

UM (DES)CUIDADO COMPARTILHADO: REFLEXÕES SOBRE A CLÍNICA PSICANALÍTICA COM CRIANÇAS E ADOLESCENTES NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

A (des) Shared Care: Reflections on the Psychoanalytic Clinic with Children and Adolescents in Psychosocial Attention

Priscila de Oliveira Vieira¹

Artigo encaminhado: 28/12/2018

Aceito para publicação: 28/11/2019

RESUMO: A partir do relato de uma experiência clínica no Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil, do município de Queimados (RJ), este artigo ressalta a Intersetorialidade como uma valiosa estratégia na montagem da rede de cuidados de crianças e adolescentes. Tomamos como direção a ideia de que os parceiros dos diferentes setores envolvidos no trabalho, através de um cuidado compartilhado, possam contribuir para potencialização de novas possibilidades na atenção psicossocial desses sujeitos. Porque, seguindo os princípios do SUS, as diretrizes da Política de Saúde Mental brasileira e o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) vamos considerar a criança não como simples objeto, mas como sujeito de direitos, que deve ser acolhida e cuidada em sua singularidade. Em consonância com essa perspectiva da criança como sujeito, responsável por sua demanda e por seu sintoma, trazemos algumas considerações da Psicanálise que fundamentam esse estudo de caso, para fomentar nossa reflexão. Partindo da história de uma criança marcada pela dimensão do "descuidado", do abandono, vamos apontar a importância de privilegiarmos a dimensão do compartilhamento do cuidado, as contribuições de cada um dos envolvidos no cenário psicossocial dessa criança e observar efeitos potentes ao dar voz à ela, ao construirmos e sustentarmos um lugar de fala para este "pequeno" sujeito.

Palavras-chave: Intersetorialidade. Política de Saúde Mental. ECA. Sujeito e Psicanálise.

ABSTRACT: Based on the report of a clinical experience at the Center for Child Psychosocial Care of the Municipality of Queimados (RJ), this article highlights Intersectoriality as a valuable strategy in the assembly of the care network for children and adolescents. We take as direction the idea that the partners of the different sectors involved in the work, through a shared care, can contribute to the potentialization of new possibilities in the psychosocial attention of these subjects. Because, following SUS principles, the guidelines of the Brazilian

¹ Psicóloga pela Universidade Federal Fluminense, Especialista em Saúde Mental Infanto Juvenil pelo Instituto de Psiquiatria do Brasil/UFRJ. prioliveira_psi@hotmail.com

Mental Health Policy and the Statut of the Child and Adolescent (CAS), we will consider the child not as a simple object, but as a subject of rights, which must be welcomed and cared for in its singularity. In keeping with this perspective of the child as subject, responsible for its demand and for its symptom, we bring some considerations of Psychoanalysis that underlie this case study, to foment our reflection. Starting from the story of a child marked by the "careless" dimension of abandonment, we will point out the importance of prioritizing the dimension of care sharing, the contributions of each of those involved in the psychosocial scenario of this child and observing potent effects in giving voice to it, as we build and sustain a speech space for this "small" subject.

Keywords: Intersectoriality. Mental Health Policy. CAS. Subject and Psychoanalysis.

1 A CRIANÇA E A SAÚDE MENTAL- PASSADO, PRESENTE E FUTURO...

No Brasil, a clínica da criança e a construção de uma política de assistência consistente dá sinais de um longo abandono e fica marcada por equívocos. Isso parece estar diretamente relacionado com o modo de conceber a criança ao longo da história, que se configurou sob o signo de proteção e cuidado e com um trabalho desenvolvido especificamente para elas, de fato, somente a partir do século XVIII (Ariès, 1981). Nesta época é que se começa, por iniciativa dos educadores, um trabalho com crianças consideradas deficientes, culminando na criação de instituições de ensino especial que atendessem à complexidade dos quadros apresentados. Enquanto isso, no que diz respeito aos estudos sobre doenças mentais na infância, eram muito poucos, isolados, restritos à noção de deficiência mental ou "idiotia", o que não fazia ganhar corpo o que constituía de fato essas doenças infantis.

