

“PRÁTICA ENTRE VÁRIOS” À BRASILEIRA: O PAPEL DA PSICANÁLISE NOS CAPSIS

Carla JEUCKEN¹

Maycon Rodrigo da Silveira TORRES²

Giselle FALBO³

Resumo

Neste artigo, abordaremos a inserção da “Prática entre Vários” nos Centros de Atenção Psicossocial infantojuvenis (CAPSis) como estratégia de trabalho orientada pela psicanálise em articulação com as diretrizes do SUS, valendo-nos dos estudos que respaldam essa prática e a experiência de trabalho nessas instituições. Determo-nos, introdutoriamente, na articulação entre psicanálise e clínicas públicas tal como proposto por Freud. Apresentaremos, depois, um breve histórico focado nas instituições voltadas ao atendimento de crianças e adolescentes autistas e psicóticos na França cuja direção de trabalho é norteada por essa estratégia clínica, bem como a inserção desta nas instituições brasileiras que atendem crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade psíquica e social. Por fim, assinalamos que a clínica entre vários pressupõe a adaptação da instituição à singularidade do sujeito e a promoção de um espaço de fala que possibilite a construção de um discurso, logo, alinha-se eticamente às diretrizes do SUS.

Palavras-chave: Saúde mental; Instituição; CAPSi; Psicanálise; Prática entre Vários.

1

“PRACTICE AMONG SEVERAL” IN THE BRAZILIAN CONTEXT: THE PSYCHOANALYSIS IN CAPSIS

Abstract

In this article, we focus on integrating the concept of “Practice Among Several” within CAPSis (Psychosocial Care Centers for Children and Adolescents) as a strategy for psychoanalytically oriented work aligned with SUS (Unified Health System) guidelines. We begin with an introductory discussion on the relationship between psychoanalysis and public clinics, as proposed by Freud. Then, we present a brief historical overview focusing on institutions dedicated to the care of autistic and psychotic children and adolescents in France, whose work direction is guided by this clinical strategy, as well as focusing on its integration into Brazilian institutions that serve children and adolescents in situations of psychic and social vulnerability. Finally, we emphasize that the “clinic among several” presupposes

¹ Universidade Federal Fluminense (UFF), Instituto de Psicologia, Niterói, RJ, Brasil. E-mail: carlajeucken@tutanota.de. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4114-410X>

² Universidade Federal Fluminense (UFF), Instituto de Psicologia, Niterói, RJ, Brasil. E-mail: mrstorres@id.uff.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9479-7521>

³ Universidade Federal Fluminense (UFF), Instituto de Psicologia, Niterói, RJ, Brasil. E-mail: gisellefalbo@id.uff.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4995-3630>

the adaptation of the institution to the singularity of the subject and the promotion of a space for speech that enables the construction of a discourse, thus ethically aligning itself with SUS guidelines.

Keywords: *Psychoanalysis; Mental Health; Institution; Children psychosis; Practice among Several.*

LA “PRÁCTICA ENTRE VARIOS BRASILEÑA”: EL PAPEL DEL PSICOANÁLISIS EN LOS CAPSIS

Resumen

En este artículo, abordaremos la inserción de la "Práctica entre Varios" en los Centros de Atención Psicosocial infantojuveniles (CAPSis) como una estrategia de trabajo orientada por el psicoanálisis en articulación con las directrices del SUS. Nos detendremos, de manera introductoria, en la articulación entre el psicoanálisis y las clínicas públicas tal como lo propuso Freud. Luego presentaremos una breve reseña histórica centrada en las instituciones dedicadas a la atención de niños y adolescentes autistas y psicóticos en Francia, cuya orientación laboral está guiada por esta estrategia clínica, así como la inserción de esta en las instituciones brasileñas que atienden a niños y adolescentes en situación de vulnerabilidad psíquica y social. Finalmente, señalamos que la "clínica entre varios" presupone la adaptación de la institución a la singularidad del sujeto y la promoción de un espacio de habla que posibilite la construcción de un discurso, alineándose éticamente con las directrices del SUS.

2

Palabras-clave: *Psicoanálisis; Salud Mental; Institución; Psicosis infantil; Práctica entre Varios.*

INTRODUÇÃO

A inserção de psicanalistas em instituições não é exatamente uma novidade, tampouco uma inovação brasileira. Freud, desde o período entre guerras, já se posicionava a favor das clínicas de psicanálise com oferta de atendimentos gratuitos dirigidos às populações menos abastadas. Isto se comprova pelos registros de uma conferência proferida no *V Congresso Internacional de Psicanálise*, pouco antes do término da primeira guerra, ocasião em que asseverou à plateia composta por representantes dos governos da Alemanha, da Áustria e da Hungria: “em algum momento, a consciência da população acordará e a alertará para o fato de que o pobre tem o mesmo direito à assistência anímica que ele já tem agora à assistência cirúrgica, que salva vidas” (Freud, 1918/2017, p. 201).

O que se seguiu a essa conferência, na conjuntura social do pós-guerra, foi a proliferação de clínicas gratuitas e sociais instituídas em Berlim, Viena e Budapeste pelos participantes do evento e, por Ernest Jones, em Londres. A partir de então, houve também

uma mudança no posicionamento de numerosos analistas, que se tornaram defensores ferrenhos das clínicas gratuitas (Danto, 2013). Com tal intervenção, Freud logrou responsabilizar o Estado pela acessibilidade aos tratamentos voltados à “saúde psíquica”. Em 24 de fevereiro de 1920, ocorreu, então, em Berlim, a cerimônia de inauguração da Policlínica para Tratamento Psicanalítico de Doenças Nervosas [*Psychoanalytische Behandlung Nervöser Krankheiten*], “o primeiro centro psicanalítico ambulatorial designado especificamente como clínica gratuita” (Danto, 2013, p. 83, tradução nossa).

As clínicas gratuitas e sociais fundadas pelos discípulos de Freud se voltavam a atendimentos ambulatoriais destinados a neuróticos, especialmente àqueles que retornavam traumatizados da guerra. Como se sabe, Freud dedicou a maior parte de sua práxis às questões relacionadas às neuroses e ao atendimento de pacientes adultos – com exceção à invenção, na composição que fez com o pai de Hans, que lhe possibilitou dar escuta a Hans (1909/2024), e à análise mais extensa das questões das psicoses através da autobiografia de Schreber (1912/2024). Embora acreditasse que a psicanálise não era aplicável a certos casos, especialmente às psicoses, às crianças e aos idosos, Freud previu que mudanças nos procedimentos empregados na clínica poderiam modificar algumas dessas contraindicações. No que tange às psicoses, o autor comenta:

Se quiser se seguir pela via segura, limite a sua seleção a pessoas que possuem um estado normal, já que no procedimento psicanalítico é a partir dele que nos apoderamos do que é da ordem do doentio. Portanto, psicoses, estados de confusão e de profunda melancolia [*Verstimmung*] (quero dizer: tóxicos) são inadequados para a Psicanálise, pelo menos tal como ela é exercida *até agora*. Não descarto absolutamente que com uma modificação adequada do procedimento se possa superar essa contraindicação e, assim, iniciar uma psicoterapia das psicoses (Freud, 1905/2017, p. 72, grifo nosso).

