no desenvolvimento**: uma contribuição no campo da psicanálise e da saúde mental. Belo Horizonte: Autêntica, 2003. p. 199-220.
- ALVES SOBRINHO, Rosemary da Silva. **A psicanálise lacaniana**: a questão do sujeito na psicose. 2010. 67f. Monografia (Conclusão do curso) – Sociedade de educação do Vale do Ipojuca, Curso de Psicologia, Caruaru. Disponível em: <<http://repositorio.favip.edu.br:8080/bitstream/123456789/647/1/TCC+A+psican%C3%A1lise+lacaniana.+a+quest%C3%A3o+do+sujeto+na+psicose.pdf>>. Acesso em: 18 out. 2014.
- BASTOS, Angélica; MONTEIRO, Katia Alvares de Carvalho; RIBEIRO, Mariana Mollica da Costa. O manejo clínico com adolescentes autistas e psicóticos em instituição. **Estilos da Clínica**, São Paulo, v. 10, n. 19, dez. 2005. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1415-71282005000200011&script=sci_arttext>. Acesso em: 06 abr. 2015.
- BRASIL. Lei nº 6697, de 10 de outubro de 1979. Institui o Código de Menores. **Diário Oficial da União**. Brasília, 10 out. 1979. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1970-1979/L6697.htm>. Acesso em: 31 mar. 2015.
- BRASIL. Lei federal nº 8069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 13 jul. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/l8069.htm>. Acesso em: 10 maio 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 336, de 19 de fevereiro de 2002**, Brasília, DF. 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/05_0887_M.pdf>. Acesso em: 26 set. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Caminhos para uma política de saúde mental Infanto-Juvenil**, Brasília, DF. 2005. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/05_0887_M.pdf>. Acesso em: 01 mar. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica**, Brasília, DF. 2013. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf>. Acesso em: 17 mar. 2015.
- COSTA, Ileno Izídio. Adolescência e primeira crise psicótica: problematizando a continuidade entre o sofrimento normal e o psíquico grave. **Anais da Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental**, 2006. Disponível em: <http://www.fundamentalpsychopathology.org/uploads/files/ii_congresso_internacional/mesas_redondas/ii_con._adolescencia_e_primeira_crise_psicotica.pdf>. Acesso em: 01 mar. 2015.

COUTO, Maria Cristina Ventura; DUARTE, Cristiane S; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 30, n. 4, dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462008000400015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 mar. 2015.

CUNHA, Carolini Cássia; BOARINI, Maria Lucia. O lugar da criança e do adolescente na Reforma Psiquiátrica. **Revista Psicologia e Saúde**.v.3, n.1, jan./jun. 2011. Disponível em:<<file:///D:/Usu%C3%A1rios/Admin/Downloads/83-366-1-PB.pdf>>. Acesso em: 19 out. 2014.

FERREIRA, Tânia. Casa da palavra: a clínica reinventada e a saúde mental Infantojuvenil. In: FERREIRA, Tânia; BONTEMPO, Valéria Lima (Org.). **Crianças e adolescentes: o cuidado em saúde mental – o trabalho feito por muitos**. Curitiba: CRV, 2012. p. 69-77.

FIGUEIREDO, Ana Cristina. Uma proposta da psicanálise para o trabalho em equipe na atenção psicossocial. **Mental**, Barbacena, v. 3, n. 5, nov. 2005. Disponível em:<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272005000200004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 07 abr. 2015.

FREIRE, Joyce M. Gonçalves. Uma reflexão sobre a psicose na teoria freudiana. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 1, n. 1, mar. 1998. Disponível em: <[file:///D:/Usu%C3%A1rios/Admin/Downloads/uma_reflexao_sobre_a_psicose_na_teor%C3%ADa_freudiana%20\(1\)%20\(3\).pdf](file:///D:/Usu%C3%A1rios/Admin/Downloads/uma_reflexao_sobre_a_psicose_na_teor%C3%ADa_freudiana%20(1)%20(3).pdf)>. Acesso em: 01 mar. 2015.