No início do século XX, ganha corpo o interesse por uma assistência voltada especificamente para crianças e adolescentes, mas a despeito de toda boa intenção, o resultado sempre foi a lógica controladora e repressiva do Estado. Aqui nos deparamos com dois tipos de mal-entendidos, expostos por Couto (2004), que atravessaram a história assistencial de crianças e adolescentes no campo da saúde mental, nos deixando com uma dívida histórica para com eles. O primeiro é o pedagógico, reduzindo a criança à categoria de aprendiz que deve alcançar metas, padrões de normalidade à cada fase do desenvolvimento, reforçando a noção de deficiência, fazendo com que os

recursos sejam de caráter muito mais pedagógicos do que clínicos. O segundo seria a desconsideração de que uma criança possa ser louca, visto que a infância sustentada pelo imaginário de pureza e ingenuidade deveria representar bem os ideais de descendência.

Assim, historicamente, a marca das políticas de defesa dos direitos de crianças e adolescentes visando a garantia da proteção integral é o controle do Estado sobre eles e uma assistência voltada para institucionalização (BRASIL, 2014). Somente através de uma série de mudanças no contexto histórico-político-assistencial, chegamos ao panorama definido hoje, de nos dirigirmos a sujeitos de direitos, autônomos e singulares.

Dentre as legislações específicas que marcaram o cenário assistencial de crianças e adolescentes destacam-se o Código Mello Mattos de 1927, o Código de Menores de 1979 e o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) de 1990, que vigora até hoje. Os dois primeiros tinham como característica intervir na vida de crianças e adolescentes sem suporte social, através do controle, pelo viés moral-higienista. As noções "menino de rua" e "menor" perpassavam a assistência, acabando por privilegiar o asilamento dessa população "desviante", marcada por histórias de abandono, vulnerabilidade social, violência ou desvio de conduta/ato infracional. Já o ECA, assim como o Sistema Único de Saúde (SUS), inaugurados a partir da Carta Cidadã (1988), traz novas diretrizes para o cuidado de crianças e adolescentes. Trata-se de medidas específicas de proteção integral para esse público, porém, entendendo que não deve ser visto como mero objeto de controle e intervenção do Estado, mas detentor de direitos e prioridades em função de sua condição de ser em desenvolvimento, aqui considerado em sua potência, no seu devir, pelo viés de estar em construção.

Junto disso, a partir de um longo processo de debates e ações iniciado no campo da saúde mental de adultos, com a Reforma Psiquiátrica² e a aprovação da lei 10.216 (BRASIL, 2001), pudemos ver também a construção de uma rede de saúde mental infantojuvenil pautada pela orientação clínica de que esses indivíduos são sujeitos responsáveis por suas demandas e têm direito a um cuidado que leve em conta suas especificidades, rompendo com a lógica asilar.

²Processo que se iniciou no Brasil desde a década de 70 e mais do que criticar o sistema manicomial e propor um modelo de atenção com serviços substitutivos, procura incidir diretamente sobre o paradigma da Psiquiatria, sobre a ideia da loucura, a fim de dar outra resposta social a esse fenômeno. Assim, sustenta que o portador de transtorno mental é um sujeito, cidadão, com direitos e responsabilidades.

Essa nova forma de conceber o cuidado pressupõe que haja também novos princípios e diretrizes que norteiem a atenção. Com a criação e implantação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), temos o ordenamento das ações em saúde mental de um determinado território. Isso significa não só acolher e reconhecer como legítima toda demanda que lhe chega, absorvendo algumas no próprio serviço, mas também compartilhar outras de forma implicada e responsável, assim como trabalhar em equipe e na permanente construção de rede, mantendo abertos os canais de diálogo com os outros recursos do território (lugar psicossocial), sejam eles da área da saúde ou não. Esse princípio da Intersetorialidade tem se mostrado central na sustentação da Política de Saúde Mental Infantojuvenil, ampliando a noção do cuidar de um fazer meramente técnico para o protagonismo desses sujeitos e de suas famílias no processo de tratamento, com direito a exercer sua cidadania, com plena participação e inclusão na vida comunitária (BRASIL, 2005).