3

O desenvolvimento das referidas clínicas sociais e a extensão da práxis psicanalítica para além dos casos clínicos que têm o recalque como mecanismo fundamental abriram espaço para a presença da psicanálise em novos dispositivos, diversos dos consultórios particulares. No Brasil, foi em um contexto de renovação social que surgiu a brecha para a reivindicação de assistência gratuita em saúde, inclusive no campo da saúde mental, como responsabilidade do Estado. Os Movimentos da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica Brasileira surgiram no período do regime ditatorial e, com a reabertura democrática do país no final da década de 80, fortaleceram-se ainda mais em prol do acesso gratuito a serviços de saúde. Promulgada a Constituição (1988) – conjunto de leis que sustenta o regime democrático do país – saúde passou a ser assegurada como um direito do cidadão e dever do Estado, o que criou condições para a sustentação da Lei 8.080, que regula as ações e os serviços de saúde pública que compõem o Sistema Único de Saúde (SUS). Aproximadamente uma década após a criação do SUS, foi aprovada a Lei 10.216 (Brasil, 2001), que redirecionou o modelo assistencial em saúde mental, complementada pela Portaria 336 (Brasil, 2002),

que dispõe sobre a estruturação e o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como serviços substitutivos aos manicômios, para tratamento de “pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial” (Brasil, 2002).

Desse contexto de transformação social, vale destacar que os psicanalistas desempenharam papel relevante nas contribuições clínicas e teóricas para as mudanças na assistência às pessoas em sofrimento psíquico. Desde Freud, com a concepção de que um delírio não seria um sintoma patológico, mas uma tentativa de cura, até Jacques Lacan, com a direção de todo tratamento possível para a psicose, psicanalistas defenderam – e continuam a defender – um trabalho clínico no campo da fala e da linguagem sustentado pela transferência, isto é, pelo laço entre paciente e terapeuta. Psicanalistas lacanianos participam atualmente de práticas institucionais, muitos deles sem abandonar suas práticas privadas. Situados em tal conjuntura, eles buscavam não apenas afirmar a especificidade da psicanálise no âmbito teórico, mas também integrá-la às questões práticas, sociais e culturais que permeiam a saúde mental (Fernandes, 2004). Assim, a despeito do forte imaginário social que ainda paira no Brasil acerca do *setting* clássico do analista e do alto custo das sessões de análise, paradoxalmente, hoje já não causa tanto estranhamento a inserção de psicanalistas em serviços públicos de saúde.

Atuando em diversas frentes, dentre as possíveis áreas de atuação de analistas vinculados a instituições, encontram-se as equipes de assistência, a coordenação de serviços ou mesmo as supervisões institucionais, sobretudo nos CAPS para tratamento de adultos, de usuários de álcool e outras drogas (CAPSad) ou de crianças e adolescentes (CAPSi). Nesses dispositivos, bem distante do imaginário em torno do divã e do consultório particular, o psicanalista trabalha junto a uma equipe multidisciplinar empenhada em oferecer ao usuário assistência psíquica e social através de oficinas, grupos terapêuticos, acompanhamento psiquiátrico e terapêutico, visitas domiciliares, atendimentos à família etc. Tendo em vista que o laço social nesses quadros clínicos é bastante precário, a direção de trabalho nessas instituições consiste em firmar e ampliar, junto com o usuário, uma rede simbólica para que, assim, ele possa prescindir da instituição tanto quanto lhe for possível, ainda que ela permaneça como um lugar ao qual ele possa se endereçar, especialmente nos momentos de crise.

Uma das formas de inserção da psicanálise nas instituições de saúde ocorre pela fundamentação ética e teórica do trabalho realizado em equipe, através do que se denominou *Prática entre Vários* [*pratique à plusieurs*], termo cunhado por Jacques-Alain Miller durante a *Terceira Jornada da Rede Internacional de Instituição Infantil* – ocorrida em Bruxelas em 1996 (Azevedo, 2019). Este termo designa uma modalidade de trabalho dos psicanalistas nas instituições da rede destinadas ao atendimento de crianças e adolescentes em intenso sofrimento psíquico. Com base nas reflexões teóricas extraídas da clínica psicanalítica com pacientes psicóticos, conforme desenvolveremos adiante, esta práxis orienta a posição daqueles que trabalham com as crianças e adolescentes para que seja tratada a dimensão excessiva do laço com o outro/Outro.

A contraindicação que Freud (1905/2017) fez ao tratamento das psicoses através do método psicanalítico citada anteriormente incidia, sobretudo, no problema posto pela relação transferencial nesta modalidade da clínica. Com a recomendação de Lacan de que o psicanalista não retroceda diante das psicoses, a questão se recoloca. Partindo do princípio de que o mecanismo que rege os fenômenos clínicos que caracterizam as psicoses é a forclusão, e que tais fenômenos são decorrentes do modo como a linguagem se estrutura a partir dele, o laço transferencial pode ser localizado e interrogado em suas particularidades. Em decorrência disso, estratégias clínicas são propostas para contornar o que pode fazer obstáculo ao tratamento. Nesse sentido, o trabalho realizado nas instituições de saúde mental, em equipe, abre espaço para que se possa tratar o que há de excessivo no laço entre o psicótico e seus outros, modulando-os e distribuindo-os pela inserção de vários profissionais. Consideramos, portanto, a inserção da psicanálise nos CAPSis, através da Prática entre Vários, uma modalidade de trabalho em equipe que resguarda e compõe, a um só tempo, a ética da psicanálise e as bases norteadoras da assistência estabelecidas pelo SUS.

A PRÁTICA ENTRE VÁRIOS: UMA BREVE INCURSÃO

De acordo com o psicanalista Antonio Di Ciaccia, a Prática entre Vários é uma modalidade de trabalho clínico com crianças e jovens, autistas e psicóticos, desenvolvida por várias pessoas em um contexto institucional que “faz referência à psicanálise de Sigmund Freud, segundo o ensinamento de Jacques Lacan, mas não prevê a utilização do dispositivo analítico propriamente dito” (Di Ciaccia, 2005b, p. 34). Esta iniciativa surgiu em uma instituição para crianças autistas e psicóticas chamada Antenne 110, situada nas proximidades de Bruxelas e que, inicialmente, pretendia oferecer tratamento a crianças autistas. Ao abordar a história de sua fundação, Di Ciaccia reconhece a possibilidade de construí-la como “uma instituição que seja a mais coerente possível – do ponto de vista da estrutura – com as respostas esperadas para atender aos problemas levantados pelo autismo e pela psicose infantil” (Di Ciaccia, 2005b, p. 42). Com a psicanálise lacaniana, haveria essa possibilidade operativa, pois o saber oferecido por ela “permite que tenhamos sempre, e em cada caso, alguma luz sobre o funcionamento do ser falante e sobre as modalidades de seus laços sociais”; clareza que, longe de se resumir a um saber adquirido, “estimula a busca de soluções talvez ainda inéditas”, já que preconiza a lógica de cada caso, da singularidade de cada um (Di Ciaccia, 2005b, p. 42).