FREUD, Sigmund. A perda da realidade na neurose e na psicose (1924). In: FREUD, Sigmund. **Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996a. v. 19, p. 201-209.

FREUD, Sigmund. Neurose e psicose. (1924[1923]) In: FREUD, Sigmund. **Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996b. v. 19, p. 163-171.

FREUD, Sigmund. Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranoia (*Dementia Paranoides*). (1911) In: FREUD, Sigmund. **Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996c. v. 12, p. 13-89.

FREUD, Sigmund. Sobre o narcisismo: uma introdução. (1914) In: FREUD, Sigmund. **Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996d. v. 14, p. 75-108.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo : Atlas, 2002.

GUERRA, Andréa M.C. Tecendo a rede na assistência em Saúde Mental Infanto-Juvenil: interfaces entre a dimensão clínica e a dimensão política. In: GUERRA, Andrea M.C; LIMA, Nádia L. de (Org.). **A clínica de crianças com transtornos no desenvolvimento: uma contribuição no campo da psicanálise e da saúde mental**. Belo Horizonte: Autêntica, 2003. p. 171-190.

GUERRA, Andréa M.C. A psicanálise no campo da saúde mental infanto-juvenil. **Psychê**, São Paulo, v. 9, n.15, jun. 2005. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1415-11382005000100011&script=sci_arttext>. Acesso em: 06 abr. 2015.

JEOVANI, Débora Oliveira Barbosa; BAETA, Mônica Machado. Módulos terapêuticos: uma possibilidade de socialização. In: GUERRA, Andrea M.C; LIMA, Nádia L. de (Org.). **A clínica de crianças com transtornos no desenvolvimento**: uma contribuição no campo da psicanálise e da saúde mental. Belo Horizonte: Autêntica, 2003. p. 237-246.

LACAN, Jacques. A metáfora paterna (1958). In: LACAN, Jacques. **Seminário, livro 5**: as formações do inconsciente. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999a. p. 166-184.

LACAN, Jacques. Édipo e Moisés e o pai da horda. (1970). In: LACAN, Jacques. **Seminário, livro 17**: o avesso da psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992. p. 95-110.

LACAN, Jacques. Introdução à questão das psicoses (1955). In: LACAN, Jacques. **O seminário, livro 3**: as psicoses. 2. ed. rev. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008, p. 09-25.

LACAN, Jacques. O fenômeno psicótico e seus mecanismos (1956). In: LACAN, Jacques. **O seminário, livro 3**: as psicoses. 2. ed. rev. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008, p. 92-108.

LACAN, Jacques. Os três tempos do Édipo (1958). In: LACAN, Jacques. **Seminário, livro 5**: as formações do inconsciente. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999b. p. 185-203.

LEITE, Márcio Peter de Souza. **Questões preliminares à psicanálise de psicóticos**. Instituto Márcio Peter, Palestra proferida na PUC-SP em 11.11.1987 durante a I Semana de Psicanálise. Disponível em: <<http://www.marciopeter.com.br/sitev2/images/pdf/biblioteca/questoes-preliminares-a-psicanalise-de-psicoticos.pdf>>. Acesso em: 01 mar. 2015.

LIMA, Nádia Laguárdia. A clínica psicanalítica de crianças com problemas orgânicos. In: GUERRA, Andrea M.C; LIMA, Nádia L. de (Org.). **A clínica de crianças com transtornos no desenvolvimento**: uma contribuição no campo da psicanálise e da saúde mental. Belo Horizonte: Autêntica, 2003. p. 105-112.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção em saúde mental**. Belo Horizonte. 2006. Disponível em <http://www.fasa.edu.br/images/pdf/Linha_guia_saude_mental.pdf>. Acesso em: 18 out. 2014.