No caso de crianças e adolescentes temos os CAPSi, modalidade específica para a categoria, serviços de referência para uma população de cerca de 70.000 habitantes e, que compõe com outros dispositivos, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Deve priorizar os atendimentos a autistas e psicóticos, mas também os casos em que os problemas relacionados causem prejuízos psicossociais importantes para o indivíduo.

Acreditamos que foi através do tratamento de crianças e adolescentes que se "inscreveu definitivamente no campo da saúde mental pública a ação intersetorial como marco de referência, revelando possibilidades e desafios que vêm se mostrando extensíveis a todo o campo" (COUTO e DELGADO, 2010, p.271). Essa nova clínica compreende o trabalho em articulação com outros setores, que, muitas vezes existentes, mas desarticulados, não produzem efetividade. Para exemplificar podemos citar como parceiros, além da saúde e seus diferentes níveis de complexidade, a Educação, a Assistência Social com seus equipamentos e a Justiça/direitos, através do Conselho Tutelar e Ministério Público.

Segundo Couto et.al (2008), os pilares da atual política pública de saúde mental infantojuvenil são justamente a implantação dos CAPSi e a elaboração de diretrizes para a articulação intersetorial. A rede pública ampliada de atenção deve ser pautada por essa articulação de "serviços de diferentes setores, com

graus diferenciados de complexidade e níveis distintos de intervenção, capazes de responder pelas diferentes problemáticas envolvidas na saúde mental de crianças e jovens"(p.392).

Então, reforçamos a Intersetorialidade como poderoso instrumento no trabalho, vislumbrando um futuro promissor no campo da integralidade das ações de cuidado e concluindo, tal como proposto por Couto e Delgado (2010), que o grau do impacto decorrente dela "depende de que a própria saúde mental tenha claro qual o seu lugar e função, assim como os dos demais setores, condição de possibilidade para que novos alinhamentos sejam construídos e novos efeitos assistenciais produzidos"(p.273).

Baseados nisso, olhando para o futuro e contrários a retrocessos é que trazemos a seguir o relato de uma experiência clínica no CAPSi de Queimados³ (RJ). Consideramos que o investimento dos setores envolvidos na assistência, permitiram que pudéssemos oferecer e legitimar um lugar de fala para uma criança de nove anos, que num registro de grave vulnerabilidade social, pôde ser acolhida e cuidada em seu sofrimento, construindo novas possibilidades de vida. As contribuições da Psicanálise foram marcantes neste processo terapêutico e nos direciona a reflexões e encaminhamentos possíveis no campo da atenção psicossocial.

2 CHEGADA...

Nossa aproximação de André⁴ não se deu, como em muitos casos, pela presença no serviço, acompanhado de um familiar, com um encaminhamento para avaliação e conduta. Antes mesmo de André falar de suas questões, outros puderam falar sobre ele e pensar em estratégias de cuidado: sua história e a de seus cinco irmãos nos foi contada em reunião intersetorial com apresentação de relatórios acerca do acompanhamento dessas crianças. Isso, por si só, nos remete à importância das indicações da Psicanálise sobre a constituição subjetiva. Segundo esse corpo teórico, o sujeito não corresponde ao organismo,

³Queimados é um município do estado do RJ, com população de quase 150.000 habitantes, segundo dados do IBGE. Fica na chamada Baixada Fluminense, a cerca de 50 Km da capital e está emancipado desde 1990. O CAPSi já tem aproximadamente 10 anos de existência e trabalha com equipe mínima interdisciplinar e supervisão clínico-institucional, sustentando os princípios da Reforma Psiquiátrica e da Reabilitação Psicossocial.

