



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
FACULDADE DE ENFERMAGEM

**GIULIA DELFINI**

**CUIDADO À CRIANÇA COM TRANSTORNO MENTAL POR MEIO DO  
BRINQUEDO TERAPÊUTICO DRAMÁTICO: ABORDAGEM PELA RELAÇÃO  
INTERSUBJETIVA**

CARE FOR CHILDREN WITH MENTAL DISORDERS THROUGH DRAMATIC  
THERAPEUTIC TOY: AN INTERSUBJECTIVE RELATIONSHIP APPROACH

CAMPINAS

2023

**GIULIA DELFINI**

**CUIDADO À CRIANÇA COM TRANSTORNO MENTAL POR MEIO DO  
BRINQUEDO TERAPÊUTICO DRAMÁTICO: ABORDAGEM PELA RELAÇÃO  
INTERSUBJETIVA**

Dissertação apresentada à Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para a obtenção do título de Mestra em Ciências da Saúde, na Área de Concentração: Cuidado e Inovação Tecnológica em Saúde e Enfermagem.

ORIENTADOR: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Vanessa Pellegrino Toledo

COORIENTADOR: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Ana Paula Rigon Francischetti Garcia

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO  
FINAL DA DISSERTAÇÃO DEFENDIDA PELA  
ALUNA GIULIA DELFINI, ORIENTADA PELA  
PROF<sup>ª</sup>. DR<sup>ª</sup>. VANESSA PELLEGRINO TOLEDO  
E COORIENTADA PELA PROF<sup>ª</sup>. DR<sup>ª</sup> ANA PAULA  
RIGON FRANCISCHETTI GARCIA.

CAMPINAS

2023

Ficha catalográfica  
Universidade Estadual de Campinas  
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas  
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

D378c Delfini, Giulia, 1997-  
Cuidado à criança com transtorno mental por meio do Brinquedo  
Terapêutico Dramático : abordagem pela relação intersubjetiva / Giulia Delfini.  
– Campinas, SP : [s.n.], 2023.

Orientador: Vanessa Pellegrino Toledo.  
Coorientador: Ana Paula Rigon Francischetti Garcia.  
Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade  
de Enfermagem.

1. Enfermagem. 2. Jogos e brinquedos. 3. Psicanálise. 4. Criança. 5.  
Transtornos mentais. 6. Enfermagem psiquiátrica. 7. Enfermagem pediátrica. I.  
Toledo, Vanessa Pellegrino, 1973-. II. Garcia, Ana Paula Rigon Francischetti,  
1978-. III. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Enfermagem. IV.  
Título.

Informações Complementares

**Título em outro idioma:** Care for children with mental disorders through Dramatic  
Therapeutic Play : approach through the intersubjective relationship

**Palavras-chave em inglês:**

Nursing

Play and playthings

Psychoanalysis

Child

Mental disorders

Psychiatric nursing

Pediatric nursing

**Área de concentração:** Cuidado e Inovação Tecnológica em Saúde e Enfermagem

**Titulação:** Mestra em Ciências da Saúde

**Banca examinadora:**

Ana Paula Rigon Francischetti Garcia [Coorientador]

Luciana de Lione Melo

Circéa Amália Ribeiro

**Data de defesa:** 07-03-2023

**Programa de Pós-Graduação:** Enfermagem

Identificação e informações acadêmicas do(a) aluno(a)

- ORCID do autor: <https://orcid.org/0000-0002-3030-6647>

- Currículo Lattes do autor: <http://lattes.cnpq.br/9326425445631226>

# **BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE MESTRADO**

**GIULIA DELFINI**

---

**ORIENTADOR: PROF<sup>a</sup>. DR<sup>a</sup>. VANESSA PELLEGRINO TOLEDO**

**COORIENTADOR: PROF<sup>a</sup>. DR<sup>a</sup>. ANA PAULA RIGON FRANCISCHETTI GARCIA**

---

## **MEMBROS:**

**1. PROF<sup>a</sup>. DR<sup>a</sup>. ANA PAULA RIGON FRANCISCHETTI GARCIA**

**2. PROF<sup>a</sup>. DR<sup>a</sup>. LUCIANA DE LIONE MELO**

**3. PROF<sup>a</sup>. DR<sup>a</sup>. CIRCÉA AMÁLIA RIBEIRO**

---

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas.

A ata de defesa com as respectivas assinaturas dos membros da banca examinadora encontra-se no SIGA/Sistema de Fluxo de Dissertação/Tese e na Secretaria de Pós-graduação em Enfermagem.

**Data: 07/03/2023**

## **AGRADECIMENTOS ESPECIAIS**

*Aos meus pais, Edilaine e Evandro, por terem me apoiado em todas as etapas e escolhas, do início ao fim desta caminhada. Graças a vocês me tornei a pessoa que sou hoje e pude concluir este trabalho. Muito obrigada por permanecerem ao meu lado e por, principalmente, confiarem em mim. Vocês são minha inspiração!*

*Às minhas avós Valentina e Conceição e ao meu avô Osvaldo, que também me apoiaram em todos os momentos, acreditando no meu potencial e vibrando a cada avanço.*

*Ao meu avô Aires, que não pôde acompanhar minha trajetória acadêmica, mas foi muito importante em minha vida. Sei que está torcendo por mim de onde quer que esteja, e por isso sou grata.*

*Ao meu companheiro Vitor, essencial para que eu acreditasse em mim na reta final, me dando a motivação e força necessárias para concluir esta pesquisa. Obrigada por tanto!*

*Aos meus amigos Eduardo e Vitória, que mesmo de longe me acompanharam nesta jornada, me acolhendo nos momentos de angústia e celebrando as conquistas comigo.*

*Às minhas amigas Laura e Larissa, que conheci na Graduação e que foram essenciais para que eu acreditasse em minha capacidade de ser enfermeira e chegar até aqui.*

*Aos meus colegas do Discord, que me fazem companhia quase diariamente nas noites após árduo trabalho, sendo a válvula de escape que me permitiu chegar ao fim de cada dia de maneira descontraída.*

*Ao Jesse, meu filho pet, que esteve ao meu lado em praticamente todos os momentos deste caminho, transmitindo carinho e serenidade.*

## **AGRADECIMENTOS**

*À Profa. Vanessa, minha orientadora, pelo incentivo constante na condução deste trabalho. Obrigada pelos momentos de aprendizado e crescimento, pelos conselhos, apoio e motivação.*

*À Profa Ana Paula, minha coorientadora, que acolheu meu desejo de pesquisa e me conduziu do início ao fim, ficando próxima nos momentos de insegurança e me dando a autonomia necessária para que eu chegasse até aqui mais confiante em mim e no meu trabalho. Você foi e é essencial para esta pesquisa e para minha formação como pessoa e profissional. Obrigada por tudo!*

*Às Profas. Luciana e Circéa, por aceitarem acompanhar esta pesquisa, por compartilharem tantos saberes durante a Qualificação e pelo aceite em participar da Defesa. Sou grata pela disponibilidade, interesse, análise, críticas, sugestões e, principalmente, por todo o conhecimento partilhado.*

*Às docentes da Faculdade de Enfermagem da UNICAMP, pelo conhecimento e vivências construídas.*

*À Secretaria de Pós-Graduação, pelo compromisso em manter os discentes sempre informados e auxiliá-los na resolução de problemas.*

*À Tiquira, por confiar em meu trabalho como enfermeira e possibilitar meu contato com o público infantil na saúde mental, o que contribuiu imensamente para o desenvolvimento deste trabalho.*

*À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES (código de financiamento 001), pela concessão de auxílio financeiro, indispensável para a realização desta pesquisa.*

*E, por fim, agradeço a todos aqueles que, mesmo não citados, contribuíram de alguma forma para minha formação enquanto profissional e pessoa. Muito obrigada!*

*Existem apenas dois legados  
permanentes que podemos  
esperar dar a nossas crianças.  
Um deles é raízes; o outro, asas.*

- Hodding Carter



## RESUMO

**Introdução:** A saúde mental infantil caracteriza um desafio de saúde pública global. No Brasil, há uma defasagem entre a necessidade de atenção em saúde mental para crianças e a oferta de uma rede de serviços capaz de responder por ela. A literatura atual sobre o cuidado de enfermagem à criança com transtornos mentais é escassa e os currículos de enfermagem não possuem disciplinas voltadas para esta especialidade. Uma possibilidade para a realização deste cuidado é desenvolvida por meio do Brinquedo Terapêutico Dramático (BTD). **Objetivo:** Elaborar uma proposta de cuidado em enfermagem para crianças com transtornos mentais por meio do BTD, considerando a relação intersubjetiva enfermeiro-paciente. **Método:** Estudo teórico que utilizou como referencial metodológico a psicanálise. Para o referencial teórico foram considerados o brincar pela perspectiva da enfermagem e da psicanálise. A pesquisa foi realizada em três etapas: elaboração de revisão integrativa sobre o cuidado de enfermagem para crianças com transtornos mentais; apreensão do referencial teórico do brincar e o significante; e articulação dos conceitos significantes do cuidado de enfermagem à criança com transtornos mentais ao referencial teórico do brincar e o significante. **Resultados:** A partir dos achados da revisão integrativa, foram identificados conceitos significantes sobre como é feito o cuidado de enfermagem à criança com transtorno mental: modelos de atenção à saúde; família; diagnóstico; e manejo. Em conjunto, foi realizada a leitura do texto “O brincar e o significante” para apreensão do referencial teórico e dos conceitos psicanalíticos: criança, significante, mito familiar, entrevistas preliminares e brincar. Com isso, foram articulados os pontos de nodulação entre os conceitos significantes encontrados no cuidado de enfermagem às crianças com transtornos mentais e os conceitos psicanalíticos do referencial teórico do brincar e o significante. **Conclusão:** Como proposta de cuidado de enfermagem à criança com transtorno mental, propõe-se que o enfermeiro ultrapasse a demarcação corporal para definir o quê é criança e avance no cuidado considerando o tempo lógico para formação do sujeito do inconsciente. Na primeira etapa do BTD, Estabelecendo relação, que acontece nas entrevistas preliminares, o enfermeiro estabelece relação transferencial, apreende a criança, sua estrutura significante e seu mito familiar, permite escuta aos pais, possibilita o brincar livre, identifica se há sofrimento por parte da criança e inicia a construção do Histórico de Enfermagem. Na etapa

Explorando, o profissional possibilita à criança explorar livremente, descobrindo as possibilidades do brincar e repetindo as brincadeiras, que devem ser espontâneas e proporcionar o esburacamento. Dá-se continuidade à construção do Histórico e elabora-se os Diagnósticos e Planejamento de Enfermagem. Na etapa Brincando, o enfermeiro possibilita à criança expressar no brincar as dificuldades simbólicas que apresentou durante a formação de superfícies contínuas e noção de volume, e na ressignificação da ausência pela consolidação do fort/da. Dá-se continuidade às etapas do Processo de Enfermagem e inicia-se a Implementação. Por fim, em Encerrando a sessão, o enfermeiro encerra a sessão de BTB de acordo com o contrato construído entre profissional e criança, e realiza a Avaliação de Enfermagem.

**Palavras-chave:** Enfermagem; Enfermagem Psiquiátrica; Enfermagem Pediátrica; Criança; Transtornos Mentais; Jogos e Brinquedos; Psicanálise.

**Linha de Pesquisa:** Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem no Adulto e Idoso.

## ABSTRACT

**Introduction:** Children's mental health is a global public health challenge. In Brazil, there is a gap between the need for mental health care for children and the provision of a network of services capable of providing it. Current literature on nursing care for children with mental disorders is scarce and nursing curricula do not have disciplines focused on this specialty. A possibility for carrying out this care is developed through the dramatic Therapeutic Toy. **Objective:** To elaborate a nursing care proposal for children with mental disorders through the dramatic Therapeutic Toy, considering the nurse-patient intersubjective relationship. **Method:** Theoretical study that used psychoanalysis as a methodological framework. For the theoretical framework, playing was considered from the perspective of nursing and psychoanalysis. The research was carried out in three stages: elaboration of an integrative review on nursing care for children with mental disorders; apprehension of the theoretical framework of playing and the signifier; and articulation of the significant concepts of nursing care for children with mental disorders to the theoretical framework of playing and the signifier. **Results:** From the findings of the integrative review, significant concepts were identified about how nursing care for children with mental disorders is carried out: health care models; family; diagnosis; and handling. Together, the text "Playing and the signifier" was read to apprehend the theoretical framework and the psychoanalytical concepts: child; signifier; family myth; preliminary interviews; and playing. With that, the points of nodulation between the significant concepts found in nursing care for children with mental disorders and the psychoanalytical concepts of the theoretical framework of playing and the signifier were articulated. **Conclusion:** As a nursing care proposal for children with mental disorders, it is proposed that the nurse goes beyond the body boundary to define what a child is and advances in care considering the logical time for the formation of the subject of the unconscious. In the first stage of the Dramatic Therapeutic Play, Establishing a relationship, which takes place in the preliminary interviews, the nurse establishes a transference relationship, apprehends the child, its significant structure and its family myth, allows listening to the parents, enables free play, identifies if there is suffering due to part of the child and starts the construction of the Nursing History. In the Exploring stage, the professional allows the child to explore freely, discovering the possibilities of playing

and repeating the games, which must be spontaneous and provide the holes. Construction of the History is continued and Nursing Diagnoses and Planning are elaborated. In the Playing stage, the nurse enables the child to express in playing the symbolic difficulties that he/she presented during the formation of continuous surfaces and the notion of volume, and in the re-signification of absence through the consolidation of the fort/da. The stages of the Nursing Process are continued and the Implementation begins. Finally, in Ending the session, the nurse closes the Dramatic Therapeutic Play session according to the contract built between the professional and the child, and performs the Nursing Assessment.

**Key words:** Nursing; Psychiatric Nursing; Pediatric Nursing; Child; Mental Disorders; Play and Playthings; Psychoanalysis.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1</b> - Signo linguístico.....	<b>73</b>
<b>Figura 2</b> - Algoritmo da linguística.....	<b>73</b>
<b>Figura 3</b> - Nó borromeano.....	<b>78</b>
<b>Figura 4</b> - Algoritmo da transferência.....	<b>121</b>
<b>Figura 5</b> - Banda de Moebius para a psicanálise.....	<b>149</b>

## LISTA DE QUADROS

- Quadro 1** - Apresentação da síntese dos estudos selecionados quanto ao título, ano de publicação, delineamento metodológico e conclusões.....**57**
- Quadro 2** - Articulação de conceitos significantes no cuidado de enfermagem à crianças com transtornos mentais e conceitos psicanalíticos do referencial teórico do brincar como linguagem do inconsciente para leitura da articulação significativa.....**65**
- Quadro 3** - Teoria, fases do Processo de Enfermagem e ações do enfermeiro a serem consideradas na etapa Estabelecendo Relação.....**164**
- Quadro 4** - Teoria, fases do Processo de Enfermagem e ações do enfermeiro a serem consideradas na etapa Explorando.....**165**
- Quadro 5** - Teoria, fases do Processo de Enfermagem e ações do enfermeiro a serem consideradas na etapa Brincando.....**166**
- Quadro 6** - Teoria, fases do Processo de Enfermagem e ações do enfermeiro a serem consideradas na etapa Encerrando a sessão.....**167**

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>BT</b>	Brinquedo Terapêutico
<b>CAPS</b>	Centro de Atenção Psicossocial
<b>CAPSij</b>	Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil
<b>Cinahl</b>	Cummulative Index to Nursing and Allied Health Literature
<b>DE</b>	Diagnósticos de Enfermagem
<b>EUA</b>	Estados Unidos da América
<b>ECA</b>	Estatuto da Criança e do Adolescente
<b>ESF</b>	Estratégia de Saúde da Família
<b>Lilacs</b>	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
<b>MTSM</b>	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>PE</b>	Processo de Enfermagem
<b>PNAISC</b>	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
<b>PubMed</b>	National Library of Medicine
<b>PRISMA</b>	Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses
<b>RAPS</b>	Rede de Atenção Psicossocial
<b>RP</b>	Reforma Psiquiátrica
<b>SMCA</b>	Saúde Mental para Crianças e Adolescentes
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>SAE</b>	Sistematização da Assistência de Enfermagem
<b>TDAH</b>	Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade
<b>TEA</b>	Transtorno do Espectro Autista
<b>TOC</b>	Transtorno Obsessivo Compulsivo

## SUMÁRIO

<b>1. Introdução.....</b>	<b>16</b>
<b>1.1 Trajetória pessoal.....</b>	<b>16</b>
<b>1.2 Percorso teórico.....</b>	<b>20</b>
<b>2. Objetivo.....</b>	<b>36</b>
<b>3. Método.....</b>	<b>37</b>
<b>3.1 Referencial teórico.....</b>	<b>37</b>
<b>3.1.1 O brincar.....</b>	<b>37</b>
<b>3.1.2 O brincar pela perspectiva da enfermagem.....</b>	<b>39</b>
<b>3.1.3 O brincar pela perspectiva da psicanálise.....</b>	<b>45</b>
<b>3.2 Referencial metodológico da psicanálise para desenvolvimento do estudo teórico.....</b>	<b>50</b>
<b>3.3 Revisão integrativa.....</b>	<b>53</b>
<b>4. Resultados.....</b>	<b>56</b>
<b>5. Discussão.....</b>	<b>66</b>
<b>5.1 O cuidado de enfermagem às crianças com transtornos mentais: um panorama.....</b>	<b>66</b>
<b>5.2 O brincar como linguagem do inconsciente para leitura da articulação significativa.....</b>	<b>72</b>
<b>5.3 Ajustes teóricos: aproximação de conceitos à teoria psicanalítica.....</b>	<b>79</b>
<b>5.4 Modelos de atenção à saúde sustentadores do cuidado à criança tomada pela estrutura significativa.....</b>	<b>86</b>
<b>5.5 O lugar ocupado pela criança no mito familiar.....</b>	<b>100</b>
<b>5.6 O diagnóstico nas entrevistas preliminares.....</b>	<b>117</b>
<b>5.7 Cuidado de enfermagem à criança com transtorno mental por meio do Brinquedo Terapêutico Dramático.....</b>	<b>134</b>
<b>5.7.1 Estabelecendo relação.....</b>	<b>135</b>
<b>5.7.2 Explorando.....</b>	<b>139</b>
<b>5.7.3 Brincando.....</b>	<b>145</b>
<b>5.7.4 Encerrando a sessão.....</b>	<b>159</b>
<b>5.7.5 Proposta de cuidado de enfermagem para crianças com transtornos mentais: aplicação do Brinquedo Terapêutico Dramático.....</b>	<b>161</b>
<b>6. Conclusão.....</b>	<b>167</b>
<b>Referências.....</b>	<b>171</b>
<b>Apêndices.....</b>	<b>190</b>
<b>Apêndice 1: PRISMA.....</b>	<b>190</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>191</b>
<b>Anexo 1: Extração de dados.....</b>	<b>191</b>

# 1. INTRODUÇÃO

## 1.1 Trajetória pessoal

São várias as motivações que tive para iniciar a construção de um projeto de mestrado voltado para o processo de cuidar em enfermagem com crianças na área de saúde mental, que vão desde inquietações durante a adolescência, até experiências de estágio e de pesquisa durante a graduação em enfermagem.