NASCIMENTO, Y. et al. Perfil de crianças e adolescentes acompanhados por um centro de atenção psicossocial Infanto-juvenil. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, 2014. Disponível em: <<file:///D:/Usu%C3%A1rios/Admin/Downloads/5528-56257-1-PB.pdf>>. Acesso em: 06 abr. 2015.

NOGUEIRA, Rodrigo Chaves. A brincadeira de “parir gatos” ou como se faz política de saúde mental infanto juvenil: recortes. In: FERREIRA, Tânia; BONTEMPO, Valéria Lima (Org.). **Crianças e adolescentes**: o cuidado em saúde mental – o trabalho feito por muitos. Curitiba: CRV, 2012. p. 29-37.

OLIVEIRA, Mariana Sales Bacha. O conceito das estruturas clínicas neurose e psicose para a psicanálise. **Revista Científica do HCE**, Rio de Janeiro, Ano 3, n. 2, p.115-122, 2008, Disponível em: <<http://www.hce.eb.mil.br/rev/rev2008/conceitodasestrururas.pdf>>. Acesso em: 18 out. 2014.

PINTO, Rosemary Fiães. **CAPSi para crianças e adolescentes autistas e psicóticos**: a contribuição da psicanálise na construção de um dispositivo clínico. 2005. Tese de doutorado. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Disponível em: <[file:///D:/Usu%C3%A1rios/Admin/Downloads/psicanalise%20no%20Caps%20\(1\).pdf](file:///D:/Usu%C3%A1rios/Admin/Downloads/psicanalise%20no%20Caps%20(1).pdf)>. Acesso em: 07 abr. 2015.

RIBEIRO, Sérgio Luis. A criação do centro de atenção Psicossocial Espaço Vivo. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 24, n.3, p. 92-99, 2004. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v24n3/v24n3a12.pdf>>. Acesso em: 19 out. 2014.

ROUDINESCO, Elisabeth; PLON, Michel. Forclusão. In: ROUDINESCO, Elisabeth; PLON, Michel. **Dicionário de Psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998a, p. 245-246.

ROUDINESCO, Elisabeth; PLON, Michel. Nome-do-Pai. In: ROUDINESCO, Elisabeth; PLON, Michel. **Dicionário de Psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998b, p. 541-543.

SILVA, Luciane Fontes Waltemberg. Psicose desencadeada na infância. In: GUERRA, Andréa Máris Campos; LIMA, Nádia Laguárdia (Org). **A clínica de crianças com transtornos no desenvolvimento**: Uma contribuição no campo da psicanálise e da saúde mental. Belo Horizonte: Autêntica, 2003. p. 91-103.

SILVA, Mônica Eulália da. Crianças Invisíveis: Reflexões sobre o percurso histórico de construção da política pública de saúde mental para crianças e adolescentes em Minas Gerais. **Perspectiva em Políticas Públicas**. Belo Horizonte, v. 4, n. 7, jan./jun. 2011. Disponível em: <<http://revistappp.uemg.br/pdf/artigo2ppp7.pdf>>. Acesso em: 01 mar. 2015.

SILVA, Mônica Eulalia. Saúde mental infanto-juvenil: a experiência do CERSAMI. In: GUERRA, Andréa Máris Campos; LIMA, Nádia Laguárdia (Org). **A clínica de crianças com transtornos no desenvolvimento**: Uma contribuição no campo da Psicanálise e da saúde mental. Belo Horizonte: Autêntica, 2003, p. 227-235.

TAVARES, Maria Antunes. A clínica e a inserção social no atendimento em saúde mental com crianças e adolescentes: modelos, possibilidades e o trabalho em equipe. In: GUERRA, Andréa Máris Campos; LIMA, Nádia Laguárdia (Org). **A clínica de crianças com transtornos no desenvolvimento**: Uma contribuição no campo da psicanálise e da saúde mental. Belo Horizonte: Autêntica, 2003. p. 255-261.