⁴ Aqui demos um nome fictício para preservar a identidade de nosso "pequeno" paciente.

indivíduo ou sua simples nomeação, mas é efeito da relação com o Outro. Esse conceito formado por Jacques Lacan aponta para o Outro como linguagem, lugar simbólico que nos caracteriza como propriamente humanos. Antes mesmo de poder falar, o bebê é falado por alguém, tem sobre si expectativas que estão diretamente ligadas à cultura, marcas e representações que formam sua história, assim como de sua família e gerações. Ou seja, é inscrito numa cadeia simbólica que justifica sua presença no mundo - que mais que atender suas carências fisiológicas, vai investir desejo e amor como dom simbólico - que espera dele mais que um ser vivo, um sujeito. Portanto, segundo Lacan (1964, p. 193), "o Outro é o lugar da cadeia significante que comanda tudo o que vai poder presentificar-se do sujeito". A partir da retomada de Freud sobre a primazia do lugar da fala na experiência psicanalítica, Lacan apresenta o inconsciente estruturado como linguagem, tendo no significante sua via de transmissão. Este se caracteriza por não significar nada especificamente, mas remeter a um outro significante. O sujeito surge como efeito: advém da estrutura significante, em que um significante representa o sujeito para outro significante. Mas antes mesmo do advento de um sujeito, há um traço deste funcionamento próprio da linguagem no qual a cadeia espera por significação que permite o sujeito aí se contar, esse traço é o desejo.

Como as crianças não chegam aos serviços de saúde mental em nome próprio, com uma demanda de atendimento, o acolhimento precisa levar em conta o que há de particular do sujeito, que se relaciona ao seu desejo, diferenciando o que é seu e o que é daquele que apresenta a queixa. No caso de André era preciso construir junto com ele o que estava em questão nos seus sintomas e que passou primeiro pela escuta dos dispositivos que o acompanhavam. A partir daí lhe foi oferecido um lugar de fala e esse foi o primeiro passo para que algo desse sujeito aparecesse: "a clínica psicanalítica só pode existir onde há fala; em psicanálise o sujeito é aquele que fala, a clínica sendo o advento do sujeito através de sua fala" (ALBERTI, 2010, p.14).

Menino de nove anos, em sua segunda passagem pelo Abrigo Municipal e frequentando escola regular, o motivo de seu abrigamento deveu-se a quadro de grave vulnerabilidade e risco social, que pôde aparecer inicialmente na instituição de ensino, determinante tanto no acolhimento do sofrimento quanto para os encaminhamentos possíveis. A irmã mais velha de André denunciou na

escola a situação grave que viviam em casa: negligência e abuso físico e sexual por parte do genitor. A situação, compartilhada com o Conselho Tutelar, foi definida pelo Ministério Público que decidiu pela institucionalização das crianças, com o mandato de afastá-las do risco e por entender que não havia familiares próximos que se responsabilizassem pelo cuidado das mesmas.

Vale ressaltar que esse já era um segundo momento de institucionalização, visto que na primeira vez o motivo teria sido o abandono por parte da mãe das crianças, deixando-os em condições precárias. Nesta época, o pai, sabendo da situação, passa a fazer visitas regulares ao Abrigo demonstrando interesse de se responsabilizar pelos filhos. Segundo relatório da equipe da Assistência Social, as crianças ficaram por três meses acolhidas e foram reintegradas, com guarda para o genitor, que passou a receber os benefícios sociais ("Bolsa Família" e "Minha Casa, Minha Vida"), como forma de auxiliar no cuidado e bem-estar dos filhos. Porém, um ano e quatro meses após o primeiro acolhimento, as crianças retornam ao Abrigo, dessa vez por negligência nos cuidados básicos e suspeita de abuso sexual por parte do genitor.

A história de André e seus irmãos nos foi apresentada pelos serviços numa dimensão repetida do abandono, violência e vulnerabilidade social, onde nos convocam, enquanto dispositivo da saúde mental, a pensar em ações na integralidade do cuidado. Esse foi um primeiro e importantíssimo passo: poder ouvir, acolher e compartilhar- assumindo o princípio intersetorial.