Desde muito jovem, ainda no ensino fundamental, pude perceber que a área de saúde mental era um interesse. Lembro-me de possuir uma grande curiosidade, que chegava a me inquietar, sobre como era o funcionamento da mente de pessoas com transtornos mentais e o porquê de agirem da forma que agiam.

Tal interesse não surgiu de casos pessoais de transtornos mentais na família, pois não ocorreram, mas o percebi no momento que desenvolvi um grande entusiasmo por filmes, livros e séries que tinham como personagens pessoas com algum transtorno mental, em especial psicóticos. Desde então, cheguei à conclusão de que realmente me interessava pela área e desenvolvi cada vez mais afinidade e interesse pelo tema.

Com o ensino médio, comecei a me questionar sobre qual curso faria na faculdade. Considerando os pontos abordados acima, tomei como primeira opção cursar psicologia. Porém, ao pesquisar mais sobre o campo de atuação desta profissão, percebi que não era exatamente isso que queria pois, na época, visava um ambiente de trabalho hospitalar.

Como resultado, optei por fazer um ano de curso pré-vestibular para que pudesse considerar melhor minhas opções, e foi nesse período que precisei realizar um procedimento cirúrgico, e o contato com o ambiente hospitalar despertou ainda mais meu interesse, o que me fez considerar a graduação em enfermagem.

Fiquei satisfeita com a escolha, embora um pouco decepcionada por acreditar que nesse curso eu não poderia me aproximar da área de saúde mental, que sempre foi meu direcionamento para escolha de uma profissão.

Senti uma grande felicidade quando vi, na grade horária do curso, que teria três semestres com disciplinas de saúde mental, o que me motivou ainda mais na escolha de me tornar enfermeira.

Na primeira disciplina de enfermagem em saúde mental da graduação, tive contato com questões históricas sobre a trajetória desse cenário no Brasil, que além de impactarem na forma como a saúde mental é praticada nos dias atuais, também têm importante papel na imagem que a sociedade e os profissionais de saúde constroem sobre ela. Nesse contexto, um dos principais momentos estudados foi a Reforma Psiquiátrica (RP).

Foi ainda nessa disciplina que aprendi um pouco sobre a assistência de enfermagem ao paciente com transtornos mentais, bem como sobre o processo de enfermagem psiquiátrica.

Um dos objetivos da disciplina era realizar uma entrevista utilizando técnicas terapêuticas de abordagem e manejo, mesmo não havendo necessidade de que o entrevistado fosse de fato um paciente de saúde mental. Este foi meu primeiro contato com a leitura de Sigmund Freud, visto que um de seus textos deveria ser utilizado como guia para realização da entrevista.

Com o decorrer da graduação, passando pelas disciplinas de saúde mental e psiquiatria, pude perceber que realmente era essa a área que gostaria de me especializar, principalmente após passar pela atividade prática na enfermaria de psiquiatria do Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas, onde tive contato com pacientes psiquiátricos em crise.

Como mencionado anteriormente, o ambiente hospitalar sempre foi um direcionamento para escolha da área que gostaria de me especializar, não pelo ambiente em si, mas sim pela ideia de que os pacientes ali internados apresentam-se em um momento mais crítico do seu estado de saúde mental e este seria o público que eu gostaria de atender.

Foi também nesta segunda disciplina que tive maior contato com alguns referenciais teóricos utilizados para leitura do que é trazido pelo paciente e, dentre os que nos foram apresentados, consegui identificar maior afinidade pela psicanálise, pois me senti encantada pela teoria trazida nas aulas, mesmo conseguindo identificar que seria uma escolha que demandaria muito estudo para aprofundamento.

Na terceira e última disciplina de saúde mental da graduação, realizei minhas atividades práticas em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) III, onde pude me aprofundar ainda mais no referencial teórico que contempla o sujeito do inconsciente a partir da psicanálise, definindo-o de fato como a melhor direção para sanar as

inquietações que me habitam desde a adolescência. Ao me aprofundar teoricamente neste referencial teórico, pude perceber grandes reverberações internamente, que à princípio me deixaram confusa sobre o caminho a seguir.

Contudo, apesar de enxergar a psicanálise como um desafio, tanto por perceber que estudar este referencial despertava em mim sentimentos conflituosos, quanto pela dificuldade de sua compreensão, ainda sentia uma energia que me puxava à ela e, portanto, decidi aceitar o desafio pessoal e profissional que seria me aprofundar em seu estudo.

No estágio realizado no CAPS III, cada aluno deveria construir relação terapêutica com um ou dois pacientes do serviço e formular relatórios semanais sobre as consultas realizadas, os quais eram avaliados também semanalmente. Foi através principalmente dos relatórios, nos quais a professora sugeria leituras do referencial teórico mencionado, que tive maior contato com a teoria de meu interesse.

Foi a partir deste contato que me mobilizei para me aproximar mais da área, já que não queria me distanciar por completo até buscar especialização após me formar. Porém, ainda não havia um ponto específico que me despertava maior interesse para iniciar uma pesquisa.

Foi durante as atividades práticas em pediatria que percebi possuir afinidade pelas crianças. Durante as aulas dessa disciplina, bem como em alguns campos de prática, eram abordadas questões voltadas à saúde mental dessa faixa etária, o que me deixou ainda mais interessada no assunto.

Ao estudar, no mesmo semestre, o referencial teórico da psicanálise, e ter contato com a formação do complexo de Édipo, bem como com questões direcionadas para a formação da psique humana, o que acontece nos primeiros estágios de vida, comecei a me questionar sobre como tais questões se manifestam ainda na infância.

No decorrer de um dos estágios de pediatria, realizado em uma unidade de internação, tivemos oportunidade de utilizar o Brinquedo Terapêutico Dramático (BTD) como modalidade terapêutica empregada no cuidado das crianças ali internadas.

Minha experiência foi com uma criança que possuía como diagnóstico uma doença que a impedia de se alimentar de alguns tipos de alimentos (doces e alimentos gordurosos, principalmente) e, durante a sessão de BTD, ela escolheu

brincar de irmos ao mercado e, nele, comprou apenas aqueles alimentos os quais não poderia comer.

Na época não fiz uma leitura aprofundada sobre o contexto da constituição psíquica e suas implicações no desenvolvimento do BT, porém pude perceber que tal prática possibilita que as crianças comuniquem angústias presentes nos momentos difíceis de suas vidas, de uma forma que elas não conseguiam expressar verbalmente.

Foi então que busquei a orientação da professora que me supervisionou nas atividades práticas do CAPS III, devido à maior proximidade que ela possui com o referencial teórico da psicanálise.

Como o contato que tive com saúde mental nos estágios obrigatórios da graduação foi, majoritariamente, abordando indivíduos adultos, num primeiro momento consideramos importante investigar como é o cuidado de enfermagem em serviços especializados em crianças e adolescentes na área de saúde mental, como os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij).

Realizei uma pesquisa de iniciação científica<sup>1</sup> em três CAPSij do município de Campinas, com o objetivo de conhecer qual é o processo de trabalho da equipe de enfermagem nesses espaços. Durante a realização do projeto, bem como durante a análise de dados, foi possível observar que grande parte do trabalho realizado pela equipe de enfermagem nos CAPSij não é específico da área.

Isto é, executam mais funções do campo de saúde mental, como acolhimento de pacientes, atendimentos individuais ou em grupos, visitas domiciliares e reuniões em serviços externos, ou seja, funções que são executadas por todos os profissionais do serviço, não apenas pela equipe de enfermagem.

Em diversas falas, os profissionais da área trazem que não sabem definir ao certo o papel da enfermagem no cuidado de crianças e adolescentes com transtornos mentais, e enquadram seu trabalho específico na área de enfermagem em pontos como: administração de medicação e procedimentos como curativos e aferir pressão.

Em alguns casos pontuais foi mencionado o papel central do enfermeiro na gerência do plantão e na condução das contenções físicas e mecânicas. Porém, no geral, não houve um consenso sobre qual o trabalho da enfermagem nos CAPSij.

---

<sup>1</sup> Artigo publicado na Revista da Escola de Enfermagem da USP sob o título "Processo de trabalho da equipe de enfermagem em Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil".

Alguns funcionários da equipe inclusive mencionaram a falta de um material que delimite suas atribuições como equipe de enfermagem no serviço.

Como resultado, identificamos uma considerável lacuna existente no cuidado de enfermagem para crianças com transtornos mentais, lacuna esta que me sinto animada em tentar preencher, da maneira que for possível.

Ao discutir os achados do estudo mencionado, eu e minha orientadora optamos então por dar continuidade aos estudos no tema, construindo uma proposta de cuidado de enfermagem para crianças com transtornos mentais, a qual ainda não é fundamentada na literatura.

Ao pensarmos nas estratégias a serem utilizadas para realizar tal cuidado, a sessão de BTB realizada no estágio de pediatria voltou à memória e decidimos utilizar esta tecnologia como mediadora do cuidado. E, para leitura do que seria trazido na sessão de BTB, optamos pela utilização do referencial teórico da psicanálise.

À princípio, iniciei o mestrado de maneira exclusiva, porém senti grande angústia ao ficar restrita à teoria, construindo a impressão de que não estar na prática fizesse com que meu estudo não contemplasse com veracidade o que de fato acontece nos serviços de saúde direcionados ao público estudado.

Portanto, comecei a buscar oportunidades de emprego que possibilitassem minha aproximação com o objeto de pesquisa e encontrei um lugar que parecia se enquadrar neste objetivo.

Assim, dei início ao meu trabalho como enfermeira em uma clínica-escola de educação especial direcionada para crianças, adolescentes e adultos com transtornos globais do desenvolvimento, em especial o autismo.

Minha intenção, ao iniciar esse emprego, era principalmente conviver com esse público, para que, ao construir uma proposta de cuidado direcionada à eles, pudesse levar em consideração não apenas a teoria, mas aquilo que é visto também no contexto clínico diário.

## **1.2 Percurso teórico**

Os sofrimentos psíquicos, na antiguidade, eram atribuídos a forças exteriores ao homem, como maus espíritos, almas perdidas e demônios, e o tratamento, quando realizado, era embasado em práticas mágicas e religiosas<sup>(1)</sup>.

No século XVII, na Europa, começaram a ser criadas casas de internação com a finalidade de confinar aqueles considerados loucos, mendigos, doentes, pobres, moribundos e religiosos infratores<sup>(1)</sup>. Tais instituições eram leigas ou religiosas, e ofereciam abrigo visando apenas a segregação; assim, profissionais de saúde não eram necessários<sup>(1)</sup>.

Em Florença, na Itália, foi criado o Hospital Bonifácio, e seu regulamento, publicado em 1789, alegava ser um dever e uma obrigação o respeito à pessoa com transtornos mentais<sup>(1)</sup>. Tal regulamento proibia qualquer brutalidade em relação aos internos, reduzia ao mínimo os meios de contenção e preconizava medidas higiênicas a serem aplicadas por atendentes, sob orientação dos médicos<sup>(1)</sup>.

As reformas políticas e sociais que ocorreram na França, no final do século XVIII, inspiraram Philippe Pinel a ocupar-se dos loucos<sup>(1)</sup>. Para ele, a alienação não aniquilava a pessoa inteiramente, ou seja, sempre restava ao louco uma parte de razão; daí a ideia de que a loucura seria uma doença, passível de tratamento e cura<sup>(1)</sup>.

Assim foi fundado o modelo manicomial, que tinha como princípio o isolamento, ou seja, seu objetivo era tirar aqueles cidadãos considerados “loucos” de seus trabalhos, do lazer, de suas famílias, da cultura e da vida social<sup>(2)</sup>.

Em 1793 foi inaugurado, por Pinel, o primeiro asilo de alienados mentais, o que criou uma nova especialidade da medicina, conhecida como medicina mental ou alienismo<sup>(1-2)</sup>.

O “isolamento terapêutico”, utilizado como técnica de cura da alienação mental, resultou na construção da ideia de que a loucura tem como lugar o hospício, sendo a reclusão uma forma de proteção ao louco e à sociedade<sup>(2)</sup>.

Sendo assim, a partir da época moderna, a internação médico-hospitalar tornou-se a maneira de ocupar-se do louco e daqueles considerados diferentes<sup>(2)</sup>. Com isso, a loucura foi excluída da participação no pacto social, o que resultou na morte social para os sujeitos tidos como alienados ou doentes mentais<sup>(2)</sup>.

Os asilos, neste contexto, eram uma instituição para loucos, um laboratório de experimentação e observação da alienação mental<sup>(2)</sup>. A loucura, neste contexto, é confinada em manicômios e submetida a intervenções do alienismo, o que produziu uma nova experiência da loucura, apropriada pelo discurso médico<sup>(2)</sup>.

A loucura passa a ser vista como ausência de saúde psíquica, uma perda do juízo moral e desordem da razão, erro e ausência de sentido, distúrbio das paixões

humanas que impossibilita o sujeito de partilhar o pacto social<sup>(2)</sup>. O alienado, então, é aquele que está fora da realidade e fora de si, é quem tem alterada sua possibilidade de juízo e, por isso, torna-se perigoso para si e para os outros<sup>(2)</sup>.

Como resultado, surge a ideia de que o doente mental deve ser “protegido” pela destituição de seus direitos, de sua liberdade e autonomia, deixando de participar na escolha e decisão sobre sua vida<sup>(2)</sup>. O hospício defendia que a exclusão do alienado permitiria a cura e, sendo assim, não era uma forma de violência, e sim uma medida terapêutica, um direito ao tratamento<sup>(2)</sup>.

Assim, o sujeito alienado era alheio a si próprio, e o manicômio surgiu como recurso de reeducação do alienado, pelo tratamento moral e práticas de isolamento<sup>(2)</sup>. Tal processo histórico possibilitou a concepção de uma subjetividade alienada, e a instituição tornou-se lugar de tratamento, sendo a institucionalização uma necessidade<sup>(2)</sup>.

O desenvolvimento da psiquiatria no Brasil foi embasado no modelo europeu<sup>(1)</sup>. No início do século XIX, o Rio de Janeiro passou por uma reforma urbanística com vista a tornar-se uma metrópole moderna; para isso, aqueles que eram considerados perturbadores da ordem pública e social (vadios, mendigos e loucos) deveriam ser excluídos<sup>(1)</sup>.

Em 1841, o imperador dom Pedro II ordenou a construção do primeiro hospício brasileiro, inaugurado em 1852 sob o nome de Hospício Pedro II, na Praia Vermelha, localizada na periferia da cidade<sup>(1)</sup>. Tal instituição isolou os doentes mentais em um espaço especialmente organizado para regular e normatizar sua vida<sup>(1)</sup>.

Nele, os guardas, considerados “enfermeiros”, vigiavam os doentes, usando meios de persuasão para que ficassem calmos e obedientes; se necessário, utilizavam meios repressivos, como privação de visitas, de alimentos e colete de força, com vista a manter a obediência e a ordem, por vezes utilizando a força física<sup>(1)</sup>.

Logo, a violência do hospício concentrava-se na figura desses guardas, encarregados de amarrar, conter ou adotar medidas autoritárias, apenas com o objetivo de manter a ordem<sup>(1)</sup>.

A ruptura inaugural da prática manicomial ocorreu devido a compreensão de que era necessário romper com a instituição psiquiátrica<sup>(3)</sup>. Iniciou-se no contexto

italiano de desinstitucionalização, com o desenvolvimento de questionamentos e proposições práticas para transformar a realidade de violência dos manicômios<sup>(3)</sup>.