Na proposta inicial da Antenne 110, os profissionais ocupavam funções equivalentes em relação à escuta, de modo independente de suas formações profissionais: nas “atividades do cotidiano da casa e [d]as oficinas terapêuticas” eles buscavam “acompanhar as crianças na construção de soluções e saberes acerca de seus sofrimentos” (Azevedo,

2019, p. 1333). Em outras palavras, os parceiros da criança não se presentificariam no tratamento com suas especialidades, pois

para o parceiro da criança autista, assim como para a criança psicótica, é a estrada da suposição de saber que tem que ser seguida com precaução, pois ela é de todo inoperante ou conduz a uma sequência que poderia levar, no primeiro caso, a um retorno do gozo mortífero no corpo, e no segundo, à emergência de um Outro perseguidor (Di Ciaccia, 2005b, p. 46).

“Outro” é aqui concebido lacanianamente como o que designa um “lugar simbólico - o significante, a lei, a linguagem, o inconsciente [...] – que determina o sujeito, ora de maneira externa a ela, ora de maneira intrassubjetiva em sua relação com o desejo” (Roudinesco & Plon, 1998, p. 558). Nota-se, portanto, a tentativa de construir um funcionamento institucional que contemple as especificidades do laço transferencial característico das psicoses e do autismo, quadros clínicos nos quais o Outro se apresenta de maneira invasiva e excessiva. É nesse contexto que se apreende o sintagma “saber não saber” que norteia a posição de cada um na transferência, preceito fundamental para evitar encaminhamentos desastrosos nessas circunstâncias institucionais e que, ademais, oferece coordenadas para um modo inédito de trabalho em equipe.

No sentido de organizar o modo de operar da psicanálise em instituições, Di Ciaccia propõe que haja um suporte com quatro eixos estruturantes do trabalho, que seriam: a parceria de cada um da equipe com a criança, o papel do diretor terapêutico, o ponto de referência teórico-clínico e a reunião de equipe (Di Ciaccia, 2005b). Consideremos, então, ainda que resumidamente, esses eixos de funcionamento institucional, posto que essas elaborações embasam o trabalho de outras instituições europeias que surgiram com propostas semelhantes à de Antenne 110, como é o caso da instituição Le Courtil, situada na Bélgica, sobre a qual discorreremos adiante.

O primeiro eixo de funcionamento institucional concerne aos membros da equipe que devem assumir a responsabilidade de se tornarem parceiros da criança, o que não se faz pela especificidade profissional ou técnica, mas com base na própria posição subjetiva de cada um. Não se trata, contudo, de uma norma para assegurar um funcionamento ideal da equipe, mas de adequar a clínica “às exigências impostas pela estrutura da criança autista” (Di Ciaccia, 2005b, p. 47-48). Dentre as condições para o trabalho nessa perspectiva clínica da Prática entre Vários, destacamos a “descontinuidade na presença dos parceiros da criança autista, cujo funcionamento permutativo facilita a instauração do Outro regulado e limitado, bem como impede o surgimento de um único parceiro e a fixação da criança nesse parceiro” (Di Ciaccia, 2005b, p. 46). Lembramos que, concernente a esse ponto, nos modos convencionais de tratamento, a transferência fica depositada no psicanalista que escuta aquele sujeito. Nesse caso, para que o laço não se torne excessivo, conta-se com o auxílio de vários. Com esse *modus operandi*, portanto, preserva-se a continuidade do trabalho da

criança, evitando que ela se aloque em uma “posição afetiva falsamente terapêutica” e, ao mesmo tempo, resguarda-se a saúde mental dos membros da equipe (Di Ciaccia, 2005b, p. 46). Através dessa estratégia, é possível notar que a “descontinuidade na presença dos parceiros” é uma chave importante para dar tratamento ao Outro, de maneira a regulá-lo. Esta mesma direção, conforme veremos, é adotada na Prática entre Vários implementada nos CAPSis.

Quanto ao papel do diretor terapêutico, segundo eixo estruturante do trabalho, ele não desempenha uma função que incide diretamente nas crianças autistas, nem nos membros da equipe. Seu objetivo é fazer a instituição funcionar ao preservar “um vazio central – vazio de saber” que permite aos membros e ao conjunto da equipe se destituírem de um saber objetivante e totalizador”, mas “plenamente responsáveis, um a um, pelo ato que o trabalho comporta” (Di Ciaccia, 2005b, p. 49). Sua função é análoga a do *mais-um* na elaboração de saber no cartel, dispositivo de base das escolas de psicanálise que se pautam no ensino de Lacan. O diretor terapêutico, assim como o *mais-um*, opera no sentido de colocar os sujeitos em trabalho sem encarnar o lugar de mestria, mantendo pulsante o furo no saber.

O terceiro eixo seria o ponto de referência teórico-clínico que diz respeito à psicanálise freudiana, acessada via ensino de Lacan, com orientação de Jacques-Alain Miller. O trabalho da equipe, assim como o trabalho de cada parceiro da criança, é referido a essa orientação que inclui estudos de um *corpus* de textos trabalhado em equipe e em supervisão na instituição. Sobre esse eixo, convém ressaltar ainda que, nessas instituições, também se produz um trabalho teórico sobre a prática clínica concreta cujo esteio são as atividades de intercâmbio com outras instituições. A função do intercâmbio seria expor a produção do saber entre outras instituições, sem supô-las detentoras desse saber. Nesse ponto se situa a importância de não se estabelecer um sujeito suposto saber na clínica com as psicoses, de fazer valer o saber exposto, em um jogo no qual desse “saber exposto cada membro se tornará responsável em relação à própria equipe, assim como a equipe se tornará responsável em relação às demais instituições” (Di Ciaccia, 2005b, p. 50).

Por fim, o quarto eixo concerne à reunião de equipe, o que nos interessa especialmente neste trabalho, na medida em que é nesse dispositivo que se aprofunda a construção do caso clínico. As reuniões são fundamentais para que se crie um lugar em que se fala da criança, não para torná-la objeto ou para construir um saber a seu respeito, mas sim para “sustentar a articulação de um discurso sobre ela, o qual, por intermédio da fala dos membros da equipe, oferece-lhe a possibilidade de se tornar efeito do discurso” (Di Ciaccia, 2005b, p. 48). Somente desse modo é possível sustentar a aposta no sujeito acolhido na instituição. Ademais, a reunião também serve para furar um suposto saber obtido pelo acompanhamento das crianças e jovens, fazendo prevalecer a criação, sempre por fazer, referente à posição subjetiva dos pacientes. As reuniões também se configuram como lugar apropriado para se levar em conta o que dizem os componentes da equipe sobre sua posição de sujeito do dizer, fazendo da fala sobre o trabalho entre vários um ato, somente

“quando é um dito de um dizer responsável” (Di Ciaccia, 2005b, p. 48). Resumidamente, a reunião serve à “elaboração do saber através da contribuição de cada membro da equipe na direção de circunscrever o real em jogo, caso a caso, com cada criança” (Di Ciaccia, 2005b, p. 48-49).