Nessa reunião regular entre os dispositivos da saúde mental e outros recursos do território, pudemos falar de cada criança, dos sintomas apresentados e como poderíamos ampliar a rede de atenção. Escutamos o que os setores observaram sobre elas e procedemos à direção clínica proposta a partir dessa interlocução: algumas foram encaminhadas para atendimento em ambulatório de Saúde Mental, outras estariam em observação e André e seu irmão mais novo seriam acolhidos e acompanhados no CAPSi.

A preocupação com André era como ele respondia àquela situação de abandono e abusos. Segundo informações apresentadas na reunião, ele negava veementemente que o pai houvesse cometido violência, mesmo diante da afirmativa clara e com riqueza de detalhes dos irmãos. Na escola chegou a praticar furto e afirmar que recebeu o objeto do pai, além de reproduzir alguns

comportamentos sexualizados do pai para com os irmãos, reforçando o ciclo de dor e sofrimento tanto para ele mesmo como para os outros.

3 A CONSTRUÇÃO DA DEMANDA E O MODELO IDENTIFICATÓRIO

Inicialmente, ao nos dirigirmos a André, além de informar sobre a natureza do nosso serviço e fazer algumas pactuações a respeito daquele espaço, questionamos o motivo dele estar ali. Ele diz não saber, mas, de alguma forma, ao longo dos atendimentos, percebíamos que ele parecia aceitar a oferta feita a ele: fale!

Ele diz estar morando num abrigo com seus cinco irmãos, afirmando também não saber o motivo do abrigamento. André apresenta-se extremamente comunicativo, inteligente e agradável. Logo no primeiro atendimento se interessa por fazer um desenho: seus cinco irmãos, não se colocando nessa produção. Falava sobre a relação com os irmãos, sobre os avós paternos e pouco dos pais. Sobre o pai, falou com muita admiração, mas, num primeiro momento, minimiza sua importância dizendo, por exemplo, ter aprendido a soltar pipas sozinho ou não ter tido sua influência na escolha do seu time de futebol.

A marca da identificação em relação ao pai, tão presente no discurso sobre André, começa a ganhar novos contornos na fala dele. Freud, em diversos trabalhos ao longo de sua obra vai demarcar o eu como instância identificatória e Lacan, mais tarde, numa releitura, vai falar de identificação significativa pela relação entre sujeito, significante e afeto. A identificação na concepção psicanalítica não se refere a uma simples imitação, mas diz do traço que constitui o sujeito e, segundo Stenner (2004, p. 57) "cuja nova ação psíquica necessita de um ideal que, por ser mítico, opera enquanto significante". É esse significante, retirado como traço do Outro que representa o sujeito, sempre do desejo. Sendo assim, uma identificação significativa, segundo Starnino (2016, p.236) "é um fenômeno no qual um sujeito adquire, sustenta e assume para si um traço que a princípio era do Outro: ampliando assim o que lhe é próprio".

No que nos diziam sobre André, ele teria sido o único filho a não sofrer abuso sexual e ocupava um lugar importante entre os irmãos, oferecendo proteção e cuidado. A equipe do Abrigo sinaliza sua iniciativa de acordar pela madrugada para "cobrir" os irmãos, preocupando-os por perceberem certo comportamento sexualizado nessa atitude, muito referenciado ao pai. Ao ser

questionado, André afirma seu cuidado com os irmãos e podemos pontuar que no Abrigo há educadores capazes de auxiliar nisso, numa certa mediação, e assim ele não precisaria se preocupar tanto. Nos atendimentos seguintes ele relata melhora do sono e conta alguns sonhos, inclusive com contexto familiar importante.