Os primeiros movimentos associados à assistência psiquiátrica brasileira emergiram nos anos 1970, quando profissionais recém-formados se depararam com um cenário de descaso e violência<sup>(4)</sup>. Houve a formação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), primeiro coletivo com o objetivo de reformular a assistência psiquiátrica<sup>(4)</sup>.

O II Encontro do MTSM enfatizou a proposta de “uma sociedade sem manicômios”, o que desencadeou transformações significativas no movimento, que passou a contar com importante participação de usuários, familiares, trabalhadores da rede de atenção psicossocial, setores da educação, justiça, assistência social e ativistas de direitos humanos<sup>(3-4)</sup>. Transformou-se no Movimento da Luta Antimanicomial, coletivo que organizou núcleos nas capitais e em praticamente todas as grandes cidades do país<sup>(4)</sup>.

Com o decorrer dos anos, a noção de RP configurou-se como processo social complexo e crítico, e não se reduziu apenas à reforma de serviços e tecnologias de cuidado, como também buscou a construção de um lugar social para a loucura<sup>(4)</sup>.

Assim, envolveu a construção de valores, saberes, práticas e instituições orientadas para a superação da lógica e modelo asilar, orientando-se pelas estratégias de desinstitucionalização para afirmação dos direitos e cidadania de pessoas em sofrimento psíquico<sup>(3-4)</sup>.

A partir da crítica ao modelo até então vigente, e pautado em ações desinstitucionalizantes, foram desconstruídos os modos de saber e fazer, e desenvolvidas concepções inéditas de entendimento e relação com a loucura, buscando construir um lugar social para a experiência do sofrimento psíquico que seja sinônimo de defesa, promoção e garantia de direitos e cidadania<sup>(3)</sup>.

É no final dos anos 1980 que surge a perspectiva de criação de serviços que inaugurem práticas inovadoras<sup>(4)</sup>. Este processo compreende princípios e diretrizes para construir e implementar uma política pública nacional de saúde mental, pela promulgação de leis e normativas que estabelecem direitos<sup>(3)</sup>.

Dá-se destaque para a Lei 10.216/2001 e para a criação de estratégias, práticas e serviços abertos e de base territorial, os quais construíram e consolidaram uma rede de atenção psicossocial substitutiva ao modelo e à lógica asilar<sup>(3)</sup>.

A lei acima mencionada, além de garantir direito e proteção às pessoas com transtornos mentais, redirecionou o modelo assistencial em saúde mental, priorizando o atendimento comunitário e extra-hospitalar<sup>(5)</sup>. Sua aprovação legitimou a criação de novos serviços de base comunitária, o que impulsionou a fundação dos CAPS em todo o território nacional<sup>(5)</sup>.

Assim, os CAPS tornaram-se o principal serviço assistencial da RP brasileira, visto seu caráter substitutivo que permite a transição do modelo biomédico e asilar para o modelo de atenção psicossocial<sup>(5)</sup>. Estes tem como objetivo criar uma rede de apoio que substitui o hospital psiquiátrico, garantindo direitos a serviços que se diferenciam dos modelos manicomial por meio da democratização de ações e valorização da subjetividade, tendo como base a atenção multiprofissional<sup>(6)</sup>.

Configuram-se como uma instituição de atendimento que oferece aos seus usuários cuidados intensivos e elaborados por uma equipe de profissionais, objetivando atender a população, realizar acompanhamento clínico e inserir seus usuários na comunidade por meio do trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários<sup>(5)</sup>.

O tratamento realizado nos CAPS busca amenizar o sofrimento psíquico dos usuários, permitindo a reinserção social e promovendo melhorias no seu convívio<sup>(6)</sup>. Desse modo, possibilita que o sujeito seja cuidado em seu domicílio, em contato com a comunidade, buscando reinseri-lo na sociedade, no convívio com a família e no meio profissional, o que evita a hospitalização e possibilita o resgate da estruturação de vínculos e autonomia<sup>(6)</sup>.

Sendo assim, é crescente a necessidade de estruturar um cuidado mais singular ao sujeito, visando estabelecer significados e novos laços para sua vida. Neste contexto, o referencial teórico da psicanálise tornou-se uma alternativa que sustenta essa proposta terapêutica, já que capacita o profissional a fazer uma escuta do sujeito, e não somente da doença<sup>(7)</sup>.

Tantas transformações demonstram que os problemas de saúde mental têm atraído atenção nas últimas décadas, porém os transtornos mentais na população infantil continuam sendo um desafio de saúde pública global<sup>(8)</sup>.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) sugere que todos os países tenham planos e pesquisas em psiquiatria infantil, contudo, apenas alguns países ocidentais realizaram pesquisas nacionais<sup>(8)</sup>.

Estas sugerem que de 25 a 30% das crianças e adolescentes são afetados por algum transtorno mental, sendo os principais: transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), transtorno do espectro autista (TEA), transtorno de ansiedade, transtorno depressivo maior, transtorno desafiador de oposição, transtorno de conduta e transtornos por uso de substâncias<sup>(8-10)</sup>.

No Brasil, estima-se que de 10 a 20% das crianças sofram com transtornos mentais e, dessas, 3 a 4% requerem tratamento intensivo<sup>(11)</sup>. Nessa população, são mais frequentes: a deficiência mental, o TEA, a psicose infantil e os transtornos de ansiedade<sup>(11)</sup>.

Em conjunto com as taxas crescentes de transtornos mentais na população infantil, há uma dificuldade de acesso a serviços comunitários para atendimento desse público, além de que estes ainda são segmentados e não integrados e, portanto, carecem de continuidade<sup>(9-10)</sup>.

Como alternativa, sugere-se ações nas áreas de prevenção, tratamento e reestruturação da prestação de serviços, enfatizando o papel de profissionais especializados em psiquiatria na liderança dos esforços<sup>(10)</sup>.

No Brasil, é notória a defasagem entre a necessidade de atenção em saúde mental para crianças e adolescentes e a oferta de serviços capaz de responder por ela, visto que houve uma inserção tardia da saúde mental infantil e juvenil na agenda da saúde pública brasileira e no processo de RP<sup>(12)</sup>.

As ações que favoreceram a construção dessa nova modalidade desenvolveram-se a partir de 2001, quando condições tangíveis de possibilidade para a Saúde Mental para Crianças e Adolescentes (SMCA) como política pública se tornaram visíveis e eficazes<sup>(12)</sup>.

A política atual de SMCA visa construir redes ampliadas e intersetoriais de atenção com bases comunitárias, com ênfase na articulação entre serviços de diferentes níveis de complexidade e tendo como ações estratégicas iniciais a oferta de CAPSij e a articulação intersetorial<sup>(8)</sup>.

Além disso, objetiva superar a conjuntura anterior, no qual crianças e adolescentes com necessidades em saúde mental ficaram desassistidas ou submetidas a processos de institucionalização externos ao sistema psiquiátrico asilar<sup>(8)</sup>. Assim, por décadas, foram invisíveis até mesmo ao expressivo movimento da RP brasileira<sup>(8)</sup>.

A inclusão tardia da saúde mental infantil nas políticas de saúde mental nacional pode ser atribuída a múltiplos fatores<sup>(13)</sup>. Um deles está associado ao extenso e variado conjunto de problemas relacionados à saúde mental da infância, que incluem desde transtornos globais do desenvolvimento, como o TEA, até outros ligados a fenômenos de externalização (transtornos de conduta e hiperatividade), internalização (depressão e transtornos de ansiedade), uso abusivo de substâncias, entre outros<sup>(13)</sup>.

O segundo fator está relacionado ao recente conhecimento sistematizado sobre frequência, persistência, prejuízo funcional e consequências na vida adulta associado aos transtornos mentais da infância<sup>(13)</sup>. Ainda não foi quantificado o impacto das condições psicopatológicas da infância em termos de tempo geral de vida perdido (anos ou dias) e/ou carga global das doenças<sup>(13)</sup>.

Em resposta às especificidades da infância e ao reconhecimento das demandas dos transtornos mentais na população infantil, foi instituído que, no Brasil, a saúde mental de crianças e jovens é questão de saúde pública e deve compor o conjunto de ações do Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>(12)</sup>.

A criação dos CAPSij, a partir de 2002, e o direcionamento intersetorial da saúde mental com setores envolvidos na assistência à infância e adolescência, como a saúde geral, a educação, a assistência social, a justiça e os direitos, visa a integralidade do cuidado e constitui ações-chave para consolidar uma rede pública ampliada de atenção em SMCA no país<sup>(12)</sup>.

Além disso, proporciona a capacidade de acolher os diferentes problemas implicados na saúde mental desse público e ampliar o acesso, tendo como premissa ética o cuidado em liberdade<sup>(12)</sup>.

Os CAPSij, portanto, representam a primeira ação concreta proveniente da nova posição do Estado brasileiro frente às questões da SMCA<sup>(12)</sup>. Eles são serviços que visam a integralidade do cuidado, o acolhimento e a ampliação do acesso, tendo como base o cuidado em liberdade para atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes<sup>(12,14)</sup>.

São compostos por equipes multiprofissionais e fundamentados na lógica da atenção diária, da intensidade do cuidado, do trabalho em rede e baseados na comunidade, visando ampliar os laços sociais possíveis a cada um dos seus usuários e familiares<sup>(12)</sup>.

Inauguram a resposta oficial do SUS à necessidade de integralidade do cuidado para crianças e adolescentes com transtornos mentais que, até aquele momento, não encontravam na atenção psicossocial possibilidade de atendimento<sup>(12)</sup>.

Contudo, estes serviços não contemplam a maioria dos municípios brasileiros e, portanto, a principal forma de acesso para as demandas referentes à saúde mental infantil acontece na atenção básica<sup>(14)</sup>.

Além da intersetorialidade já mencionada, a superação do modelo manicomial exige equipes multiprofissionais para que seja efetiva a assistência integral em saúde mental, sendo este um ponto abordado pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)<sup>(15)</sup>.

A oferta de cuidados geralmente é desenvolvida por meio do Projeto Terapêutico Singular, cujo processo de construção necessita de uma equipe multiprofissional, além do próprio usuário e seus familiares<sup>(15)</sup>.

Nesse contexto, a equipe técnica mínima para atuação nos CAPSij, considerando atendimento máximo de 25 pacientes por dia, deve ser composta por um médico psiquiatra, neurologista ou pediatra com formação em saúde mental; quatro profissionais de nível superior entre as categorias: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; cinco profissionais de nível médio, como técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão; e, obrigatoriamente, um enfermeiro<sup>(16)</sup>.

Assim, pode-se afirmar que, no Brasil, a saúde mental encontra-se em pleno processo de transformação<sup>(5)</sup>. A criação de novos dispositivos de cuidado gerou a necessidade de novas competências profissionais, inclusive para a atuação da enfermagem, que deve estar comprometida com a atenção à saúde mental da população, reinventando modos de lidar com a realidade do sofrimento psíquico<sup>(17)</sup>.

O movimento de RP influenciou a estrutura dos currículos de enfermagem, pois determinou o perfil do profissional enfermeiro para atuar nesta área<sup>(17)</sup>. Assim, a estrutura curricular de enfermagem e sua conexão com a atenção psicossocial é primordial para que os cursos universitários correspondam ao ensino da integralidade com as demandas de saúde mental<sup>(17)</sup>.

Como consequência, tornou-se função das instituições formadoras a reconstrução dos seus projetos políticos pedagógicos de forma a acompanhar as

mudanças decorrentes da RP, objetivando o desenvolvimento de habilidades e competências que contemplem seus princípios, incluindo empatia, compreensão, sensibilidade e desenvolvimento de relacionamento terapêutico, além do exercício constante de perceber a si na relação enfermeiro-paciente<sup>(18-19)</sup>.

O cuidado de enfermagem é então ressignificado com o objetivo de produzir novos efeitos terapêuticos, criando dispositivos para aquisição de informações sobre o sujeito<sup>(20)</sup>. Estas são registradas pela equipe de enfermagem, que permanece a maior parte do tempo junto ao paciente, o que favorece o planejamento do tratamento e ainda pode auxiliar no estabelecimento da relação enfermeiro-paciente e, como consequência, contribuir para proporcionar o cuidado integral<sup>(20)</sup>.

Assim, a enfermagem passa a elaborar ações voltadas a superar o paradigma tutelar por meio da compreensão do sofrimento em sua relação complexa entre os determinantes psíquicos, sociais e políticos<sup>(21)</sup>.

Para tal, o enfermeiro precisa adquirir a postura de agente terapêutico, priorizando o estabelecimento da relação terapêutica, entendida como tecnologia de cuidado de enfermagem que permite reconhecer as experiências de vida do paciente e estimular a responsabilização na produção de seu sintoma e, por consequência, na tomada das decisões terapêuticas<sup>(21)</sup>.

Deve considerar o cuidado como um processo que envolve contato próximo com o paciente e assistência ao ser humano em suas necessidades, demandando atos, comportamentos e atitudes que dependem do contexto e das relações estabelecidas<sup>(22)</sup>.

Sendo assim, após a RP, o enfermeiro na saúde mental passou a ser visto como agente terapêutico e deve ter capacidade de adequar seu processo de trabalho à reabilitação de pessoas com transtornos mentais<sup>(20)</sup>.

Para tal, a relação terapêutica compõe a ação central da prática do enfermeiro na saúde mental, e sua consolidação se dá pelo Processo de Enfermagem (PE), que caracteriza a forma de pensar do enfermeiro, cujo objetivo é a formulação do cuidado<sup>(21)</sup>. O PE também favorece que o profissional assumira uma posição autônoma como agente terapêutico, qualificando a assistência de enfermagem<sup>(21)</sup>.

Além disso, o PE é fundamental para o desenvolvimento do cuidado integral, embasando cientificamente as ações do enfermeiro e direcionando o relacionamento terapêutico, tendo como finalidade orientar a prática clínica e organizar a

Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), estratégia de registro de dados e formalização do cuidado<sup>(20)</sup>.

Vale destacar que o respeito à individualidade do paciente constitui um pré-requisito para o estabelecimento da relação terapêutica, e cabe ao enfermeiro desenvolver habilidades para se relacionar de modo a compreender o significado dos comportamentos do sujeito e estabelecer a relação de ajuda<sup>(21)</sup>.

Para que o enfermeiro desenvolva esta maneira de atuar, é preciso que ainda quando estudante, ao adentrar em um serviço de saúde mental, seja guiado à reflexão de questões que superam o espaço físico e organizacional, compreendendo a conjuntura político-social que representa o modo de cuidar de uma pessoa em sofrimento psíquico<sup>(17)</sup>.

No que se refere à estigmatização, marcante na construção histórica da saúde mental, um estudo realizado nos Estados Unidos da América (EUA) demonstrou que a inserção de estudantes nos serviços de saúde mental fez com que o preconceito diminuísse e a disponibilidade para o cuidado livre de pré-julgamentos aumentasse<sup>(18)</sup>.

Além disso, a presença dos alunos fez com que os casos fossem mais discutidos, a assistência passou a ser planejada de forma integral e buscaram-se novas possibilidades para enfrentamento de problemas cotidianos do serviço<sup>(18)</sup>.

Essas atitudes serviram de estímulo, inclusive, para que enfermeiros mais antigos desenvolvessem outras possibilidades de cuidado, principalmente focadas no relacionamento e comunicação terapêutica<sup>(18)</sup>.

A proposta de cuidado de enfermagem na saúde mental, como já dito, versa sobre a leitura da relação terapêutica estabelecida entre enfermeiro e paciente<sup>(20)</sup>. Nesse sentido, a apreensão da lógica do inconsciente, que determina o sujeito que será manejado a partir da transferência<sup>(23)</sup>, torna-se uma opção de cuidado possível para o enfermeiro<sup>(24)</sup>.

Para tal, o PE deve ser construído enquanto é estabelecida a relação transferencial no contexto da relação intersubjetiva, desde que exista sustentação de um discurso para a transferência atuar e se firmar como possibilidade de cuidado<sup>(24)</sup>.

Assim, o entendimento da transferência traz, como contribuição para a aplicação do PE no cuidado ao paciente psiquiátrico, uma proposta de posicionamento do enfermeiro enquanto agente terapêutico<sup>(24)</sup>.

É importante destacar que, nesse modo de operar o PE, o enfermeiro assume a posição de quem interroga a repetição do paciente, que foi apreendida pela relação transferencial, a qual ocorre durante as consultas de enfermagem na fase de construção do histórico<sup>(24)</sup>.

A consulta de enfermagem é a atividade por meio da qual o enfermeiro identifica as necessidades de saúde, além de prescrever e implementar ações de enfermagem que auxiliam na promoção, prevenção, proteção e recuperação do paciente<sup>(24)</sup>. Sendo assim, pode-se considerar que a consulta de enfermagem é o espaço onde as etapas do PE são desenvolvidas, quais sejam: Histórico, Diagnóstico, Planejamento, Implementação e Avaliação de Enfermagem<sup>(24)</sup>.

Neste contexto, abre-se espaço para ações de enfermagem que visam a estruturação do inconsciente como elemento-chave no processo de adoecimento dos sujeitos, bem como articular a transferência ao PE<sup>(24)</sup>.

Considerando o cuidado de enfermagem na saúde mental infantil, a literatura também aponta para a utilização do PE como estratégia principal<sup>(25)</sup>.