A Prática entre Vários, sustentada por esses eixos, foi estendida como modalidade de trabalho para outras instituições orientadas pela psicanálise lacaniana. Dentre elas, destacamos a instituição Le Courtil, fundada em 1982 na Bélgica pelo psiquiatra e psicanalista Alexandre Stevens. Vinculada ao Institut Médico-Pédagogique Notre Dame de la Sagesse (IMP), esta instituição acolhe, desde 1950, “crianças e jovens em sofrimento psíquico” (Azevedo, 2019, p. 1332). Embora estivesse vinculada ao IMP, sua atuação era independente, a orientação de trabalho psicanalítica e, desde sua fundação, o propósito do Courtil foi modelar o funcionamento da instituição conforme o caso atendido, preconizando, dessa forma, a singularidade de cada um dos acompanhados.

Após uma década de funcionamento, a instituição passou a integrar a Rede Internacional das Instituições Infantis (R13), criada por Jacques-Alain Miller, com o intuito de fazer com que “instituições de orientação psicanalítica tivessem uma inscrição no discurso social” (Azevedo, 2019, p. 1333). Foram fundados novos polos de tratamento, onde, atualmente, são acolhidos mais de duzentos internos e semi-internos (Azevedo, 2019). Como afirmamos, a prática clínica sustentada no Courtil é orientada pela psicanálise lacaniana, por isso a formação é “demandada de todos os que ali trabalham” (Azevedo, 2019, p. 1334). Os profissionais possuem diferentes especialidades que, de maneira independente de sua formação acadêmica, são denominados interventores. Tal como exposto quando discorreremos sobre os eixos que sustentam a Prática (Di Ciaccia, 2005b), no Courtil são oferecidos aos analistas seminários de orientação teórica, vinculados ao Campo Freudiano, bem como supervisão individual, inclusive para estagiários provenientes de diversos países, dado o compromisso da instituição com a transmissão. Como direção de trabalho, a instituição opera por uma suspensão de saber e do senso comum dos interventores para que haja brecha para a surpresa e as bricolagens inventadas pelos acompanhados. No Courtil, portanto, a Prática entre Vários sustenta o trabalho institucional tanto de interventores como de estagiários.

No contexto brasileiro, a assistência em saúde mental para crianças e adolescentes com transtornos graves se estruturou como política de saúde há menos de três décadas. Os Centros de Atenção Psicossocial infantojuvenis surgiram para reconfigurar o cenário anterior de tenebrosa institucionalização à qual crianças e adolescentes estiveram submetidos por longos anos. Muitos psicanalistas atuam nos CAPSis e, para se orientarem no trabalho entre vários profissionais e várias instituições, recorrentemente consideram os preceitos da Prática entre Vários norteadores do tratamento, a despeito das enormes diferenças entre as conjunturas de procedência e de aplicação da Prática. A seguir, discorreremos sobre a implementação das novas políticas nacionais de saúde mental a partir das quais foram edificadas os dispositivos para o atendimento a crianças e adolescentes no Brasil, para, em

seguida, situar o trabalho da Prática entre Vários no novo contexto de assistência estabelecido pelo SUS.

A PSICANÁLISE NAS NOVAS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL PARA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

Segundo Couto e Delgado (2015), só surgiu no Brasil uma proposição diretiva para desenvolver políticas de saúde mental, voltadas especificamente a crianças e adolescentes, anos após a promulgação da Portaria 336 (Brasil, 2002). Antes disso, articulações e institucionalizações envolvendo esse público ficavam a cargo dos setores de assistência social e do campo educacional, respaldadas em propostas “mais reparadoras e disciplinares do que propriamente clínicas ou psicossociais” (Couto & Delgado, 2015, p. 19). As políticas públicas voltadas à saúde mental foram fortalecidas não só pela sustentação jurídica conferida a eles pelo SUS, mas também por terem se alicerçado no movimento internacional de defesa de direitos, o que teria levado “as sociedades a reconstruírem suas agendas e ações dirigidas a eles [às crianças e aos adolescentes]” (Couto & Delgado, 2015, p. 20).

Assim, eventos externos ao campo da saúde mental foram também considerados marcos na construção social e política de uma nova concepção de criança e adolescente, especialmente: (1) a Convenção das Nações Unidas (ONU) em 1989 que estabeleceu um novo paradigma de concepção da infância ao indicar que a criança é um sujeito e um cidadão de plenos direitos; e (2) a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em 1990, no Brasil, que visa garantir direitos específicos, de cidadania, para crianças e adolescentes. Com essas mudanças de cunho político e jurídico, criou-se um ideal de proteção integral que se tornou marco orientador das novas políticas e ações destinadas a esse grupo. Crianças e adolescentes passaram, desse modo, da condição jurídica de “menores” à “sujeito de direitos” (Couto & Delgado, 2015, p. 21).

Embora marcos legais, por si só, não alterem a realidade, deve-se, no entanto, reconhecer que a nova concepção de criança e de adolescente construída sob a perspectiva dos direitos humanos possibilitou que crianças e adolescentes fossem desde então considerados em seus aspectos fundamentais, em suas histórias de vida, experiências particulares, em sua condição de ser falante; sujeitos que, em sua singularidade, possuem alegrias, sofrimentos, são passíveis de adoecimento e manifestam o mal-estar que lhes acossa, cada um à sua maneira. Ao adoecerem, portanto, eles devem ter o direito de serem cuidados, especialmente se seu sofrimento “impossibilita a construção ou sustentação de laços sociais” (Couto & Delgado, 2015, p. 22). Esses preceitos foram fundamentais para embasar eticamente os atendimentos ao público infantojuvenil em casos de intenso comprometimento psíquico e vulnerabilidade psicossocial. Desse modo, a concepção de criança e adolescente como ser falante, e não mais somente como ser falado, funda uma nova política e uma outra ética de tratamento condizente com a entrada de psicanalistas nas

instituições de saúde brasileiras, já que, para a psicanálise, a criança e o adolescente devem ser escutados como sujeitos e não tratados como objetos.

A despeito da inclusão tardia da assistência à infância e à adolescência na agenda política da saúde mental brasileira (Couto & Delgado, 2015), deve-se salientar que mais de dez anos antes do lançamento da Portaria 336 (Brasil, 2002), já estava em funcionamento o Núcleo de Atenção Intensiva à Criança Autista e Psicótica (NAICAP). Este foi um serviço pioneiro no atendimento – em esfera pública – de crianças autistas e psicóticas, vinculado ao Instituto Philippe Pinel, no Rio de Janeiro. Tratava-se de um projeto de hospital dia que sofreu várias reformulações até que fosse modulado como o dispositivo que vigorou até sua extinção. Neste ínterim, o NAICAP funcionou como um serviço diário e intensivo para acolhimento e tratamento de crianças e adolescentes, levando em consideração a singularidade de cada caso atendido.