O Complexo de Édipo foi trabalhado por Freud apontando para criança como ser sexuado. A criança tem a mãe como seu primeiro objeto de amor, de investimento sexual. No entanto, no processo de constituição subjetiva ela passa por um processo de separação em relação a esse objeto. Freud (1913), retrata em Totem e Tabu, como se funda a civilização pela morte do pai, e a consequente identificação com ele, gerando também os interditos sociais. Consideramos então, a entrada da função paterna funcionando como uma interdição, na qual a criança terá que lidar com as exigências de uma lei que impõe um limite entre ela e a mãe, que sustenta a impossibilidade de um gozo total nessa relação. Falamos de pai e mãe nesse contexto como função, em que o pai é considerado uma metáfora, um significante que se inscreve na cadeia discursiva substituindo um outro significante, o do desejo materno. "É porque o Nome do Pai barra o desejo da mãe, relativizando-o, que o sujeito pode buscar investimentos alhures, fora do seio da família" (ALBERTI,2010, p.18).

Após o episódio dos sonhos, André começa a falar dos pais mais claramente e aparece o conflito entre seu afeto por eles e o fato de se deparar com suas falhas. Diz que gosta do pai, mas que ele os deixava sozinhos em casa e relata uma situação em que o pai furtou dinheiro da avó para uso de bebida alcoólica. Ela o proibiu de entrar na casa, porém, após alguns dias, deixou que retornasse. Diante de seus conflitos com o pai, André decide que, assim como a avó, ficaria sem falar com ele por dez dias e depois o perdoaria. Aqui, podemos apontar que o motivo do abrigamento começava a aparecer. Ele concorda e consegue dizer que acredita se tratar de mais do que isso: admite que o pai pode ter feito algo com suas irmãs.

Seguem-se atendimentos em que em meio a brincadeiras, jogos e músicas, André traz a mãe para o seu discurso, assim como o desejo de voltar a morar com ela, a tristeza por sua ausência, que, apesar de deixá-los sozinhos, não os agredia. Em contrapartida, o pai começa a aparecer como uma figura agressiva.

Ressaltamos aqui, como diz Freud em *Psicologia da massas e análise do eu* (1921), que a identificação se constitui como a mais antiga manifestação de uma ligação afetiva, na qual acontece a incorporação de traços de outros, de três maneiras, dentre elas, como forma de laço emocional com o objeto, proveniente do Complexo de Édipo, em que o sintoma expressa o amor pelo objeto (ainda que num desejo hostil de tomar o lugar do seu opositor na relação edipiana) ou, ainda, pode ser o mesmo que o da pessoa amada.

André retoma então sua suspeita de que o pai "mexeu com suas irmãs". Vivenciando um grande conflito, afirma que isso é agressão, mostrando grande interesse em apurar essa informação que, caso fosse verdadeira, poderia chamar a Polícia para prendê-lo. Falamos sobre o lugar do adulto no cuidado de uma criança e que, caso isso seja rompido, há consequências legais. Quando André se vê questionado sobre a possibilidade de receber uma resposta afirmativa da violência sexual cometida pelo pai e da consequência dele se haver com a Lei, responde emocionado: "agora fiquei sem palavras" (sic). Ainda, segundo Alberti (2010), um parâmetro importante para o estabelecimento do final da infância é a definitiva incorporação do Outro da infância, marcada pela idealização dos pais. Mas, à medida que a criança cresce, "percebe aos poucos suas falhas, de forma que o terreno vai se preparando para o processo de separação da adolescência"(p.13).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Três meses seguidos de atendimentos regulares e numa das sessões André diz: "Descobri porque estamos no abrigo. Era aquilo mesmo" (sic). Daí em diante falamos sobre a gravidade da situação e ele completa: "Meu pai fez muito errado, fez com minhas irmãs o que só dois adultos fazem" (sic). Pontuamos a importância de ele agora compreender o motivo do afastamento do pai e de estar sob responsabilidade do Estado, bem como o fato de sua chegada àquele espaço terapêutico ter o objetivo de auxiliarmos nessa elaboração. Nesse momento André se dirige ao teclado disponível na sala de atendimento, diz que "inventa" músicas e canta, com o acordo de ser um segredo nosso: "Havia um sabiá na floresta, ouviu-se: O sabiá morreu! O sabiá morreu! *Só depois* eu percebi que o sabiá foi cantar para Deus"(sic).