Dessa forma, identificar os Diagnósticos de Enfermagem (DE) específicos para cada criança, independente do transtorno, com base em um julgamento clínico sobre as respostas do paciente, da família ou da comunidade a problemas de saúde ou processos vitais reais ou potenciais, surge como método central da assistência<sup>(25)</sup>.

Tais diagnósticos constituem a base para a seleção das intervenções a serem empregadas pela equipe de enfermagem, visando o alcance dos resultados pelos quais o enfermeiro é responsável<sup>(25)</sup>.

Portanto, o PE deve permear o cuidado aos pacientes de saúde mental e sua utilização com o público infantil possibilita que os enfermeiros desenvolvam planos de cuidado que visam a melhora na qualidade de vida das crianças<sup>(25)</sup>.

A SAE também é considerada uma ferramenta para o cuidado à criança em sofrimento psíquico, e traz ao enfermeiro clareza sobre sua atuação no processo de cuidado, fundamentando suas práticas, oferecendo uma visão unificada e possibilitando maior êxito na realização de seus objetivos<sup>(25)</sup>.

Além da utilização do PE e da SAE, a literatura sugere três elementos a serem ponderados na próxima década para o trabalho de enfermagem ao público abordado. Primeiramente, os enfermeiros psiquiatras pediatras devem buscar resultados positivos, tanto por meio de intervenções baseadas em evidências, quanto de intervenções durante a relação enfermeiro-paciente<sup>(10)</sup>.

Outro elemento seria compreender a narrativa das famílias e como o tratamento pode atender melhor às suas necessidades, construindo parcerias com o objetivo de criar ambientes promotores de saúde para a criança<sup>(10)</sup>.

Por fim, estimula-se a construção de sistemas de cuidado, reduzindo as disparidades e melhorando o acesso, sendo que os enfermeiros são essenciais para mapear a agenda dessa especialidade, considerando para tal que as novas portas para esses serviços devem ser locais onde as famílias interagem naturalmente, como escolas<sup>(10)</sup>.

Contudo, é possível identificar algumas barreiras para esse cuidado. Além da escassa rede de serviços direcionados para a saúde mental do público infanto-juvenil, a literatura atual sobre enfermeiros que trabalham com pacientes com transtornos mentais se concentra principalmente no cuidado de adultos, havendo poucos estudos sobre esse cuidado na população infantil, sendo que esta possui necessidades particulares que devem ser atendidas de forma específica<sup>(9,12,14)</sup>.

Somado a isso, outra problemática é a formação de enfermeiros e técnicos de enfermagem que não possuem disciplinas voltadas para o cuidado de enfermagem na saúde mental dessa faixa etária<sup>(26)</sup>.

O trabalho da equipe de enfermagem nesse contexto acontece com pouca articulação teórica, já que há marcante lacuna de informação científica e acadêmica sobre o assunto para subsidiar a atuação técnico-profissional e delimitar o cuidado<sup>(11)</sup>.

Há, portanto, uma falta de conhecimento, treinamento e habilidades para enfermeiros que cuidam de crianças com transtornos mentais, sendo que estes consideram a assistência de enfermagem em saúde mental infantil muito complexa e não se sentem preparados<sup>(9)</sup>.

Nos EUA já é possível a especialização de enfermeiros em psiquiatria pediátrica<sup>(27)</sup>. Um estudo realizado em condados de Nova York que empregam tais profissionais mostrou que o trabalho prestado é de alta qualidade e que tanto os pacientes quanto seus familiares tendem a gostar do cuidado ofertado<sup>(27)</sup>. Há também uma redução de custos, já que o salário é menor quando comparado ao de um psiquiatra infantil, além dos enfermeiros serem mais acessíveis e passarem mais tempo com as crianças<sup>(27)</sup>.

Outras vantagens apontadas pelo estudo são a redução ou eliminação do tempo de espera e o extenso conhecimento de medicamentos pelos enfermeiros, o que qualifica ainda mais a assistência<sup>(27)</sup>.

Em Portugal, um estudo realizado em 2017 fez uma abordagem global do que fazem os enfermeiros na pedopsiquiatria, especialidade médica que existe no país desde 1984 e se refere à psiquiatria da infância e da adolescência<sup>(28)</sup>.

Mesmo que relativamente recente, o estudo ainda mostra que é urgente o desenvolvimento de serviços e programas que possibilitem respostas de qualidade às necessidades de cuidado da infância e adolescência, a nível da prevenção e tratamento<sup>(28)</sup>.

Tem como objetivos promover a saúde mental infantil e juvenil junto da população, melhorando a prestação de cuidados, favorecendo e implementando a articulação entre os serviços de saúde mental infanto-juvenil e outras instituições ligadas à saúde, educação, serviços sociais e direito de menores e família<sup>(28)</sup>.

O estudo aponta que a observação clínica proporcionada pela prestação de cuidados de enfermagem é uma contribuição essencial para a equipe, e ainda espera-se que o enfermeiro assuma uma atitude psicoterapêutica<sup>(28)</sup>.

São apontadas algumas ações esperadas do enfermeiro no cuidado desse público, como: manter uma postura de escuta ativa; centrar-se nas emoções dos pacientes/familiares; não emitir juízos de valor, respeitando a intimidade psicológica dos pacientes; não falar sem intencionalidade terapêutica, o que inclui gestão adequada dos silêncios; não falar de si ou de suas famílias nas interações com os pacientes; não utilizar expressões como “o doente comportou-se mal”, o que além de reprovável pelo ponto de vista ético, não denota empatia pelo sofrimento, dificultando a relação de ajuda; a administração farmacológica não pode ser feita com caráter punitivo, devendo ser precedida de um momento de interação com o doente em que se explique seu objetivo e obtenha sua colaboração; estar atento ao sofrimento dos pais; e estar atento aos sentimentos de contratransferências que podem surgir em sua prática<sup>(28)</sup>.

Ainda aponta alguns aspectos que devem ser observados pelo enfermeiro, como: dificuldade de separação entre pais e filhos, devendo haver apoio emocional para todos os envolvidos; dificuldades no sono, na alimentação, na interação e no papel parental; intolerância à frustração; alterações do pensamento e da percepção;

imagem corporal; e adesão terapêutica. O enfermeiro ainda deve proporcionar a gestão terapêutica e trabalhar em rede<sup>(28)</sup>.

Já no Brasil, um estudo nacional teve como objetivo sintetizar a contribuição das pesquisas produzidas pela enfermagem brasileira em saúde mental infantil<sup>(29)</sup>. Foram selecionados 12 artigos para discussão, os quais foram escritos por enfermeiros nos anos de 2002 à 2012<sup>(29)</sup>.

Os resultados mostraram que as pesquisas qualitativas prevalecem entre os artigos e, na maioria delas, aborda-se a relação da família com a criança que sofre o transtorno mental e pouco se refere a ações de cuidado de enfermagem à criança<sup>(29)</sup>.

O estudo também mostrou que as pesquisas publicadas por enfermeiros em saúde mental vêm aumentando consideravelmente nos últimos dez anos, porém ainda está longe de suprir a carência de estudos relacionados ao cuidado da criança em sofrimento psíquico<sup>(29)</sup>.

Constatou, ainda, que o enfermeiro está pouco inserido na saúde mental infantil ou ainda não realiza publicações sobre os seus avanços no cuidado de maneira sistematizada, o que pode causar uma lacuna entre o conhecimento e o atendimento à criança com transtornos ou demências psicológicas<sup>(29)</sup>.

Como já mencionado, ao considerar o cuidado de enfermagem com crianças com transtornos mentais, a literatura aponta para a utilização do PE como estratégia principal<sup>(25)</sup>. O enfermeiro psiquiatra como agente terapêutico começa a desempenhar suas ações considerando a subjetividade dos sujeitos, ocupando-se da compreensão das experiências vivenciadas e auxiliando-os na reinserção ao convívio social<sup>(24)</sup>.

Dessa forma, o enfermeiro psiquiatra pode sustentar o cuidado por meio do PE através da relação terapêutica junto ao paciente, o que pode promover o crescimento pessoal e o desenvolvimento de atitudes que o levem a minimizar seu sofrimento diante situações de vida<sup>(24)</sup>.

Porém, não são encontrados na literatura materiais que abordem a relação terapêutica enfermeiro-paciente com crianças na saúde mental, o que reforça ainda mais a importância e necessidade de estudos sobre o tema<sup>(11)</sup>.

Uma possibilidade para o cuidado de enfermagem na saúde mental infantil pode ser desenvolvida por meio do BT<sup>(30)</sup>. Isto pois o BT é um brinquedo estruturado para que a criança alivie a ansiedade gerada por experiências atípicas de sua idade, que podem ser ameaçadoras e exigem mais do que recreação para resolver a

ansiedade associada, devendo ser usado sempre que ela apresentar dificuldade em compreender e lidar com tais experiências<sup>(31)</sup>. Ele pode ser classificado em três modalidades: dramático ou catártico, instrucional e capacitador de funções fisiológicas<sup>(31)</sup>.

O BTD permite a descarga emocional da criança enquanto lhe for possível dramatizar as novas experiências vividas, fornecendo-lhe segurança emocional e é, portanto, a modalidade de BT mais adequada no cuidado de crianças com transtornos mentais<sup>(31)</sup>.

Apesar do BT ser uma competência legal do enfermeiro para sua utilização na assistência da criança, ainda há poucos estudos do uso dessa tecnologia, dentro dos cuidados de enfermagem, para o público infantil na saúde mental, à exemplo um estudo que versou o BT com uma criança com autismo<sup>(31)</sup>.

Para utilização do BT como tecnologia de assistência de enfermagem à criança com transtorno mental, o enfermeiro deve assumir o lugar de agente terapêutico e, para isso, é preciso que se apoie em um referencial teórico.

Pela visão da psicanálise, todos os distúrbios psiquiátricos que um indivíduo pode desenvolver ao longo de sua vida tem origem na infância, visto que é neste período que o ser humano se constitui como sujeito falante, por meio da inserção de significantes que lhe são atribuídos pelas pessoas que exercem a função materna, paterna e outras que convivem com ela<sup>(7)</sup>.

Nesta perspectiva, as vivências da infância são de extrema importância e podem contribuir para a determinação da linguagem e consequente estruturação psíquica<sup>(7)</sup>.

Isto pois é no campo da linguagem que a função da fala sob transferência coloca em ato a realidade do inconsciente, que é determinante nas conduções de vida do sujeito, conduzindo seus modos de viver<sup>(32)</sup>.

Assim, a abordagem da infância pela psicanálise se mostra uma possibilidade para o desenvolvimento do trabalho de enfermagem à criança com transtorno mental. No entanto, ao considerar o sujeito do inconsciente, estruturado tal como uma linguagem, faz-se necessário redimensionar o entendimento do brincar.

Logo, este estudo justifica-se pela crescente taxa de transtornos mentais na população infantil e consequente alta demanda de atenção com tratamento intensivo, o que caracteriza um problema de saúde pública; pela falta de programas específicos para o atendimento à esse público; pela defasagem na oferta de

cuidados qualificados; pela pouca inserção da enfermagem na saúde mental infantil; pela falta de estudos voltados ao cuidado de enfermagem do público infantil na saúde mental, corroborando para a assistência com pouca articulação teórica; pela escassa literatura que aborda a relação terapêutica enfermeiro-paciente nessa população específica; e pela importância de enfermeiros estarem incluídos neste cuidado<sup>(8,10-11,26,28-29)</sup>.

Observa-se, ainda, que o PE configura-se como uma possível estratégia de cuidado que favorece ao enfermeiro ter clareza de atuação junto a esse público<sup>(25)</sup>. Assim, torna-se oportuno a elaboração de uma proposta de cuidado à criança com transtorno mental que priorize a emergência do sujeito do inconsciente, proposta pela psicanálise, para o estabelecimento da relação enfermeiro-paciente junto ao público considerado, optando pela tecnologia do BTM para a construção do PE e elaboração do cuidado.

## **2. OBJETIVO**

O presente estudo tem como objetivo elaborar uma proposta de cuidado em enfermagem para crianças com transtornos mentais considerando a estruturação do sujeito do inconsciente para o estabelecimento da relação enfermeiro-paciente por meio do BTD.

Para tal, terá como objetivos específicos:

1. Conhecer as evidências da literatura sobre o cuidado de enfermagem para crianças com transtornos mentais.
2. Articular um suporte teórico da psicanálise ao BTD.
3. Desenvolver uma proposta de cuidado em enfermagem para crianças com transtornos mentais.

### **3. MÉTODO**

Trata-se de um estudo teórico que utilizará como referencial teórico e metodológico a psicanálise. O novo objeto trazido pela psicanálise para o campo das ciências, o inconsciente, e a nova forma de pesquisa com método próprio, caracterizam a especificidade desta área, que realiza sua inserção no ambiente universitário em conjunto com as demais disciplinas científicas<sup>(33)</sup>.

Portanto, a psicanálise reconhece a Universidade como lugar de pertencimento, salientando as particularidades de seu método, distantes do modo de produção das ciências no ambiente universitário, no qual o ideal da neutralidade científica resulta em apagamento do sujeito, tão importante à psicanálise<sup>(33)</sup>.

#### **3.1 Referencial teórico**

##### **3.1.1 O brincar**

Para a criança, brincar é uma atividade essencial ao bem estar físico, emocional, mental e social, uma necessidade de desenvolvimento que não cessa quando ela adoece<sup>(30,34)</sup>. Além disso, ela pode se expressar mais confortavelmente por meio do brincar, e a falta de jogos ou brincadeiras nesta etapa da vida pode, inclusive, causar uma falha em seu desenvolvimento físico, cognitivo, emocional e social<sup>(35)</sup>.

Sua prática é de tamanha importância que, em 1988, é sancionada a Lei nº 8.069, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e, entre outros pontos, reconhece o brincar como um direito da criança<sup>(36)</sup>. Também é neste documento que se define o que é uma criança: a pessoa até doze anos de idade incompletos<sup>(36)</sup>.

A interação cuidador-bebê é a forma mais antiga de brincar, denominada socioafetiva<sup>(34,37)</sup>. Ela começa nos primeiros três meses de vida, quando os pais ou cuidadores interagem reciprocamente com seus bebês, lendo suas dicas não-verbais de maneira responsiva<sup>(34,37)</sup>. Através da fala, do toque e do aconchego, resulta no aprendizado do bebê em provocar emoções e respostas por meio de comportamentos como o sorrir<sup>(34,37)</sup>.

Já a trajetória lúdica e social da criança se inicia com brincadeiras corporais, ditas sensório-motoras<sup>(34)</sup>. Predominam em lactentes, porém estão presentes nas

brincadeiras de todas as idades. São essenciais para o desenvolvimento muscular e proporcionam à criança explorar a natureza do mundo físico<sup>(34)</sup>.

Com o passar do tempo, a criança começa a brincar de faz de conta, também chamada de brincadeira simbólica, que permite a ela exercer diferentes papéis e experimentar comportamentos alternativos<sup>(38)</sup>.

Por meio da dramatização das brincadeiras ditas fantasiosas, ela desenvolve empatia como forma de buscar compreender os outros, e experimenta a sensação de poder e domínio que não são possíveis na vida real, o que possibilita a regulação do próprio afeto, a redução da agressão e a ressignificação de sentimentos<sup>(38)</sup>.

Dessa forma, o brincar faz parte do processo de crescimento e desenvolvimento da criança e constitui um dos aspectos mais importantes desta fase<sup>(39)</sup>. A brincadeira estimula o desenvolvimento motor, emocional, cognitivo, sensorial, social, mental e de linguagem<sup>(39)</sup>.

Além disso, permite a inserção na cultura, a relação com o ambiente, a construção de representações mentais, a organização de ideias e pensamentos, estimula a criatividade, desenvolve habilidades, favorece a expressão de sentimentos, prepara a criança para o futuro, e melhora a estrutura e função do cérebro<sup>(39)</sup>.

Neste contexto, o brincar se constitui como uma ferramenta natural para que a criança desenvolva resiliência, aprenda a cooperar, a superar desafios e a negociar com outras pessoas<sup>(34,40)</sup>. É por meio desta ação que as crianças estimulam a criatividade e a imaginação, ao mesmo tempo que desenvolvem habilidades emocionais, cognitivas e a força física<sup>(34,40)</sup>. Também se torna essencial na medida que proporciona a criação de laços sociais e emocionais<sup>(40)</sup>.

Brincar, portanto, proporciona oportunidades de praticar e aprimorar habilidades necessárias para viver em um mundo complexo<sup>(37)</sup>. Além disso, facilita a progressão para a independência, promovendo um senso de autorregulação à criança em relação aos pais ou cuidadores<sup>(37)</sup>.

As brincadeiras devem ser voluntárias, espontâneas e proporcionar diversão e relaxamento, auxiliando a criança a sentir-se mais segura em ambientes desconhecidos, o que contribui para a redução do estresse, favorecendo a liberação e expressão de sentimentos, e colocando-a em função ativa, onde pode fazer suas próprias escolhas<sup>(41)</sup>. Contudo, não constitui um ato meramente divertido, pois envolve correr riscos, experimentar e testar limites<sup>(40)</sup>.

O brincar, relacionado ao mundo da criatividade e da fantasia, constitui uma função necessária para a humanização da criança, e também é por meio dele que ela é sujeitada ao mundo<sup>(42)</sup>. Assim, proporciona a criação de uma realidade particular e imaginativa, contém elementos de faz de conta e não é literal<sup>(37)</sup>.