Além de ofertar atendimentos, o NAICAP pretendia contribuir para a formação, ensino e pesquisa em saúde mental da infância e da adolescência. A direção de trabalho, fundamentada na psicanálise, sustentava-se em parceria com outras instituições: com a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), com a Coordenação de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, com as secretarias estaduais e municipais de Saúde e Educação, com as universidades, com o programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica do Instituto de Psicologia (UFRJ) e com o Instituto de Clínica Psicanalítica do Rio de Janeiro (ICP-RJ) da Escola Brasileira de Psicanálise. Essas interlocuções sempre foram fundamentais, pois possibilitaram ao NAICAP manter a abertura para a pesquisa e para o intercâmbio interinstitucional (Ribeiro & Monteiro, 2004). Desse modo, embora não funcionasse ainda no formato de um Centro de Atenção Psicossocial infantojuvenil, o serviço propunha uma ética alinhada com os princípios desinstitucionalizantes da Reforma Psiquiátrica.

No que concerne ao surgimento dos CAPSis e à articulação dessas instituições com a psicanálise, destacamos o papel dos psicanalistas na criação do CAPSi Maria Clara Machado e do CAPSi Pequeno Hans. Antes do surgimento do SUS e dos regulamentos que garantiram o reordenamento ético-político da assistência infantojuvenil, o destino de crianças e adolescentes “com problemas mentais” no Rio de Janeiro eram educandários, reformatórios ou o Hospital de Neuropsiquiatria Infantil – fundado em 1942 por Getúlio Vargas – situado no bairro Engenho de Dentro. Em 1974, a instituição concentrava todas as internações de crianças e adolescentes da cidade e do estado do Rio de Janeiro cujos diagnósticos eram diversos: encefalopatas, oligofrênicos profundos e portadores de várias outras condições psiquiátricas, além dos “desviantes sociais”. Com a remodelação da assistência, movimento que propiciou o surgimento de outros dispositivos de cuidado, dentre eles os CAPSis, articulações intersetoriais começaram a ser realizadas. Essa reconfiguração da gestão, atrelada à reformulação do modo de oferecer assistência, em conjunto com a articulação de diferentes setores nesse processo de mudança, fizeram com que as demandas de internação no Hospital diminuíssem, tendo sido registrada em 2005 queda de 70% de internações (Lambert & Borsoi, 2007).

Pela reconfiguração no modo de assistência e do acesso aos serviços de saúde, influenciados pela municipalização, em 1999, do antigo Centro Psiquiátrico Pedro II – atual Instituto Municipal Nise da Silveira – foi possível a construção do Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil Maria Clara Machado em 2007 (Oliveira, 2007). Sua criação foi iniciada em 2005 e abrangeu o acolhimento de crianças e adolescentes que necessitavam de atenção intensiva e diária, residentes na área de planejamento correspondente à sua alocação. As reformulações na forma de gerir as instituições, entretanto, não teriam incidência direta no caráter clínico do trabalho no CAPSi; mudanças reais neste contexto só foram possíveis “porque a equipe dedicou-se à tarefa de analisar seu funcionamento, estabelecendo mudanças na concepção e na lógica do trabalho clínico” (Lambert & Borsoi, 2007, p. 88-89). O trabalho em equipe, orientado pela psicanálise, foi estabelecido a partir da aposta na consolidação de outro modo de tratamento a ser ofertado no CAPSi Maria Clara Machado.

Neste contexto, os serviços de atenção a crianças e adolescentes ainda eram incipientes. Poucos anos antes, o CAPSi Pequeno Hans havia sido inaugurado como o primeiro CAPSi do Rio de Janeiro, fundado através de um convênio com uma ONG responsável pela montagem de uma equipe técnica orientada pela psicanálise. Este estabelecimento observou princípios como contingência e universalidade da clínica, uma aposta da psicanálise na possibilidade de acolher a dimensão da singularidade do sujeito que escapa à ciência moderna. A abordagem enfatiza a impossibilidade de restrições para a emergência de algo do real a ser tratado na clínica. O serviço, portanto, é caracterizado por ser de portas abertas, acolhendo todos aqueles que buscam algum tipo de tratamento, sem a necessidade de um diagnóstico médico ou psiquiátrico (Bezerra, 2013).

Convém notar que uma ética assentada na proposta do SUS exige que os técnicos da instituição partam de um pressuposto comum, a saber, de que a criança/adolescente é um sujeito que deve ser tratado em sua singularidade, noção que “impede que esse cuidado se exerça de forma homogênea, massiva e indiferenciada” (Brasil, 2005b, p. 11). Há, portanto, um impasse permanente que se coloca para os técnicos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no que se refere à assistência infantojuvenil: criar uma maneira de oferecer escuta à singularidade do sujeito, que ofereça tratamento apropriado em cada caso, em âmbito intra e interinstitucional. Isto porque a dimensão institucional da tarefa sempre tende ao universal e ao estabelecimento de enquadres homogeneizantes – o que pode fácil e recorrentemente preconizar generalizações e categorias diagnósticas silenciadoras, a serviço de supostos subsídios para intervenções das equipes. A psicanálise, através da Prática entre Vários, apresenta-se nessa circunstância como possibilidade de lidar eticamente com tal impasse.

O ANALISTA E O CAPSI ENTRE VÁRIOS

A orientação de trabalho dos profissionais no CAPSi não corresponde exatamente à proposta da Prática entre Vários, posto que seu contexto clínico é outro. No entanto, o trabalho institucional respaldado pelo SUS é guiado por uma ética que converge com a ética psicanalítica, pois a proposta de oferta equânime de assistência comporta um desafio: ao mesmo tempo que o princípio pretende garantir acesso universal e igualitário à saúde, ele indica que isso só se sustenta quando consideradas as “necessidades, diversidades e especificidades de cada cidadão ou grupo social” (Brasil, 2005b).

Ainda que a psicanálise leve em conta o sujeito do inconsciente, e não exatamente o cidadão, pode-se depreender que existem brechas que possibilitam articular um trabalho que faça confluír a ética preconizada pelo SUS e a ética da psicanálise. Consideramos que um exemplo bem-sucedido deste empreendimento é, justamente, a Prática entre Vários. Neste dispositivo, tal como demonstramos, aposta-se em um sujeito que, quando fala, deve ser escutado para além do que diz. Através desta escuta, propor-se-á uma direção de tratamento com a equipe multidisciplinar que o acompanhará no CAPSi, e com profissionais de outros setores que constituem a rede simbólica que ele tece para sustentá-lo no laço social. Embora as equipes dos CAPSis sejam multidisciplinares, e apesar de nem todos os profissionais terem obrigatoriamente formação psicanalítica, há a possibilidade de se dispor a trabalhar preservando a singularidade de sua formação ao mesmo tempo em que se apoia a prática profissional nas diretrizes do SUS e na ética da psicanálise. Isso se sustenta através das reuniões de equipe, dispositivo que funciona para construção do caso clínico e (re)elaboração de um projeto terapêutico particularizado para cada usuário.