Não é fortuito, portanto, que o ato fundador da ordem simbólica esteja ligado à morte para Freud (...). É precisamente para evidenciar que o pai em Freud é sempre um pai morto, isto é, um pai enquanto significante, que Lacan diz tê-lo designado como Nome-do-Pai. (CASTRO, 2011, p.1413).

Evidencia-se nesta experiência que através da Psicanálise só poderemos saber os efeitos de um trabalho num *só depois*. André seguiu por mais um tempo em atendimento contando que estava passando os finais de semana com uma família acolhedora, que estava em processo de adoção dele e dos irmãos, entendendo que era o melhor para todos naquele momento. No último atendimento antes da alta, ele faz um desenho e pede para que eu também faça, para que possamos trocar. Ele faz uma paisagem onde estamos os dois, com uma dedicatória: "Foi bom te conhecer!" (sic). Eu desenho uma paisagem com um barco no mar apontando para o futuro... que seja um futuro de outros bons encontros! Em nosso caso, um encontro que começou pelo compartilhamento do cuidado entre equipes que o assistiam, acolhendo seu sofrimento. Eis a Intersetorialidade como direção fundamental na clínica com crianças e adolescentes na atenção psicossocial.

REFERÊNCIAS

ALBERTI, S. *O adolescente e o Outro*. 3.ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2010.

ARIÈS, P. *História Social da criança e da família*. 2.ed. Guanabara, Rio de Janeiro, 1981.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, 1988.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. *Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, 1990.

_____. *Estatuto da Criança e do Adolescente*. Brasília, 1990.

_____. Lei nº 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*. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil*. Brasília, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional do Ministério Público. *Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos*. Brasília, 2014.

CASTRO, J.C.L. *A Palavra é a Morte da Coisa: Simbólico, Gozo e Pulsão de Morte*. In: Revista Mal-estar e Subjetividade, vol. XI, n.4, p.1405-1428, Fortaleza, 2011.

COUTO, M. C. V. *Por uma Política Pública de Saúde Mental para crianças e Adolescentes*. In: FERREIRA, T. A criança e a saúde mental: enlaces entre a clínica e a política. Belo Horizonte: Ed. Autêntica, 2004.

COUTO, M.C.V, DUARTE, C.S e DELGADO, P.G.G. *A saúde mental infantil na saúde pública brasileira: situação atual e desafios*. In: Revista Brasileira de Psiquiatria, Vol.30, n.4, p.390-398, 2008. Disponível na Internet em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v30n4/a15v30n4>. Último acesso em 12/12/2018.

COUTO, M.C.V e DELGADO, P.G.G. *Intersectorialidade: uma exigência da clínica com crianças na atenção psicossocial. Considerações Preliminares*. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E.L. e TANAKA, O.Y. *Atenção em Saúde Mental para crianças e adolescentes no SUS*. São Paulo: Ed. Hucitec, 2010.

FREUD, S. *Totem e Tabu*. ESB, vol.XIII. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1990 (1913).

FREUD, S. *Psicologia da massas e análise do eu*. ESB, vol.VXII. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1990 (1921).

LACAN, J. *Os quatro conceitos fundamentais da Psicanálise*. In: O Seminário, livro 11. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988 (1964).

STARNINO, A. *Sobre identidade e identificação em Psicanálise: um estudo a partir do Seminário IX de Jacques Lacan*. In: Revista dois pontos, Revista do

Departamento de Filosofia da Universidade Federal do Paraná e da
Universidade Federal de São Carlos, vol.13, n.3, p.231-249, 2016.

STENNER, A. S. *A identificação e a constituição do sujeito*. In: Revista
Psicologia, Ciência e Profissão, vol.24, n.2, Brasília, 2004.