Os tipos de brinquedo também podem auxiliar a ampliar o leque de expressões da criança. Por exemplo, brinquedos da vida real (bonecas, carros e casas) dão mais liberdade e impõem poucos limites; brinquedos agressivos (soldados e carros de guerra) facilitam o extravasamento de sentimentos e emoções que podem ser minimizados por meio da destruição; brinquedos de expressão criativa (pincéis, tintas, blocos de montar) estimulam a expressão de emoções e permitem que a criança crie uma desorganização do ambiente<sup>(42)</sup>.

Além de todos os aspectos mencionados, é importante ressaltar outra característica muito particular do brincar: esta é a forma básica da comunicação infantil<sup>(43)</sup>.

Contudo, é preciso salientar que existe uma diferença marcante entre o brincar e o brinquedo: este é vazio de existência enquanto não houver alguém que brinque com ele<sup>(43)</sup>. Ou seja, o brinquedo é um recurso facilitador do brincar, e não é pela falta dele que a criança deixa de fazê-lo, pois quando não há brinquedos disponíveis, ela cria, usa sua imaginação e brinca<sup>(43)</sup>. É no brincar, portanto, que observa-se uma separação entre o brinquedo e o uso que a criança faz dele<sup>(43)</sup>.

### **3.1.2 O brincar pela perspectiva da enfermagem**

Ao final do século XIX, Florence Nightingale já enfatizava a importância do brincar, ao preconizar no cuidado à criança: os cuidados de higiene física, a alimentação, a importância do meio ambiente, do ar puro e, sobretudo neste contexto, da recreação<sup>(44)</sup>. Além disso, a enfermeira defendeu que a brincadeira é indispensável para a recuperação adequada da criança frente à doença e hospitalização<sup>(44)</sup>.

Ainda nos dias atuais, a abordagem mais eficaz em pediatria acontece pelo brincar, sendo por meio dele que surge a possibilidade de estabelecer uma comunicação com a criança em seu universo brincante e fantasioso<sup>(45-46)</sup>.

Ou seja, o brincar apresenta-se como uma linguagem em que o enfermeiro reconhece a forma como a criança elabora ansiedades geradas por experiências

atípicas<sup>(47)</sup>. É preciso haver uma leitura da relação da criança com o brincar, ou seja, é preciso ler o brincar tendo bases teóricas, favorecendo a transformação deste em terapêutico<sup>(47)</sup>.

Logo, o enfermeiro deve ter em vista que observar ou brincar em conjunto com a criança permite visualizar o mundo da mesma forma que ela, o que resulta em aprender a se comunicar ou oferecer orientações de forma mais eficaz<sup>(40)</sup>.

Ademais, como o cuidado de enfermagem pediátrica deve garantir atenção integral à criança, é necessário incluir o brincar na assistência pela utilização deste pelo enfermeiro, visando todas as metas terapêuticas que proporciona<sup>(47)</sup>.

Ao considerar a relação entre criança e brincar, no ato de brincar, há o reconhecimento das necessidades de cuidado, o que pode ser utilizado pelo enfermeiro para empreender uma assistência individualizada<sup>(47)</sup>.

Além disso, a brincadeira fortalece as ações de enfermagem para o desenvolvimento da criança e para o cuidado à sua saúde<sup>(45-46)</sup>. O enfermeiro deve buscar facilitar a inclusão das brincadeiras no contexto assistencial, associando-as aos conhecimentos técnico-científicos e às necessidades emocionais e sociais da criança e de sua família<sup>(45-46)</sup>.

Neste contexto, o brincar como atividade terapêutica ameniza o sofrimento emocional da criança e a auxilia no enfrentamento de experiências clínicas, tendo potencial para ser utilizado em rotinas diárias de cuidado<sup>(47)</sup>.

Portanto, a utilização do brincar terapêutico pelo enfermeiro na assistência à saúde constitui uma alternativa para minimizar efeitos como ansiedade, medo e estresse, além de contribuir para o resgate da autoestima da criança<sup>(45,48)</sup>. Constitui uma modalidade efetiva e não diretiva para ajudá-la a lidar com os sentimentos citados e, ao mesmo tempo, auxilia o enfermeiro a entender melhor suas necessidades<sup>(34)</sup>.

Sendo assim, auxilia na recuperação, visto que ao brincar ela se expressa naturalmente ao expor suas ideias, pensamentos, sentimentos, alegrias, tristezas, angústias e conflitos tanto do seu mundo exterior como interior<sup>(45,48)</sup>.

Dessa forma, para o cuidado à criança, o enfermeiro precisa desenvolver capacidades lúdicas e tornar-se um enfermeiro brincante, lendo a simbolização que o brincar carrega para a constituição da subjetividade humana<sup>(45-48)</sup>.

O conceito de BT aparece na literatura da enfermagem brasileira pela tradução de um artigo de Green<sup>(49)</sup>. O BT, para ela, se configura como uma técnica

que segue os princípios da ludoterapia, ou seja, o brinquedo deve ser utilizado para recreação, estimulação, socialização e para cumprir sua função terapêutica<sup>(49)</sup>.

Sendo assim, defende que o enfermeiro que presta assistência a crianças hospitalizadas deve utilizar desta técnica, que tem como principal objetivo dar ao observador melhor compreensão das necessidades da criança<sup>(37,49)</sup>.

Outra autora importante para a implementação do brincar na enfermagem é Steele, que defendeu que o BT constitui-se em um brinquedo estruturado para que a criança alivie a ansiedade gerada por experiências atípicas à sua idade, que podem ser ameaçadoras e pedem mais do que a recreação para resolver a ansiedade associada, devendo ser utilizado sempre que ela apresentar dificuldade em compreender ou lidar com a experiência<sup>(50)</sup>.

Ainda nos dias atuais, o conceito de BT carrega as características defendidas por ambas as autoras<sup>(49-50)</sup>. É, portanto, amplamente divulgado na literatura e constitui uma importante estratégia terapêutica de intervenção do enfermeiro no cuidado à criança, possibilitando a ela o desenvolvimento de habilidades de resolução de problemas e de enfrentamento, auxilia na interação em seu ambiente social e contribui para o processo de raciocínio<sup>(35,51)</sup>.

Assim, o ensino do BT como técnica de intervenção da enfermagem vem sendo conceituado na literatura científica e realizado desde meados de 1980<sup>(30-31)</sup>. Além de garantir benefícios à criança, a prática do BT atende à Resolução nº 546/2017 do Conselho Federal de Enfermagem, que confere competência legal ao enfermeiro para sua utilização na assistência à criança e à família<sup>(30)</sup>.

O uso dessa tecnologia pela enfermagem, portanto, contribui significativamente para os principais domínios do desenvolvimento infantil (físico, intelectual, emocional e social)<sup>(35)</sup>.

O BT pode ser classificado em três modalidades:

BT dramático ou catártico, que permite à criança a descarga emocional enquanto lhe for possível dramatizar novas experiências vividas, bem como permite a expressão de sentimentos, fantasias e desejos<sup>(31,51-52)</sup>. Também possibilita a exteriorização de relações e papéis sociais internalizados por meio de dramatizações durante a brincadeira, permitindo à criança que reviva situações desagradáveis, na tentativa de dominá-las de maneira ativa ao invés de passiva<sup>(51-52)</sup>.

BT instrucional, utilizado para preparar a criança para a hospitalização e para procedimentos rotineiros, favorecendo sua compreensão sobre eles e estimulando sua participação<sup>(31,53)</sup>.

E, por fim, o BT capacitador de funções fisiológicas, que tem como objetivo capacitar a criança a manter ou melhorar suas condições físicas, por meio da potencialização do uso de suas funções fisiológicas<sup>(31,53)</sup>.

Por envolver interações entre sujeitos, vínculo, comunicação, acolhimento e humanização, o BT se configura como um processo de intervenção em encontros entre subjetividades e, por isso, é considerado uma tecnologia leve de cuidado<sup>(54)</sup>.

Sua aplicação não se restringe ao ambiente hospitalar, devendo ser utilizado em todos os locais onde a criança frequenta, como instituições de abrigamento, casas de apoio, ambulatórios<sup>(54)</sup> e, neste contexto, em instituições de saúde mental, como os CAPSij.

Apesar do incentivo legal e de todos os benefícios transcritos em literatura científica, a aplicação do BT na prática ainda é incipiente, por fatores como: insuficiência de recursos materiais e humanos; escassez de espaços físicos; sobrecarga de tarefas; falta de tempo; falta de conhecimento, associada à pouca abordagem da temática nos currículos de graduação e especialização em enfermagem pediátrica; falta de apoio da instituição, cuja filosofia nem sempre defende o brincar na assistência à criança; e insegurança e despreparo dos enfermeiros para utilizá-lo e interpretar as manifestações da criança enquanto brinca<sup>(51,54-55)</sup>.

Além disso, os enfermeiros associam o brincar a uma prática natural da equipe, com o objetivo de mediar a interação e comunicação, promover vínculo e confiança e, como consequência, ofertar um cuidado lúdico e efetivo<sup>(55)</sup>. É preciso que esses profissionais ultrapassem a não intencionalidade do uso e sejam capacitados para desenvolver ações lúdicas intencionadas, planejadas e integradas ao plano de cuidados<sup>(55)</sup>.

Assim, é responsabilidade das instituições de ensino integrar o brincar nos currículos de enfermagem, com enfoque teórico e prático, visto que o tema não é prioridade no ensino, além do conteúdo ser ofertado de maneira predominantemente teórica, o que não permite ao aluno vivenciar seus benefícios na prática<sup>(55)</sup>.

Considerando as especificidades da saúde mental na infância, opta-se pelo uso do BT por possibilitar ao enfermeiro melhor compreensão das necessidades

da criança, auxiliando-a a elaborar sentimentos passados ou iminentes, além de contribuir para a construção da relação terapêutica com criança e família e incentivar a participação no cuidado<sup>(31)</sup>.

Somado a isso, utilizado em conjunto com a comunicação adequada, impulsiona o planejamento e a criação de estratégias de enfrentamento e manejo<sup>(31)</sup>. Portanto, o BTD utilizado pela enfermagem contribui para a criação e manutenção de habilidades emocionais, sociais e de comportamento, além de diminuir os níveis de medo e ansiedade, aprimorando comunicação e autoestima<sup>(35)</sup>.

Sua aplicação é recomendada para crianças pré-escolares e escolares, ou seja, entre três e dez anos<sup>(56)</sup>. Isto pois a partir dos três anos a criança já possui capacidade de estabelecer relações sociais mais amplas, como o relacionamento familiar, e faz uso da linguagem para simbolização dos processos mentais<sup>(54)</sup>. E, aos dez anos, dá-se início a pré-adolescência, já sendo possível a utilização de outros meios que não o BTD para compreender as experiências vividas<sup>(54)</sup>.

Para dar início à sessão de BTD, a criança deve ser convidada a brincar e, caso aceite, sua duração pode variar entre 15 e 45 minutos, podendo ela solicitar mais tempo para concluir a brincadeira ou interrompê-la a qualquer momento<sup>(54,56)</sup>.

No início da sessão, o enfermeiro deve sinalizar a criança sobre seu início e término, podendo utilizar como estratégia mostrar os ponteiros do relógio para indicar o tempo previsto de sua duração<sup>(56)</sup>. Alguns minutos antes do término da sessão, o enfermeiro deve avisar a criança sobre a aproximação do fim da brincadeira, para que ela tenha o tempo que necessita para concluí-la<sup>(57)</sup>.

Recomenda-se que os brinquedos a serem oferecidos à criança sejam variados, o que permite a ela expressar-se livremente e dramatizar situações cotidianas<sup>(54,56)</sup>. Estes devem ser armazenados em uma caixa de material plástico transparente e de fácil limpeza<sup>(54)</sup>. A criança deve ser informada sobre a devolução dos brinquedos após o término da sessão<sup>(57)</sup>.

Sugere-se que na caixa de brinquedos haja: figuras representativas, como bonecos (simulando familiares, profissionais de saúde, animais); objetos domésticos e do cotidiano, como alimentos de plástico, móveis em miniatura, carrinho, chupeta; e materiais que estimulem a criatividade, como blocos de montar, lápis coloridos, papel, massa de modelar<sup>(54,56)</sup>.

Ainda, quando a criança está vivenciando uma experiência atípica, como uma internação hospitalar, é interessante incluir na caixa brinquedos que representam aquilo que ela está experienciando, como seringas, luvas, termômetro<sup>(54,56)</sup>.

Algumas literaturas recomendam inclusive a presença de brinquedos que permitam à criança manifestar sentimentos de raiva e hostilidade, como revólver, tanques de guerra e soldados<sup>(57)</sup>.

Vale ressaltar que os brinquedos são essenciais, mas não são em si terapêuticos, e sim a brincadeira propriamente dita<sup>(57)</sup>. Assim, eles devem ser ofertados a criança sem nenhum direcionamento do profissional, ela deve decidir livremente o uso que fará deles<sup>(57)</sup>.

Da mesma maneira, o enfermeiro não deve direcionar a brincadeira, devendo participar dela apenas quando solicitado pela criança, como para assumir algum papel que ela deseja<sup>(57)</sup>. Caso a criança faça uma pergunta ao profissional, este deve devolver-lhe o questionamento, para que ela seja a responsável pelas decisões tomadas no brincar<sup>(57)</sup>.

Logo, a aplicação do BTD envolve o ato de cuidar, o qual não se restringe a equipamentos e saberes tecnológicos estruturados, e por isso não deve ser tomado como uma “técnica”<sup>(54)</sup>.

Além dos materiais específicos à sua prática, deve oferecer um ambiente acolhedor e seguro em que a criança, na presença de um adulto aceitador, é encorajada a brincar, ou seja, a expressar seus sentimentos<sup>(54)</sup>.

Para isso, deve ser aplicado por enfermeiros capacitados e seu desenvolvimento não pressupõe ambientes específicos, podendo ser realizado no local mais conveniente à criança, sendo ela também quem determina a participação ou não de familiares ou responsáveis<sup>(54,57)</sup>.

Além disso, deve contemplar as etapas do PE, ou seja, ser prescrito e supervisionado pelo enfermeiro e sua ação deve ser registrada<sup>(54)</sup>. Este registro, além de cumprimento legal, proporciona ao profissional melhor compreensão do conteúdo manifesto pela criança, após leitura cuidadosa e embasada teoricamente<sup>(57)</sup>.

A adoção de um referencial teórico pelo enfermeiro é importante não só para melhor compreensão do que foi trazido pela criança durante a sessão de BTD, mas para que o profissional não ofereça o brincar como mera atividade corriqueira da infância<sup>(54)</sup>.

Conclui-se que a associação do PE ao brincar e ao BT pode revelar-se uma estratégia poderosa para que o enfermeiro adentre no universo da criança, por meio da criação de uma atmosfera lúdica em seu processo de trabalho, permitindo à ela expressar seus sentimentos frente a sua condição de saúde<sup>(58)</sup>. Por esses motivos, é recomendado que os enfermeiros incluam o BT em sua profissão e no PE<sup>(35)</sup>.

### 3.1.3 O brincar pela perspectiva da psicanálise

Os espaços para o brincar enquanto prática terapêutica surgem a partir da necessidade e interesse de alguns pediatras e psicólogos que tiveram contato com a psicanálise<sup>(43)</sup>. É, portanto, a partir dela que o brincar se torna mais abrangente e passa a ter valor no desenvolvimento da criança, na estruturação de sua subjetividade e como recurso terapêutico<sup>(43)</sup>.

Em 1921, a psicanalista Melanie Klein iniciou a sistematização da psicanálise de crianças, utilizando o brincar e sua interpretação como método de trabalho e investigação<sup>(59)</sup>.

Sua abordagem tinha como pressuposto que a liberdade do brincar poderia substituir as associações livres<sup>2</sup>, visto que as crianças não possuíam capacidade de produzi-las da mesma forma que os adultos, sendo portanto uma possibilidade de contato com seu inconsciente para compreender seus desejos, medos e angústias<sup>(59)</sup>. Ainda ressalta que as fantasias expressas no brincar possuem a mesma linguagem e o mesmo modo de expressão encontrado nos sonhos<sup>(59)</sup>.

Para ela, o brincar tem um sentido e se constitui como uma forma de expressão dos conflitos internos, onde as fantasias inconscientes são expressas<sup>(59)</sup>. Sendo assim, a interpretação da brincadeira pode ser traduzida como a interpretação das fantasias inconscientes, tornando possível apreendê-las a partir de seu simbolismo<sup>(59)</sup>.

Considera que a criança ainda não tem a capacidade verbal totalmente construída, sendo o brincar uma forma de comunicação de extrema importância em que ela projeta seus conteúdos internos como uma maneira de elaborar experiências angustiantes ou dolorosas, a partir da possibilidade de simbolização<sup>(59)</sup>.

---

<sup>2</sup> Pacto terapêutico da psicanálise em que o analisando diz tudo o que vêm à sua mente, permitindo ao analista organizar o material inconsciente apresentado<sup>(60)</sup>.

O pediatra e psicanalista Donald Winnicott também foi fundamental para construção do referencial teórico do brincar como processo terapêutico, considerando este como um trabalho psíquico<sup>(61)</sup>.

Defendeu a universalidade do brincar, pensando-o como uma forma de comunicação e uma experiência criativa que precisa acontecer de forma espontânea, sem ser dirigido ou solicitado, e desenvolvido em um tempo-espço contínuo, sendo uma forma básica e saudável de viver<sup>(62)</sup>.