Retomando a primeira função da reunião indicada por Di Ciaccia (2005b), seria conveniente indagarmos sobre as discussões acerca dos casos clínicos, em equipe, de modo que não se faça da criança um objeto sobre o qual se construiria um saber supostamente completo. Para nos aprofundarmos nessa questão, que diz respeito à escuta e à preservação da singularidade no manejo clínico por parte da equipe, encontramos referências importantes no trabalho de Viganò (1999) sobre a construção do caso clínico. Como ponto de partida, deve-se ter em vista que “a clínica é um ensino que não é teórico, mas que se dá a partir do particular, não é a partir do universal do saber, mas do particular do sujeito” (Viganò, 1999, p. 40). Isso quer dizer que, apesar das diferentes formações e orientações teóricas diversas daqueles que trabalham em uma equipe multidisciplinar, as intervenções não se orientam por um somatório de saberes. Pelo contrário, é a partir do furo no saber da equipe que podemos escutar o que o sujeito tem a dizer sobre seu sofrimento e as possibilidades de entrada em um projeto terapêutico – daí a função do diretor terapêutico como um dos eixos que estrutura o trabalho na instituição (Di Ciaccia, 2005b).

Sobre esse aspecto das diferentes formações que compõem a equipe, deve-se salientar que o trabalho de construção do caso clínico “opera um corte transversal em todas as figuras profissionais” e que o “trabalho constrói um saber possível em torno daquele

sujeito *naquele momento*” (Viganò, 1999, p. 47, grifo nosso), ou seja, ele privilegia a dimensão sincrônica da clínica e a estrutura do sujeito sem se valer de especialismos que indicariam o que fazer em cada caso a partir de generalizações estabelecidas a priori. Esse “não-saber a priori” é condição para que o sujeito seja localizado e consiga produzir a seu modo algum laço e dar tratamento ao gozo. Embora seja preciso contar com um saber que lance alguma luz na direção do tratamento de cada criança ou adolescente, considera-se na construção dos casos um ponto-cego que descompleta aquilo que é dito pela equipe sobre o sofrimento do usuário. A tensão aqui decorre da tentativa de manter a especificidade de cada um, relacionada a uma direção de trabalho comum (Herrera, 2004, p. 53). Di Ciaccia comenta o efeito do tamponamento desse lugar vazio de saber:

Esquecer esse não-todo conduz o operador a inflar seu próprio estilo, como se ele fosse “o estilo”, como se existisse um só estilo do qual ele seria a encarnação. Esquecer esse não-todo conduz os componentes da direção a universalizar as respostas a essas questões que são os pacientes, como se existisse um saber total e totalizante do qual eles seriam os depositários (Di Ciaccia, 2005a, p. 24).

Essa obstrução pode acontecer, por exemplo, quando se busca nos atendimentos o bem do outro. Neste caso, a criança e o adolescente ficam no lugar de objeto de cuidado e de compreensão, o que impossibilita que eles elaborem algo sobre seus sofrimentos, que haja espaço para que eles construam, cada um à sua maneira, meios de regular esse Outro que a qualquer momento pode ser tomado como invasor, caprichoso, deixando os profissionais frente ao impasse imposto pela transferência na psicose – que pode ser massiva para o sujeito. Um fragmento da clínica representa bem esta questão. Durante meses de acompanhamento de um usuário do CAPSi que apresentava muita dificuldade para manter seu asseio pessoal, a técnica de referência do caso insiste reiteradamente que ele tome banho. E, diante de suas demandas, ele se recusa veementemente a acolher quaisquer sugestões que ela faça nessa direção, ora respondendo negativamente, ora se afastando e se ausentando dos atendimentos. Às vezes, permanecia em silêncio circulando pelo CAPSi. Certo dia, após a discussão do caso em reunião, a técnica acompanha o paciente sem que houvesse qualquer demanda da parte dela. O usuário, então, dirige-se espontaneamente a outro profissional que estava na instituição e lhe pede para tomar banho ali mesmo. Foi, portanto, através da presença deste outro que a demanda da técnica – que se colocava como excessiva – pôde ser esvaziada, de maneira que o sujeito pudesse formular o seu pedido.

Para que o trabalho sustentado em equipe no CAPSi se viabilize, é necessário que haja um técnico que sirva, como a própria denominação indica, como referência para que o usuário se ancore em algum laço, possibilitando alguma abertura para o tratamento. É a partir dessa referência, desse ponto de sustentação, que ele poderá se dirigir a outro técnico, a outras pessoas da equipe, colocando-se como sujeito e, por vezes, driblando o

Outro quando este se torna intrusivo com suas demandas, ideais etc. Desse modo, o técnico de referência não comparece a todas as atividades das quais o usuário participa, justamente porque este tecerá uma rede com outros técnicos aos quais ele poderá dirigir-se, caso deseje. Trata-se aqui de uma estratégia que acompanha, como vimos, a experiência do Courtil, no sentido de pluralizar a figura deste Outro de maneira a torná-lo menos excessivo.

Como mencionamos, para que o sujeito possa surgir e se responsabilizar por seus atos, é preciso deixar aberto o lugar do não-saber. Trabalhar tendo como pressuposto o *não-saber a priori*, contudo, não é nada cômodo. Pode ser tão angustiante que, quando uma intervenção falha, mas opera quando outro técnico intervém, pode-se correr o risco de supor que a falha se deve a algum tipo de incompetência profissional. Percebemos isso nas falas de alguns técnicos, dentre as quais destacamos uma que nos parece bastante elucidativa. Trata-se de uma fala de uma técnica que, durante a discussão de um caso recém-chegado na instituição, na reunião de equipe, reconhece ficar muito angustiada, a ponto de não conseguir ouvir nada, ao receber as demandas dos acolhidos em avaliação na instituição. Diz que tenta compreender o que está acontecendo, mas não consegue; começa a ficar muito nervosa e prefere pedir que outro técnico faça o acolhimento.

Dessa fala, podemos extrair duas direções no que se refere ao “não-saber” como motor do trabalho. Por um lado, não só os usuários, mas também os técnicos podem se dirigir ao restante da equipe quando não conseguem lidar com a angústia frente ao caso ou à situação – afastamento que pode ter efeitos clínicos para o paciente, como vimos, em certas circunstâncias. Em contrapartida, isso pode levar a um movimento de desresponsabilização pelo caso. É pertinente, portanto, que haja um trabalho para sustentar esse lugar de *não-saber*, que ancore a equipe, para que os profissionais possam dirigir-se a outros quando se fizer necessário, na direção de uma corresponsabilização, independente da especialidade, afinal, cada um que se coloque como parceiro da criança deverá “pôr-se em jogo (...), assumir, em primeira pessoa, a própria responsabilidade, sem reenviá-la ou descarregá-la em um outro, a quem seria conferida assim a posição de sujeito suposto saber” (Di Ciaccia, 2005b, p. 47). E são as reuniões de equipe com supervisão – realizada por alguém de fora da instituição – que tornam possível preservar esse lugar.