Winnicott, diferente de Melaine Klein, não se ocupou somente da análise dos conteúdos do brincar, mas com o simples fato de realizar tal ação, considerando-o um aspecto universal da natureza humana<sup>(63)</sup>. O brincar por si só é terapêutico, pois é por meio dele que a criança assume sua liberdade de criação<sup>(63)</sup>.

Para ele, o brincar é um fazer no sentido de construir uma corporeidade, e não está nem dentro e nem fora do sujeito, não é interior e nem exterior, e sim ocupa um espaço transicional<sup>(64)</sup>. Este espaço é considerado como o momento em que a criança começa a se separar da mãe e adquire o poder de substituí-la por outra coisa, sendo este um objeto transicional<sup>(64)</sup>.

Nos casos em que a criança não adquiriu a capacidade de criar objetos transicionais - como o brincar -, ou perdeu essa capacidade, cabe ao profissional trabalhar para promover tal conquista, considerando que a impossibilidade de brincar é um sintoma que demanda ação<sup>(64)</sup>.

Portanto, a brincadeira não advém do profissional, mas este deve criar condições ambientais de adaptação e comunicação que levem a criança a poder brincar<sup>(64)</sup>. Assim, a intervenção se dá pela superposição de dois espaços de brincar: o do paciente e o do profissional<sup>(64)</sup>.

A teoria de Françoise Dolto, pediatra e psicanalista francesa, forneceu um novo lugar à criança, um lugar próprio, em que não é considerada um “mini-adulto”, e sim um sujeito<sup>(65)</sup>.

Ela ofereceu a primeira possibilidade de tratamento analítico de crianças na França, em que as tratava como pessoas autônomas e responsáveis, orientando-se por meio da interrogação de seus desejos e permanecendo atenta às diferentes posições que elas adotavam nos momentos de tensões conflitivas em que se encontravam<sup>(65)</sup>.

Dolto adotou como hipótese que a criança adoece do inconsciente dos pais, pois se torna herdeira das dívidas dos adultos<sup>(65)</sup>. Assim, a criança é sintomática

daquilo que ainda está, de alguma forma, ligado às gerações que a precedem<sup>(65)</sup>. Por esse motivo, a psicanalista em questão não atuava com a criança separadamente, sendo sua interrogação inicial voltada à dinâmica familiar<sup>(65)</sup>.

Defendeu a utilização do brinquedo ao trabalhar com a criança, assim como o uso da conversação, do desenho e da modelagem, considerando que por meio deles ela exprime seu cotidiano, medos, angústias, conflitos e tensões, verbalizando seus afetos<sup>(65)</sup>.

Considerava que, mais efetivo do que utilizar os brinquedos já prontos, é fornecer à criança as matérias-primas, para que ela projete o brinquedo da sua maneira<sup>(65)</sup>. Ainda, não considerava como objetivo principal a interpretação do que a criança traz em sua brincadeira, e sim utilizar esses momentos para orientar as conversações<sup>(65)</sup>.

Por fim, o psicanalista Ricardo Rodulfo também contribuiu para a construção de um olhar terapêutico do brincar, ao defender que esta ação não é uma catarse, uma atividade a mais, um divertimento, nem se limita a uma descarga compensatória ou a uma atividade regulada pelas defesas, assim como não se reduz a uma formação do inconsciente: além de tudo isso, não há nada significativo na estruturação de uma criança que não passe pelo brincar<sup>(66)</sup>.

Defende que a brincadeira é o meio mais importante de expressão da criança pois, apesar de faltar à ela as palavras verbalizadas, por ainda não ter domínio da linguagem, consegue transmitir suas questões e angústias durante o brincar, construindo associações livres<sup>(66)</sup>. Também aponta que o brincar é a ponte que permite ligar a realidade objetiva com a fantasia<sup>(66)</sup>.

Rodulfo defende ser comum que o brincar se reproduza de maneira semelhante, sem que se tenha qualquer noção do seu significado. Isto pois o brincar se constitui como um significante<sup>3</sup> e, quando a criança adquire um significante, deve-se observar como ela estabelecerá relação com ele, seja sob uma repetição cega ou seja na tentativa de mudar a direção do que se repete<sup>(66)</sup>.

Também será no brincar que a criança repetirá experiências desagradáveis para que possa dominar a situação de maneira mais ativa ao invés de passiva, visto que por meio das brincadeiras ela revive experiências traumáticas<sup>(66)</sup>. Principalmente por esse motivo, Rodulfo considera o brincar como uma atividade terapêutica.

---

<sup>3</sup> O significante é entendido como a imagem acústica de uma palavra. Não é o som material, puramente físico, mas a impressão psíquica deste, a representação que dele nos dá o testemunho de nossos sentidos<sup>(67)</sup>.

Nesse sentido, a cada nova repetição da brincadeira, a criança fortalece a supremacia que busca ao expor sua verdade, aquilo que lhe causa angústia ou sofrimento<sup>(66)</sup>.

Como forma de herança das experiências e estudos dos teóricos mencionados, bem como por meio de novos conhecimentos adquiridos sobre a temática, é possível chegar à conclusão de que as crianças têm muito a dizer em relação aos seus sofrimentos, descobertas, angústias, medos, sobre a incompreensibilidade e deciframento de um mundo que pode ser por vezes hostil ou aconchegante, mas sobretudo conflitivo e contraditório<sup>(43)</sup>.

Assim, para a psicanálise, é por meio da linguagem que o sujeito reconhece sua existência e, conseqüentemente, nomeia seu sofrer psíquico<sup>(24)</sup>. Há, porém, no contexto infantil, uma ambigüidade: apesar das crianças possuírem vontade própria, ainda dependem dos adultos quando não são capazes de responder por si<sup>(68)</sup>. Justamente por isso, elas chegam para o tratamento pela demanda de terceiros, sejam eles os próprios pais, conselhos tutelares ou escolas<sup>(68)</sup>.

Em suma, o brincar é o meio mais importante de expressão da criança, no sentido de que, enquanto brinca, ela também conversa<sup>(69)</sup>. Embora falte um discurso verbal à ela, que lhe possibilite falar das suas questões e conflitos, o brincar pode vir a fazer esta função<sup>(69)</sup>.

Logo, a proposta do tratamento pelo referencial psicanalítico sempre foi a escuta do sujeito inconsciente, respeitado e escutado a partir de seu desejo, e este não tem idade<sup>(68)</sup>. Ao dizer que falta à criança as palavras verbalizadas, pode-se entender que o que falta é o domínio da linguagem, necessária para transmitir suas questões e angústias durante o tratamento, pois o funcionamento da sua estrutura psíquica ainda está em constituição<sup>(69)</sup>.

Faz-se importante ao profissional entender que a constituição subjetiva do sujeito será finalizada apenas na adolescência<sup>(69)</sup>. Logo, para a criança estruturar-se como sujeito, ela depende de um Outro sustentado por um agente de linguagem, que lhe nutrirá um desejo e lhe dirigirá demandas, movimento que propiciará o seu desenvolvimento psíquico<sup>(69)</sup>.

Vale ressaltar que o brincar em psicanálise não é uma ludoterapia, ou seja, não visa somente a descarga emocional referente a algum trauma psíquico como função terapêutica principal, como apontado nas funções do BT, mas tem como

objetivo comportar a verdade do sujeito, a qual deverá ser lida no campo dos significantes<sup>(68)</sup>.

Além disso, é por meio desta ação que as crianças expressam e lidam com suas angústias e ansiedades, fazendo do brincar um veículo de liberação destas, por meio da articulação entre o real, o simbólico e o imaginário<sup>(68-69)</sup>. Na medida em que acontece uma análise apropriada das brincadeiras, pode-se escutar o discurso da criança, onde o inconsciente produz seus efeitos<sup>(69)</sup>.

Para o brincar se concretizar e ser efetivo, além da disponibilidade de espaços e recursos materiais, é fundamental a presença de um adulto que seja capaz, ele próprio, também de brincar<sup>(70)</sup>. Não deve ser uma simples presença, muito menos uma presença disciplinadora ou de vigia, e sim acontecer de maneira a estar com o outro por meio de um compromisso ético de sujeito para sujeito, construindo espaços para brincar<sup>(70)</sup>.

Portanto, o brincar tido como terapêutico possibilita à criança, em qualquer idade, expressar seus sentimentos, emoções e vivências em situações novas e/ou difíceis, diminuindo a ansiedade, tensão e medo<sup>(39)</sup>. Dessa forma, ela se torna capaz de experimentar e testar situações, além de dominar os personagens e as posições que não consegue incorporar no mundo da realidade<sup>(39)</sup>.

Além disso, é terapêutico pois as crianças expressam por meio dele experiências passadas com o objetivo de assimilá-las em novas percepções e relações, o que contribui para que entendam o mundo em que vivem e diferenciem a fantasia da realidade<sup>(34)</sup>.

Sendo assim, o brincar constitui um trabalho para a criança, onde ela constrói sua subjetividade e estabelece laços sociais<sup>(43)</sup>. Pode proporcionar uma transformação em sua passividade, reproduzindo e modificando a experiência traumática ou desagradável, podendo elaborá-la em sua mente<sup>(71)</sup>.

Portanto, para a psicanálise, cada vez que objetiva-se avaliar o estado de desenvolvimento simbólico de uma criança, não há nenhum índice que o forneça mais claramente que o estado de suas possibilidades, quanto o brincar<sup>(66)</sup>. Não há nenhuma perturbação severa, perigosa ou significativa, na infância, que não se espelhe de alguma maneira nessa atividade<sup>(66)</sup>.

### **3.2 Referencial metodológico da psicanálise para desenvolvimento do estudo teórico**

A psicanálise pode ser transmitida de um sujeito a outro por meio da transferência de trabalho, sendo este o pressuposto que possibilita uma pesquisa teórica psicanalítica<sup>(72)</sup>.

A pesquisa em psicanálise possui, portanto, um caráter contínuo, não partindo de um saber antecipado, fechado e constituído, ou seja, o pesquisador, ao se deparar com as elaborações anteriores, não deve considerá-las verdades inquestionáveis, mas sim conceitos submetidos a um funcionamento dialético em constante movimento<sup>(72)</sup>.

Assim, como em todo trabalho teórico, a pesquisa teórica em psicanálise só pode avançar remetendo-se a elaborações prévias, porém de uma forma a produzir uma noção de repetição que se diferencia da mera reprodução e que abrange a possibilidade de uma escrita singular a cada vez<sup>(72)</sup>.

Dessa forma, a pesquisa neste referencial teórico deve ser considerada na perspectiva de uma abertura à revisão, já que é pelo contínuo resgate dos conceitos, pelo remanejamento e constante enriquecimento da conceitualização psicanalítica, que a prática pode avançar<sup>(72)</sup>. Isto pois a pesquisa em psicanálise não se encontra restrita à clínica, mas só pode ser realizada tendo a dimensão clínica em seu horizonte<sup>(72)</sup>.

Portanto, a psicanálise se constitui na dimensão de pesquisa reformulando-se continuamente, com caráter de inacabamento, o que permite dizer que na Universidade, local tradicional da pesquisa, ela pode ser formulada e também reinventada<sup>(33)</sup>.

A psicanálise opera no campo da linguagem em que a função da fala sob transferência coloca em ato a realidade do inconsciente<sup>(32)</sup>. Portanto, uma pesquisa teórica em psicanálise se desenvolve tendo o inconsciente como orientador, o que permite um deslocamento do pesquisador para a produção de um objeto de desejo<sup>(72)</sup>.

Ao considerar o saber do inconsciente, não se deve partir de um saber sem furos, além de ser preciso abandonar qualquer pretensão de chegar a esse saber conclusivo e irretocável<sup>(72)</sup>. Portanto, toda pesquisa acontece diante de um furo, em

uma tentativa de contorno do indizível encontrado no real, posição esta também adotada no tratamento em psicanálise<sup>(32)</sup>.

Portanto, o pesquisador estabelece uma relação de transferência com o conteúdo investigado na medida em que as leituras o tocam além da racionalidade empregada na leitura de um texto em particular<sup>(72)</sup>. Isto pois, no momento da leitura, estudo e esforço para compreensão de uma articulação teórica, não só há racionalidade, como também processos inconscientes<sup>(72)</sup>.

Em um trabalho teórico, é preciso que o pesquisador mantenha sua atenção uniformemente suspensa, mantendo-se atento ao que possa aparecer, ou seja, não deve adotar uma postura dogmática em que sua atenção seria direcionada apenas às ideias que confirmem o que já está estabelecido<sup>(72)</sup>.

Ou seja, deve esforçar-se para não engessar a teoria e apresentar uma atitude de suspensão uniforme da atenção, por meio da qual pode se deparar com um desenvolvimento conceitual não totalizante<sup>(72)</sup>. Logo, no trabalho teórico, a observação à técnica da atenção flutuante acontece no caráter de perpétua revisão dos conceitos psicanalíticos<sup>(72)</sup>.

Dito isso, a questão do pesquisador articula o saber que se produz a partir de seu desejo, e então elabora conceitos que permitem circunscrever o real de sua prática<sup>(32)</sup>.

Considerando os aspectos acima abordados, neste trabalho há o aparecimento de um furo que, pelo trabalho de transferência, possibilita à pesquisadora acesso aos significantes da psicanálise, com o objetivo de inaugurar um saber fundamentado no cuidado enfermeiro-paciente pelo brincar como linguagem do inconsciente para leitura da articulação significativa.

O real na prática encontrado por mim durante a experiência de investigação nos CAPSij é o de que a equipe de enfermagem encontra dificuldade em definir seu papel e suas funções no cuidado de crianças com transtornos mentais, tendo como consequência um cuidado sem embasamento<sup>(73)</sup>.

Este é, inclusive, o furo encontrado, que está articulado ao meu desejo de saber, a partir da criação de uma proposta de processo de cuidar em enfermagem para crianças com transtornos mentais, considerando o sujeito do inconsciente para a relação enfermeiro-paciente por meio do BTB.

Portanto, há a implicação da seguinte questão: como é possível desenvolver o processo de cuidado à criança com transtorno mental considerando o referencial teórico da psicanálise, pela relação enfermeiro-paciente articulada no BTB?

O método utilizado nesta pesquisa consiste de três etapas. A primeira delas tem como foco uma revisão integrativa sobre o cuidado de enfermagem realizado com crianças com transtornos mentais, a qual os passos para sua realização serão minuciosamente descritos no tópico seguinte.

É importante ressaltar que, a princípio, o objetivo da revisão integrativa buscava conhecer como o enfermeiro estava aplicando o BTB para crianças com transtornos mentais. Porém, ao buscar artigos referentes a este tema, utilizando descritores como “Jogos e brinquedos”, foi possível observar que a amostragem de artigos era muito pequena, a ponto de não responder aos nossos objetivos de pesquisa.

Sendo assim, optamos por mudar o foco da revisão integrativa para conhecermos qual é o trabalho de enfermagem realizado com crianças com transtornos mentais, para a partir do que já está sendo desenvolvido pelos enfermeiros nesta área, conseguirmos incluir uma proposta de cuidado pelo BTB tendo como referencial teórico a psicanálise.

Ao realizar a leitura da literatura sobre o assunto, foi possível identificar alguns conceitos principais sobre como o cuidado de enfermagem para crianças com transtornos mentais é feito, ao observar os aspectos que se repetem nos textos, já que significativo é aquilo que se repete<sup>(66)</sup>. Além disso, a revisão integrativa também objetivou delimitar um possível campo de cuidado de enfermagem<sup>(21)</sup>, sendo, neste contexto, à criança com transtornos mentais.

O segundo passo visou apreender o referencial teórico do brincar como linguagem do inconsciente para leitura da articulação significativa, por meio do estudo do livro “O brincar e o significativo” de Ricardo Rodolfo<sup>(66)</sup>. Tal apreensão foi desenvolvida respeitando a livre associação entre os significantes, os quais a pesquisadora opera pela sua transferência para com a psicanálise.

Por fim, o último passo para atender ao objetivo deste estudo foi uma articulação entre os conceitos significantes do cuidado de enfermagem à criança com transtornos mentais ao referencial teórico do brincar como linguagem do inconsciente para leitura da articulação significativa<sup>(66)</sup>, para sustentar a proposta de cuidado considerando o sujeito do inconsciente na relação enfermeiro-paciente.

Para isso, foram considerados os pontos de nodulação<sup>(32)</sup> entre os significantes identificados como articuladores do processo de cuidar, quando tomados os conceitos psicanalíticos: criança, significante, mito familiar, entrevistas preliminares e brincar.

### 3.3 Revisão integrativa

Como primeira etapa para realização deste trabalho, foi realizada uma revisão integrativa da literatura, a qual permite reunir e sintetizar resultados de literatura teórica e empírica de forma sistemática e ordenada, com o objetivo de compreender mais profundamente um determinado fenômeno<sup>(74)</sup>.

Este método desempenha importante papel na prática baseada em evidências em enfermagem, tendo como objetivo promover a utilização de resultados de pesquisas na prestação de cuidados nos diversos níveis de intervenção, buscando a incorporação da melhor e mais recente evidência na prática clínica, fundamentada em conhecimentos científicos, o que possibilita a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem<sup>(74-75)</sup>.