São as reuniões de equipe que possibilitam que as intervenções e respostas dos adultos tenham uma direção dada por hipóteses formuladas sobre o usuário, “mas sempre atentos ao fato de que são hipóteses, sendo então necessária sua formulação com o trabalho de cada dia” (Herrera, 2004, p. 54). Esses encontros também funcionam como instrumento para problematizar as demandas que chegam ao CAPSi. Em muitos casos, o CAPSi é colocado no lugar de resolver os impasses para os quais outras instituições não conseguem dar encaminhamento. Como exemplo, podemos citar as situações nas quais instituições de ensino solicitam diagnósticos que supostamente legitimariam decisões referentes à mudança de alunos de turmas regulares para classes especiais. Através das reuniões, preserva-se, portanto, o lugar de CAPSi como ordenador da rede, convocando outros serviços a discutirem os casos, suas demandas, a se articularem. Nestes encontros,

impede-se a aceitação de qualquer solicitação sem refletir sobre os constantes e variados pedidos vindos de outros setores. Trata-se de uma direção de trabalho pertinente, uma vez que, aceitando esse lugar, o CAPSi recairia no lugar do detentor de um saber totalizante em relação aos outros serviços, retrocedendo ao modo hospitalocêntrico de operar.

Ao CAPSi, portanto, cabe manter-se como um entre várias instituições, isto é, sustentar um lugar de vazio de saber, dentro da instituição e fora dela, quando se articula intersetorialmente, preservando uma seta apontada para procurar, no “fora”, o que lhe falta:

(...) do CAPS espera-se o movimento centrífugo, rumo à constituição de novos laços, novas redes. (...) Na prática institucional isto nem sempre é fácil em função de uma tendência colocada para todos nós de querer abarcar tudo, harmonizar a vida, completar. Isto chega às vezes às raias de um certo imperativo. Imperativo na direção de que se teria de equacionar a vida de quem nos procura, em todos os seus aspectos, de que isto sim seria um bom trabalho. Nada mais manicomial do que esta pretensão totalizante (Macedo, Reichtand & Mira, 2007, p. 76-77).

A Supervisão Clínico-Institucional (SCI), no contexto de equipes multiprofissionais, desempenha o papel de articular a clínica e a gestão com a tensão entre a prática e o mandato social da política pública. Os supervisores podem ser vistos como alguém externo à instituição capaz de ouvir de outro lugar os atravessamentos transferenciais entre membros da equipe e os usuários e familiares. Este trabalho ocorre apoiado sobre três pilares principais: o território, as orientações teórico-clínicas voltadas para a singularidade de cada caso e o fortalecimento dos vínculos entre os trabalhadores da própria equipe e de outras equipes da rede. A presença de supervisores em dispositivos de assistência pública decorre da dificuldade de comunicação, particularmente entre os diferentes discursos que compõem uma equipe (Torres, 2023).

É essencial apontar que esta dificuldade de comunicação tem sua raiz nos limites da própria linguagem, mas agrava-se pela insuportabilidade implicada na posição de escuta do real. A dimensão imaginária da linguagem tenta insistir na ilusão de uma comunicação plena, pautada no sentido. O problema é que tudo o que escapa ao sentido acaba sendo escamoteado; na prática isto pode induzir o abandono de tratamento de um usuário. Podemos concluir que as reuniões e supervisões da equipe possibilitam uma regulação dessa pretensa “plenitude” tanto dentro do CAPSi, entre os técnicos, como fora dele, entre os outros serviços e instituições, servindo como “um dos recursos privilegiados de resistência à tendência totalizante que nos espreita” (Macedo, Reichtand & Mira, 2007, p. 81).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os novos encaminhamentos e o respaldo jurídico que modelaram a assistência a crianças e adolescentes em intenso sofrimento e em intensa vulnerabilidade psicossocial possibilitaram abordá-las em sua singularidade, o que envolve não tomar o que é dito sobre eles como substituto de suas próprias palavras, uma vez que só se reconhece alguma singularidade nos casos acompanhados quando se oferece espaço para a fala e para a escuta, sem tomar as demandas formuladas por outros (familiares, professores, outras instituições) como próprias do sujeito (Brasil, 2005a). Nesse contexto, conforme discorreremos, a psicanálise nas instituições, baseada na Prática entre Vários, oferece subsídios à elaboração de um direcionamento comum para o tratamento, independente das especialidades de cada profissional ou das instituições.

Considerar a psicanálise na instituição diz respeito à elaboração de um modo específico de alinhar a direção do tratamento, pois o que está em jogo não é uma modalidade de trabalho “em equipe” no sentido tradicional da expressão, uma vez que a atuação de cada um não aconteceria necessariamente de acordo com sua especialidade clínica e terapêutica (Di Ciaccia, 2005b). Adaptada ao contexto brasileiro, a Prática entre Vários articula-se à multidisciplinaridade que faz parte dos CAPSis e da rede intersetorial na qual o analista se insere, situação em que os profissionais não abdicam de suas especialidades, mas, ainda assim, concebem o alinhamento da direção do tratamento pela dimensão do real do encontro de cada um com o usuário, quando ocorre a diluição do suposto saber que costuma atravessar os atendimentos institucionais.

A criação do SUS como garantia e como regulador do acesso universal à saúde pública é um marco histórico, quiçá a maior conquista civilizatória brasileira. Por civilizatória concebemos, aqui, uma organização simbólica que produz subtração de gozo. Isto posto, pode-se pensar que sua proposta acompanha *pari passu* a política da psicanálise, quando lembramos, com Lacan, que “toda formação humana tem, por essência, e não por acaso, de refrear o gozo” (Lacan, 1967/2003, p. 362). Assim, a interlocução das diretrizes do SUS com a ética da psicanálise pode ser possível, desejável e profícua, ainda que ela só se sustente na tensão entre os movimentos normatizadores e os ideais provenientes do campo político e a proposta radical da psicanálise de apostar no sujeito do inconsciente. Talvez esse seja um dos maiores desafios para tal interlocução: afinar um trabalho com equipes, dentro do CAPSi e fora dele, que aposte na articulação das duas éticas que visam ao ser falante.

Nas instituições brasileiras, as especialidades dos técnicos devem ser levadas em consideração no cotidiano do trabalho. É preciso, contudo, que se escute o sujeito, a radicalidade de sua singularidade, e que daí seja colhido o material que orientará os atendimentos. Nesse sentido, abre-se mão do saber suposto de antemão, dos ideais de bem que determinariam o que é melhor para os usuários, que os direcionariam para uma reabilitação/ressocialização sem que haja qualquer participação deles na construção de seu próprio projeto terapêutico. Se não há nenhum significante que venha do Outro capaz de

predicar inteiramente o sujeito, somente através da preservação de um furo do lado da instituição que lhe oferece possibilidades para suas próprias elaborações é que ele poderá dar tratamento ao gozo que o avassala.

REFERÊNCIAS

Azevedo, P. P. F. (2019). Uma experiência clínica no Courtil: uma instituição orientada pela Prática entre Vários. *Psicologia em Revista*, 25(4), 1331-1342. <https://doi.org/10.5752/P.1677-1168.2019v25n3p1331-1342>

Barros, M. (2004). Prefácio. In J. M. de L. C. Ribeiro & K. A. de C. Monteiro (Orgs.), *Autismo e Psicose na criança: trajetórias clínicas* (pp. 17-19). 7 Letras.

Bezerra, D. S. (2013). *O lugar da clínica na reforma psiquiátrica brasileira*. CRV.

Brasil. (1990). *Lei nº 8.080*, de 19 de setembro de 1990. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm

Brasil (2001). *Lei nº 10.216*, de 6 de abril de 2001. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm

Brasil (2002). Ministério da Saúde. *Portaria nº 336*, de 19 de fevereiro de 2002. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html

Brasil (2005a). Ministério da Saúde. *Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil*. Editora do Ministério da Saúde. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/05_0887_M.pdf

Brasil (2005b). Ministério da Saúde. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Relatorio15%20anos%20Caracas.pdf>

Carvalho, S. L., & Coppus, A. N. S. (2021). A escuta psicanalítica no Centro de Atenção Psicossocial: um relato de experiência. *ASEPHallus*, 16(32), 114-128. http://www.isepol.com/asephallus/numero_32/pdf/08%20-%20Alinne%20Nogueira%20e%20Samantha.pdf

Couto, M. C. V., & Delgado, P. G. G. (2015). Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. *Psicologia Clínica*, 27(1), 17-40. <https://doi.org/10.1590/0103-56652015000100002>

Couto, M. C. V., Duarte, C. S., & Delgado, P. G. G. (2008). A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 30(4), 390–398. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462008000400015>

Danto, E. A. (2013). *Psicoanálisis y justicia social (1918-1938)*. Gredos.

Di Ciaccia, A. (2005a). A criança e a instituição. In M. de M. Lima & S. Altoé (Orgs.), *Psicanálise, clínica e instituição* (pp. 19-24). Rios Ambiciosos.

Di Ciaccia, A. (2005b). A prática entre vários. In M. de M. Lima & S. Altoé (Orgs.), *Psicanálise, clínica e instituição* (pp. 34-54). Rios Ambiciosos.

Fernandes, F. L. (2004). Notas sobre o início do ensino de Lacan no Rio de Janeiro. In *A clínica psicanalítica e as novas formas de gozo* (pp. 173-177). Tempo Freudiano.

Freud, S. (2017). Sobre Psicoterapia. In S. Freud, *Fundamentos da Clínica* (pp. 63-79) (C. Dornbusch, Trad.). Autêntica. (Obra original publicada em 1905)

Freud, S. (2017). Caminhos da terapia psicanalítica. In S. Freud, *Fundamentos da Clínica* (pp. 191-204) (C. Dornbusch, Trad.). Autêntica. (Obra original publicada em 1918)

Freud, S. (2024). Análise da Fobia de um garoto de cinco anos (caso Pequeno Hans). In *Histórias Clínicas: cinco casos paradigmáticos da clínica psicanalítica* (pp. 173-333) (T. L. C. Romão, Trad.). Autêntica. (Obra original publicada em 1909)

Freud, S. (2024). Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia (dementia paranoides) descrito com base em dados autobiográficos (caso Schreber). In *Histórias Clínicas: cinco casos paradigmáticos da clínica psicanalítica* (pp. 539-630) (T. L. C. Romão, Trad.). Autêntica. (Obra original publicada em 1912)

Herrera, J. G. (2004). Uma passagem pelo Naicap. In: Ribeiro, J. & Monteiro, K. (orgs.). *Autismo e Psicose na criança: trajetórias clínicas*. 7 Letras.

Lacan, J. (2003). Alocução sobre as psicoses da criança. In *Outros escritos* (pp. 359-368). Jorge Zahar Editor.

Lambert, A., & Borsoi, P. (2007). Lugar de criança é fora do hospício: a história do CAPSi Maria Clara Machado. In *Archivos contemporâneos do Engenho de Dentro/Instituto Municipal Nise da Silveira* (pp. 87-93). Instituto Municipal Nise da Silveira.

Lima, R. C., et al. (2017). Atenção psicossocial a crianças e adolescentes com autismo nos CAPSi da região metropolitana do Rio de Janeiro. *Saúde e Sociedade*, 26(1), 196-207. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017168443>

Macedo, M., Rehtand, M., & Mira, M. (2007). Pensando o cuidado dentro e fora – a criação do CAPS Clarice Lispector. In *Archivos contemporâneos do Engenho de Dentro/Instituto Municipal Nise da Silveira* (pp. 70-81). Instituto Municipal Nise da Silveira.

Oliveira, E. (2007). Cuidando da desconstrução: do Engenho de Dentro para um Engenho de Fora. In *Archivos contemporâneos do Engenho de Dentro/Instituto Municipal Nise da Silveira* (pp. 14-37). Instituto Municipal Nise da Silveira.

Ribeiro, J. M., & Monteiro, K. A. (2004). Apresentação. In J. M. Ribeiro & K. A. Monteiro (Orgs.), *Autismo e Psicose na criança: trajetórias clínicas* (pp. 13-16). 7 Letras.

Roudinesco, E., & Plon, M. (1998). *Dicionário de psicanálise*. Zahar.

Torres, M. R. (2023). Supervisão em Psicanálise: uma revisão sistemática (2012-2022). *PSI UNISC*, 7(2), 119-140. <https://doi.org/10.17058/psiunisc.v7i2.18121>

Viganò, C. (1999). A construção do caso clínico em saúde mental. *Revista Curinga*, 13, 39-481.

Recebido em: 22/06/2024

Reapresentado em: 25/10/2024

Aprovado em: 06/11/2024

SOBRE OS AUTORES

Carla Jeucken é psicanalista. Doutoranda vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal Fluminense (UFF). Psicóloga pela UFF. Licenciada e Bacharel em Letras Português/Alemão e suas respectivas Literaturas pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

Maycon Rodrigo da Silveira Torres é psicólogo e psicanalista. Doutor em Psicologia pela Universidade Federal Fluminense (UFF). Professor Adjunto de Psicologia Clínica e Saúde Mental (UFF). Membro do Laboratório de Psicanálise e Laço Social (LAPSO/UFF).

Giselle Falbo é psicanalista e Doutora em Teoria Psicanalítica da UFRJ. Professora Associada do Instituto de Psicologia (UFF). Membro do Laboratório de Psicanálise e Laço Social (LAPSO/UFF).