Portanto, esse método de revisão contribui para a construção da ciência da enfermagem, favorecendo o desenvolvimento de teorias com aplicabilidade direta à prática e proporcionando aos profissionais de saúde dados relevantes num determinado assunto, mantendo-os atualizados e facilitando as mudanças na prática clínica<sup>(74-75)</sup>.

A abordagem metodológica utilizada nas revisões integrativas contém seis etapas que orientam o desenho da revisão: (1) identificação do tema e seleção da questão de pesquisa; (2) estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos; (3) definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados; (4) avaliação dos estudos incluídos na revisão; (5) interpretação dos resultados; e (6) apresentação da revisão/síntese do conhecimento<sup>(74-75)</sup>.

Já a condução dos dados obtidos foi realizada por meio do diagrama Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses - PRISMA, o qual encontra-se no Apêndice 2<sup>(76)</sup>. O estudo foi protocolado na plataforma Open Science Framework, e seu registro encontra-se disponível em: <https://osf.io/x9s7c/>.

A primeira etapa, que consiste na identificação do tema e seleção da questão de pesquisa, foi elaborada com a aplicação da estratégia PICO, modelo amplamente

utilizado que considera quatro elementos fundamentais para construção da questão de revisão, garantindo assim que os componentes relevantes da questão sejam bem definidos: paciente (P), intervenção (I), comparação (C) e resultados (O)<sup>(75,77)</sup>.

Assim, conferiu-se ao P as crianças com transtornos mentais, ao I as estratégias de cuidado de enfermagem na saúde mental infantil, ao C a comparação entre os dados obtidos e ao O a presença de evidências na literatura sobre o cuidado de enfermagem na saúde mental infantil. Como resultado, foi elaborada a seguinte questão de pesquisa: Quais são as evidências encontradas na literatura sobre o cuidado de enfermagem realizado com crianças com transtornos mentais?

A segunda etapa da revisão integrativa consiste na busca dos estudos a serem utilizados<sup>(74-75)</sup>, e para isso foram consultadas cinco bases de dados para seleção das publicações, sendo: National Library of Medicine (PubMed), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), SciVerse Scopus, Cummulative Index to Nursing and Allied Health Literature (Cinahl) e Web of Science.

A consulta para identificação dos descritores foi feita no Descritores Ciência da Saúde - DeCS/Bireme, e no Medical Subject Headings - MeSH/PubMed. À princípio, foram considerados os seguintes descritores: cuidados de enfermagem (nursing care), enfermagem pediátrica (pediatric nursing), enfermagem psiquiátrica (psychiatric nursing), criança (child), transtornos mentais (mental disorders) e psiquiatria infantil (child psychiatry).

Então, foram agrupadas todas as combinações possíveis dentre os descritores mencionados, e cada uma delas foi utilizada nas bases de dados para verificar quais apresentavam estudos de maior relevância para constituir uma resposta à pergunta da revisão, e destas foram selecionadas 13 combinações.

Em seguida, em cada base de dados, foram selecionados os 40 primeiros artigos encontrados em cada uma das 13 combinações e, pela leitura do título e breve leitura do resumo, foram selecionados todos os artigos que pareciam relevantes para a revisão, resultando em uma lista com 126 artigos. Finalmente, em cada uma das 13 combinações, foi realizado um levantamento de quantos artigos, destes selecionados como relevantes, apareciam.

Portanto, para seleção da combinação de descritores a ser utilizada, considerei: 1. quais se aproximavam mais da questão de pesquisa; 2. qual combinação apresentava uma amostragem de artigos relevantes; e 3. qual

combinação apresentava melhores porcentagens dos artigos relevantes selecionados. Com isso, a combinação de descritores escolhida foi: enfermagem pediátrica (pediatric nursing), enfermagem psiquiátrica (psychiatric nursing) e transtornos mentais (mental disorders).

Os critérios de inclusão utilizados foram: artigos em periódicos, dissertações ou teses compreendidos entre o período de janeiro de 2005 à dezembro de 2020, com resumo e texto completos em português, espanhol ou inglês, disponíveis nas bases de dados consideradas, e indicação clara, no resumo, de que se trata do cuidado de enfermagem ao público infantil com transtornos mentais.

Foi considerado o público infantil àqueles com até doze anos incompletos<sup>(36)</sup>. A delimitação do período de tempo para realização da busca foi embasada a partir da implementação das políticas e planos sugeridos pela OMS para desenvolver estratégias de cuidado às crianças e adolescentes na saúde mental<sup>(78)</sup>.

A extração dos dados seguiu um modelo de instrumento validado (Anexo 1)<sup>(79)</sup> e os artigos foram analisados com base na classificação que descreve sete níveis de evidência: (1) evidência proveniente de revisão sistemática ou metanálise de todos os relevantes ensaios clínicos randomizados controlados; (2) evidência obtida por um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado; (3) evidência obtida de um ensaio clínico bem delineado sem randomização; (4) evidência proveniente de estudos de coorte e de caso-controle bem delineados; (5) evidência de revisão sistemática de estudos descritivos ou qualitativos; (6) evidência derivada de um único estudo descritivo ou qualitativo; (7) evidência oriunda de opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas<sup>(80)</sup>.

A síntese dos artigos selecionados apresenta-se na sessão Resultados em um quadro sinóptico com os tópicos: título, ano de publicação, delineamento metodológico e conclusões. Para interpretação dos resultados, optou-se por discutir os achados a partir de temas convergentes encontrados nos artigos.

#### 4. RESULTADOS

Primeiramente, serão apresentados os resultados referentes à primeira etapa descrita no método, ou seja, os achados da revisão integrativa sobre o cuidado de enfermagem realizado com crianças com transtornos mentais, com os quais localizamos seus conceitos principais, tomados como significantes.

Foram encontrados, nas bases de dados consideradas, um total de 724 estudos, sendo 172 da PubMed, 463 da Lilacs, 38 da Scopus, 30 da Cinahl e 21 da Web of Science. Após a retirada de duplicatas, restaram 534 estudos, que foram avaliados por meio da leitura dos resumos, com o objetivo de verificar o preenchimento nos critérios de inclusão mencionados. Após essa avaliação, restaram 56 artigos elegíveis para a próxima etapa.

Os artigos elegidos foram lidos na íntegra e 35 foram excluídos, pois: 11 (31,42% do total excluído) não abordam o cuidado específico de enfermagem; nove (25,71%) não abordam o público estudado; cinco (14,28%) não têm foco no cuidado de enfermagem direcionado ao transtorno mental; quatro (11,42%) consideram o cuidado de enfermagem direcionado aos pais, cuidadores ou família da criança; três (8,57%) são estudos focados em avaliar a aplicação, por enfermeiros, de instrumentos diagnósticos ou de intervenções direcionadas às crianças com transtornos mentais; dois (5,71%) focam nas perspectivas e crenças da enfermagem no cuidado do público pesquisado; e um (2,85%) aborda o currículo escolar de enfermagem para cuidado de crianças com transtornos mentais.

Os 21 (100%) artigos restantes foram incluídos na revisão integrativa e estão apresentados no Quadro 1, de acordo com a data de publicação. Destes, 18 (85,71%) apresentam um delineamento metodológico teórico-conceitual; dois (9,52%) são estudos qualitativos; e um (4,76%) apresenta-se como estudo de caso.

**Quadro 1** - Apresentação da síntese dos estudos selecionados quanto ao título, ano de publicação, delineamento metodológico e conclusões

<b>Título/Ano</b>	<b>Delineamento Metodológico</b>	<b>Conclusões</b>
Development of the Nursing Outcome (NOC) label: hyperactivity level/2005 <sup>(81)</sup> .	Estudo qualitativo.	Com as habilidades do enfermeiro, crianças com TDAH tornam-se mais preparadas para controlar sua hiperatividade.

Caring for children with autism in the school setting/2005 <sup>(82)</sup> .	Estudo teórico-conceitual.	Enfermeiros que atuam em escolas podem individualizar o cuidado para promoção dos melhores resultados para crianças com autismo.
Bipolar disorder in school-age children/2005 <sup>(83)</sup> .	Estudo teórico-conceitual.	Enfermeiros que atuam em escolas gerenciam os casos e promovem o bem-estar dos alunos com transtorno bipolar.
Oppositional defiant disorder: information for school nurses/2006 <sup>(84)</sup> .	Estudo teórico-conceitual.	Enfermeiros que atuam em escolas podem encaminhar crianças para avaliação psiquiátrica, prestar assistência às famílias e educar os funcionários da escola sobre o transtorno.
Mental health needs of children and adolescents at camp: are they being assessed and treated appropriately by the camp nurse?/2006 <sup>(85)</sup> .	Estudo teórico-conceitual.	Avaliação, diagnóstico e tratamento precisos de sintomas físicos e mentais são intrínsecos à prática de enfermagem no acampamento.
Pediatric obsessive-compulsive disorder: a guide to assessment and treatment/2007 <sup>(86)</sup> .	Estudo teórico-conceitual.	Manuais de tratamento desenvolvidos para profissionais de saúde mental estão disponíveis e devem ser utilizados para fornecer o cuidado ideal para jovens que sofrem de Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC).
The role of the nurse practitioner in an individualized education plan and coordination of care for the child with Asperger's syndrome/2008 <sup>(87)</sup> .	Estudo teórico-conceitual.	Enfermeiros na atenção primária e nas escolas são qualificados para participar na identificação, diagnóstico e avaliação de crianças com transtornos de desenvolvimento.
Understanding disruptive behavior problems in preschool children/2009 <sup>(88)</sup> .	Estudo teórico-conceitual.	Enfermeiros no contexto clínico estão em posição estratégica para identificação precoce e encaminhamento adequado de crianças com problemas de comportamento disruptivo.
Obsessive-compulsive disorder in school-age children/2009 <sup>(89)</sup> .	Estudo teórico-conceitual.	Enfermeiros que atuam em escolas possuem o conhecimento e as

		habilidades para identificar uma criança sintomática e iniciar o processo de encaminhamento.
Caring for children with autism spectrum disorder, part II: screening, diagnosis, and management/2009 <sup>(90)</sup> .	Estudo teórico-conceitual.	Enfermeiros pediatras em todos os níveis de prática precisam ter uma compreensão básica sobre o TEA, o que permite a identificação precoce e o encaminhamento adequado.
Anxiety disorders in youth/2009 <sup>(91)</sup> .	Estudo teórico-conceitual.	Uma avaliação abrangente da ansiedade na infância deve incluir entrevistas diagnósticas, escalas de avaliação e métodos de observação. É possível encontrar tratamentos baseados em evidências.
Mood disorders in children and adolescents/2009 <sup>(92)</sup> .	Estudo teórico-conceitual.	Uma avaliação adequada permitirá que o clínico obtenha o tratamento baseado em evidências adequado.
Care of the suicidal pediatric patient in the ED: a case study/2011 <sup>(93)</sup> .	Estudo de caso.	Por meio da triagem, avaliação e intervenções individualizadas, enfermeiros podem ajudar pacientes e suas famílias a enfrentar a crise imediata e fornecer orientações.
Beyond acting out: managing pediatric psychiatric emergencies in the emergency department/2012 <sup>(94)</sup> .	Estudo teórico-conceitual.	É importante que a equipe realize o manejo da ansiedade tanto dos pais quanto dos pacientes estabelecendo aliança e rapport.
O brincar da criança com Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade/2015 <sup>(95)</sup> .	Estudo qualitativo.	Recomenda-se que o Brinquedo Terapêutico seja incluído como parte essencial do cuidado.
Pediatric obsessive-compulsive disorder: an update for advanced practice psychiatric nurses/2015 <sup>(96)</sup> .	Estudo teórico-conceitual.	Enfermeiros psiquiatras são fundamentais na identificação precoce do TOC, além de implementar terapia cognitivo-comportamental e iniciar o uso de medicamentos.
Staff perspectives on two rare mental health disorders/2016 <sup>(97)</sup> .	Estudo teórico-conceitual.	Enfermeiros pediatras devem estar cientes destes transtornos e adquirir algumas dicas sobre as

		abordagens mais úteis para manejo dos casos.
Self-care of young people with long-term physical and mental health conditions/2016 <sup>(98)</sup> .	Estudo teórico-conceitual.	Componentes centrais para programas de autocuidado: proporcionar senso de comunidade, desenvolver conhecimentos e habilidades, promover independência e confiança, e envolver os jovens participantes.
Engagement and effective information provision to promote recovery from depression/2017 <sup>(99)</sup> .	Estudo teórico-conceitual.	Maior consideração deve ser dada ao papel de enfermeiros pediatras para tornar a saúde mental mais acessível aos jovens.
Nursing in child psychiatric milieus: what nurses do: an update/2017 <sup>(100)</sup> .	Estudo teórico-conceitual.	O uso de elementos específicos do meio como um dispositivo estruturante, em colaboração com a pesquisa de enfermagem, constitui uma forma de organizar o trabalho dos enfermeiros.
Diagnosis and treatment of ADHD in children vs adults: what nurses should know/2018 <sup>(101)</sup> .	Estudo teórico-conceitual.	Enfermeiros têm a tarefa de analisar sintomas, diferenciar comorbidades, coletar informações de várias fontes e implementar tratamento personalizado.

Os estudos realizados nos EUA tiveram predominância, sendo 17 (80,95%); três artigos (14,28%) eram da Inglaterra; e um (4,76%) do Brasil. Quanto ao idioma, 20 estudos (95,23%) foram apresentados na língua inglesa e um (4,76%) em português.

É fraca a evidência sobre o cuidado de enfermagem realizado com crianças com transtornos mentais, pois considerando o nível de evidência<sup>(80)</sup>, 19 artigos (90,47%) apresentaram nível 7<sup>(82-94,96-101)</sup> e dois (9,52%) apresentaram nível 6<sup>(81,95)</sup>. Os estudos considerados com nível de evidência 7 foram assim classificados devido à falta de estrutura quanto à delimitação do método.

Os resultados apontam que o cuidado de enfermagem, em alguns casos, ainda segue o modelo biomédico (38,09%)<sup>(83,86,88,90-92,96,101)</sup>, enquanto em outros avança para o modelo de cuidado biopsicossocial (28,57%)<sup>(85,95,97-100)</sup>. Ainda é

possível observar que alguns artigos (33,33%)<sup>(81-82,84,87,89,93-94)</sup> se alicerçam no modelo biomédico, porém apresentam sutis apontamentos que demonstram a iminência do biopsicossocial.

Dezenove artigos (90,47%) não indicam qual a metodologia utilizada, além de não apresentarem uma estrutura delimitada<sup>(82-94,96-101)</sup>, sendo a maioria sem menção ao objetivo<sup>(83-84,86,89-91,93-94,97-101)</sup>, método<sup>(82-94,96-101)</sup> e resultados<sup>(83-94,96-101)</sup>. O que se faz é a apresentação dos tópicos abordados, a literatura existente sobre o tema e as implicações para a enfermagem.

Ainda em relação à estrutura, 13 artigos (61,90%) tem como foco uma extensa descrição do transtorno, apresentando tópicos como etiologia, prevalência, fatores de riscos e sinais e sintomas, sem relacioná-los com o cuidado de enfermagem<sup>(82-84,86,88-92,96-98,101)</sup>. 11 estudos (52,38%) abordam métodos diagnósticos e tratamentos que podem ser utilizados no cuidado do transtorno, mas sem mencionar se estes podem ser empregados pela enfermagem<sup>(82,84,86,88-89,91-93,97,99,101)</sup>.

Dez artigos (47,61%) não abordam apenas o público infantil<sup>(85-86,91-94,96,99-101)</sup>, sendo que nove (42,85%) também consideram adolescentes<sup>(85-86,91-94,96,99-100)</sup> e um (4,76%) considera adultos<sup>(101)</sup>. Dentro desse grupo, sete (70%) fazem distinção dos momentos em que abordam cada faixa etária<sup>(91-94,99-101)</sup>, e três (30%) não fazem distinção<sup>(85-86,96)</sup>.

Os artigos abordam os seguintes transtornos: transtornos mentais gerais<sup>(85,94,98,100)</sup> (19,04%); TDAH<sup>(81,95,101)</sup> (14,28%); TOC<sup>(86,89,96)</sup> (14,28%); transtorno de Asperger<sup>(87,93)</sup> (9,52%); TEA<sup>(82,90)</sup> (9,52%); transtorno de oposição desafiante<sup>(84)</sup> (4,76%); transtorno disruptivo<sup>(88)</sup> (4,76%); depressão<sup>(99)</sup> (4,76%); ansiedade<sup>(91)</sup> (4,76%); transtornos de humor<sup>(92)</sup> (4,76%); transtorno bipolar<sup>(83)</sup> (4,76%); e síndrome de recusa generalizada e distúrbio de conversão<sup>(97)</sup> (4,76%).

Os estudos consideram enfermeiros gerais<sup>(91-92,98-99,101)</sup> (23,80%), enfermeiros pediatras<sup>(81,88,99)</sup> (14,28%) e enfermeiros psiquiatras/de saúde mental<sup>(86,96)</sup> (9,52%). Compreendem os contextos de atuação: escola<sup>(81-84,87,89,91)</sup> (33,33%), hospital<sup>(90,100)</sup> (9,52%), pronto socorro<sup>(93-94)</sup> (9,52%), atenção primária<sup>(87,90)</sup> (9,52%), acampamentos<sup>(85)</sup> (4,76%) e ambulatórios<sup>(95)</sup> (4,76%).

Há menção sobre a dificuldade que estes profissionais possuem em lidar com a especialidade de saúde mental infanto-juvenil, pois não é abordada durante a formação<sup>(99)</sup>, e pela enfermagem possuir maior experiência em cuidados físicos<sup>(85)</sup>.

Dez artigos (47,61%) mencionam a importância de enfermeiros possuírem conhecimento sobre o transtorno (principais características, fatores de risco, sintomatologia e técnicas de intervenção) e suas diretrizes para manutenção de um cuidado adequado<sup>(81-82,86-90,92,99,101)</sup>. Além disso, três estudos (14,28%) consideram que enfermeiros precisam de treinamento para realizar avaliação, intervenções e tratamentos na área<sup>(91-92,99)</sup>.

Considerando especificamente o cuidado provido pela enfermagem, os estudos mencionam que os enfermeiros são responsáveis pela coleta de dados e construção do histórico<sup>(81-83,85,87-89,91,93,96,101)</sup>. Mais especificamente, que devem coletar a história<sup>(81-82,85,87,89,91,93,96,101)</sup>, manter um histórico atualizado<sup>(82)</sup> e obter informações do paciente e de vários cuidadores, como pais e professores<sup>(83,85,87-88,91,96)</sup>. As informações coletadas são essenciais para selecionar as intervenções<sup>(91)</sup>.

Além disso, os autores consideram que o enfermeiro é responsável pela observação<sup>(81,83-85,88-91,93-94,96-97,99-100)</sup>, ou seja, deve observar e vigiar a criança como um todo e seu comportamento<sup>(81,83-85,88-91,93-94,96,100)</sup>, além de monitorar fatores/comportamentos de risco e estressores<sup>(83,88,91,93,97,99)</sup>.

Os enfermeiros são responsáveis pela identificação precoce dos transtornos<sup>(87,95-96)</sup> e por rastreá-los mesmo quando não houver queixa<sup>(87,90)</sup>. Como uma das principais atribuições da enfermagem, os artigos mencionam a investigação e identificação de sintomas<sup>(81,84-89,91-92,94,97,99-101)</sup>, havendo menção de que o cuidado de enfermagem deve considerar os sintomas e não o diagnóstico médico<sup>(81)</sup>. Ou seja, o enfermeiro deve investigar e identificar sintomas<sup>(84-89,91,99,101)</sup>, incluindo aqueles somáticos<sup>(91-92)</sup>, e o que os desencadeia<sup>(89,91,94,100)</sup>, além de dar sentido à sintomatologia<sup>(97)</sup>.

Mencionam que o enfermeiro participa no diagnóstico<sup>(87,90)</sup>, principalmente na realização de diagnóstico diferencial<sup>(87,91,96-97)</sup> e na identificação de doenças associadas e comorbidades<sup>(84,86,91,96,101)</sup>. Para identificação e diagnóstico eficazes, os estudos mencionam o papel da enfermagem na avaliação da criança<sup>(81-82,85,87-88,90-93,99)</sup> e de seu desenvolvimento<sup>(81,87,90)</sup>.

Alguns artigos ainda mencionam que enfermeiros podem utilizar instrumentos<sup>(90,93,96)</sup>, como questionários<sup>(89)</sup>, para realização da triagem/avaliação e diagnóstico. Considerando instrumentos específicos da enfermagem, alguns estudos mencionam o uso do PE<sup>(81-82,85)</sup>.

Uma das recomendações encontradas é de que o enfermeiro encaminhe a criança para avaliação mais aprofundada e tratamento<sup>(83,86,88-91,95,99)</sup>, e acompanhe o encaminhamento inicial<sup>(84)</sup>.

Considerando o cuidado específico de enfermagem, alguns artigos mencionam a responsabilidade do enfermeiro em realizar o exame físico<sup>(87,91)</sup>, observar e manejar questões físicas<sup>(82,90,97)</sup> e realizar exames laboratoriais<sup>(87,96)</sup>. Há um avanço no cuidado, quando recomenda-se que enfermeiros monitorem tanto a saúde física quanto mental<sup>(84-85)</sup>, considerando que o cuidado deve ser individualizado<sup>(87,93)</sup> e holístico<sup>(87,98-99)</sup>.

Os estudos recomendam que o enfermeiro deve manejar o transtorno<sup>(82,93-94,99)</sup> e desenvolver habilidades específicas para tal<sup>(82-83,93,95,99-100)</sup>, principalmente por meio do manejo comportamental<sup>(81-83,87,94,100-101)</sup>, o que inclui fornecer reforço positivo para comportamentos desejados, fortalecendo a auto estima<sup>(81-83,85,94-95)</sup>.

Além disso, recomendam que enfermeiros intervenham nos sintomas<sup>(85-86,91,94,100)</sup> e em questões cognitivas<sup>(100)</sup>, de acordo com as características da criança<sup>(89,100)</sup>, auxiliando-a a se expressar pela palavra, e não pelo corpo<sup>(97)</sup>.

Ainda consideram que a enfermagem pode estabelecer uma rotina organizada para a criança<sup>(82-83,87,90,100)</sup> e implementar intervenções no ambiente<sup>(81-83,85,87,89-91,93-94,97,100)</sup>. São abordadas outras intervenções específicas que podem ser adotadas, como: uso do brincar e do BT<sup>(95)</sup>, técnicas de distração<sup>(82)</sup>, relaxamento<sup>(85,91)</sup> e de comunicação social<sup>(82,85,87,90,100)</sup>.

Enfermeiros podem gerenciar terapias individuais e familiares<sup>(101)</sup>, com ênfase na aplicação da terapia cognitivo-comportamental<sup>(86,96)</sup>. Como a maioria dos estudos foi realizado nos EUA, estes mencionam que os enfermeiros podem prescrever medicamentos<sup>(86,91-92,96,101)</sup>, além de precisarem ter conhecimento farmacológico para observar possíveis efeitos colaterais das medicações em uso<sup>(83-86,89,91,101)</sup>.

Uma das recomendações mais presentes nos estudos é de que os enfermeiros devem atuar em parceria com os pais e/ou familiares, ou seja, considerar o cuidado centrado na família<sup>(90)</sup> e envolver os pais no tratamento<sup>(87,91,93,95)</sup>, desenvolver relacionamento de confiança e compreensão com eles<sup>(83)</sup>, entrevistá-los<sup>(83,88,90)</sup> e observar as interações entre pais e filhos, visando a promoção de cooperação entre eles<sup>(86,90-92,94)</sup>. Alguns estudos consideram o cuidado de enfermagem direcionado aos pais<sup>(84,88,90,101)</sup>.

Denotam ainda a relevância que os profissionais de enfermagem tem ao educar e fornecer informações sobre o transtorno aos funcionários de escolas, outros enfermeiros, pais/família e ao próprio paciente<sup>(83-87,89-90,93,96,98-101)</sup>, sendo essenciais na educação em saúde.

Outras funções direcionadas ao enfermeiro são: desenvolvimento de programas de assistência<sup>(89)</sup>, condução de grupos de apoio às crianças com transtornos mentais<sup>(83-84)</sup> e de grupos não direcionados ao transtorno, mas como medidas protetivas à criança, abordando questões como bullying e gravidez<sup>(84)</sup>.

Para realização do cuidado, o enfermeiro deve utilizar uma abordagem em que estabelece rapport<sup>(89,94)</sup> e constrói relacionamento interpessoal<sup>(85,100)</sup>. O enfermeiro deve oferecer suporte ao mesmo tempo que assume uma posição sem julgamentos<sup>(84,86,88,91,93-94)</sup>, mostrando interesse à criança, apoiando-a em sua vida diária e acreditando em sua sintomatologia<sup>(89,97,100)</sup>. Além disso, deve ser responsável pelo gerenciamento de casos<sup>(83,87)</sup>.

Como objetivos da assistência de enfermagem, os estudos mencionam que o enfermeiro deve promover a autonomia do paciente<sup>(89,97)</sup> e mantê-lo seguro<sup>(93)</sup>, evitar internações<sup>(100)</sup>, produzir bem-estar<sup>(99)</sup>, melhorar a estabilidade social e familiar<sup>(84,89)</sup>, a qualidade de vida<sup>(101)</sup> e a performance escolar<sup>(84,87,89,101)</sup>, além de promover autocuidado<sup>(98)</sup>.

Considerando o contexto mais amplo, o enfermeiro deve compor a equipe multidisciplinar e atuar em conjunto com outros cuidadores<sup>(81-85,87,89-90,93,100)</sup>, visto que o manejo do transtorno deve ser multidisciplinar<sup>(83,87)</sup>. Além disso, especificamente o enfermeiro escolar deve participar no desenvolvimento do Plano de Educação<sup>(82,84,87,89-90)</sup> e de Saúde<sup>(82)</sup> Individualizados para crianças já diagnosticadas.

Os resultados apontados até o momento, referentes ao cuidado de enfermagem realizado com crianças com transtornos mentais, concluem a primeira etapa da pesquisa. A partir dos achados, foi possível identificar alguns conceitos principais sobre como é feito este cuidado, ao observar os aspectos que se repetem nos artigos. Estes conceitos são: modelos de atenção à saúde; família; diagnóstico; e manejo.

Em conjunto, foi realizada a leitura do texto “O brincar e o significativo”<sup>(66)</sup>, para apreensão do referencial teórico e dos conceitos psicanalíticos: criança, significativo, mito familiar, entrevistas preliminares e brincar.

Com isso, foi possível chegar à terceira e última etapa do método, por meio da articulação dos pontos de nodulação entre os conceitos significantes encontrados no cuidado de enfermagem à crianças com transtornos mentais e os conceitos psicanalíticos do referencial teórico do brincar como linguagem do inconsciente para leitura da articulação significativa. Desta articulação resultou-se o quadro:

**Quadro 2** - Articulação de conceitos significantes no cuidado de enfermagem à crianças com transtornos mentais e conceitos psicanalíticos do referencial teórico do brincar como linguagem do inconsciente para leitura da articulação significativa

<b>Conceitos significantes no cuidado de enfermagem à criança com transtornos mentais</b>	<b>Conceitos psicanalíticos do referencial teórico do brincar como linguagem do inconsciente para leitura da articulação significativa</b>
Modelos de atenção à saúde	Criança e Significante
Família	Mito familiar
Diagnóstico	Entrevistas preliminares
Manejo	Brincar

Como apontado anteriormente, todo cuidado de enfermagem às crianças com transtornos mentais está pautado em modelos de atenção à saúde, predominantemente o biomédico e o biopsicossocial. Em especial neste último, o cuidado é direcionado ao sujeito em sua integralidade<sup>(102-103)</sup> e, para tal, pode haver a implementação da clínica psicanalítica, considerando questões do inconsciente.

Por isso, visando o cuidado centrado à pessoa, no caso à criança, que possui um inconsciente estruturado como linguagem, ou seja, tomado pela estrutura significativa<sup>(104-105)</sup>, e considerando a aproximação ao referencial da psicanálise, foi possível aproximar o conceito significativo de modelos de atenção à saúde aos conceitos psicanalíticos de criança e significativo.

Já a atuação do enfermeiro em parceria com a família apresentou-se como uma das recomendações mais presente nos achados da revisão, visto que para realizar o cuidado centrado na pessoa, é preciso considerar que esta vive em um meio social composto por outros indivíduos, inclusive sua família<sup>(106)</sup>.

Este ponto articula-se de maneira muito próxima ao conceito psicanalítico de mito familiar, caracterizado pela estrutura significativa composta de elementos significativos para a família e sociedade em que a criança está inserida<sup>(66,107-108)</sup>.

Também foi possível identificar que os resultados da revisão apontam principalmente para a função do enfermeiro no diagnóstico e, sendo assim, é preciso instrumentalizar esses profissionais para realizá-lo.

Este ponto articula-se com as entrevistas preliminares, onde levantam-se perguntas clínicas básicas que servem para situar a criança, tendo como finalidade localizar os traços principais do mito familiar onde está posicionada<sup>(66)</sup>.

Contudo, é preciso reforçar que aquilo chamado diagnóstico, em psicanálise, é diferente do que poderia ser um diagnóstico para critério psiquiátrico ou psicológico tradicional<sup>(66)</sup>.

E, por fim, os artigos apontam para o manejo do transtorno pelo enfermeiro, o que se relaciona, no referencial teórico, com a prática do brincar, sendo esta uma atividade significativa na estruturação e desenvolvimento da simbolização da criança, meio utilizado como fio condutor no cuidado<sup>(66)</sup>.

A partir da articulação apresentada no Quadro 2, será construída a discussão do presente estudo, com a finalidade de elaborar uma proposta de cuidado em enfermagem para crianças com transtornos mentais considerando a estruturação do sujeito do inconsciente para o estabelecimento da relação enfermeiro-paciente por meio do BTB.

## 5. DISCUSSÃO

### 5.1 O cuidado de enfermagem às crianças com transtornos mentais: um panorama

O cuidado de enfermagem às crianças com transtornos mentais, conforme observado nos artigos selecionados para a revisão integrativa, é apresentado nesta discussão à maneira de contextualizar o panorama dos cuidados de enfermagem destinados a essa população. Desta forma, encontra-se pautado em modelos de atenção à saúde, com ênfase no modelo biomédico e biopsicossocial.

A predominância do modelo biomédico está presente já na estrutura dos textos, visto que a maioria dos artigos tem como foco a descrição do transtorno, bem como métodos diagnósticos e tratamentos.

Tal forma de organização dos artigos se aproxima da premissa de que a saúde se limita ao diagnóstico e tratamento de doenças, oferecendo certeza aparente e limites claros, e não havendo reconhecimento de que muitos problemas enfrentados pelo paciente são multifatoriais com experiências subjetivas<sup>(109-110)</sup>.

Ainda, é possível identificar que realizam essa descrição sem relacioná-la com o cuidado de enfermagem, mesmo que os artigos sejam direcionados a enfermeiros.

Interligada ao modelo biomédico, a dificuldade dos profissionais de enfermagem em lidar com essa especialidade do cuidado é justificada pela ausência de seu ensino durante a formação, o que implica na realização de cuidados sem o saber, e pela maior experiência que possuem em cuidados físicos.

Esse aspecto é reforçado em alguns artigos pela atribuição exclusiva do cuidado de enfermagem às questões físicas, o que configura um reducionismo biológico reforçado nos currículos de escolas de saúde contemporâneas, com ênfase nas ciências físicas sobre as ciências sociais<sup>(103)</sup>.

A investigação, identificação e intervenções direcionadas aos sintomas é marcante nos achados, o que configura a abordagem reducionista do modelo biomédico, que atribui a doença a uma única causa localizada no corpo, compreendendo os sintomas expressos apenas com base em conceitos corporais<sup>(109-110)</sup>.

A ênfase na prescrição de medicamentos e conhecimento farmacológico para avaliação de efeitos adversos também reforça a ideia do pensamento biomédico, no qual a doença é compreendida independentemente do paciente que sofre e pode ser explicada por marcadores moleculares, patológicos e clínicos<sup>(110)</sup>.

O manejo comportamental é o mais presente nos artigos, representado por terapias que modificam comportamentos problemáticos ou os fatores ambientais que o provocam<sup>(101)</sup>, o que demonstra como o cuidado se aproxima daquele baseado em evidências, que estabelece padronizações que apoiam a perspectiva biológica<sup>(111)</sup>.

Isto pois o comportamento é mais quantificável, quando comparado com o olhar e cuidado singular ao sujeito por meio da relação terapêutica<sup>(111)</sup>, o que o torna mais subjetivo e dificulta a demonstração empírica.

Como alternativas ao manejo comportamental, considerando a subjetividade do sujeito, pode-se considerar a clínica psicanalítica, que permite a construção de intervenções junto ao paciente, a partir de um posicionamento embasado no respeito à singularidade<sup>(112)</sup>. Ou ainda, optar pela clínica humanista, que considera a atenção centrada no sujeito, com abordagem holística e individualizada<sup>(113)</sup>.

Nessa perspectiva, a enfermagem não atua no condicionamento de comportamentos, mas na compreensão de seus significados por meio da relação terapêutica<sup>(111)</sup>.

Tais alternativas de cuidado se aproximam do modelo de atenção biopsicossocial, desenvolvido como tentativa de reconciliar e integrar o modelo biomédico, não apenas redefinindo a prática do cuidado, que passa a ser integral e centrado na pessoa, mas também ampliando o conceito de saúde para um espectro dinâmico que vai desde a presença de doença até a presença de bem-estar, considerando que a prática em saúde exige uma compreensão de fatores biológicos, psicológicos e sociais<sup>(103,109)</sup>.

Essa proposta estende o modelo biomédico e proporciona a ampliação do olhar, porém não é mais completa e não tem como função substituí-lo, visto a importância em considerar questões biológicas<sup>(109)</sup>, o que é possível identificar na presença de ambos os modelos mesclados nos artigos.

Os achados apontam para algumas intervenções que se aproximam do modelo biopsicossocial, considerando o cuidado integral e centrado na pessoa<sup>(109)</sup>, como: auxiliar que a criança se expresse pela palavra e não pelo corpo<sup>(97)</sup>, brincar e

BT<sup>(95)</sup>, distração<sup>(82)</sup>, relaxamento<sup>(85,91)</sup>, comunicação<sup>(82,85,87,90,100)</sup> e terapias individuais e familiares<sup>(101)</sup>.

Os enfermeiros que atuam no cuidado de crianças com transtornos mentais, como mostram os resultados, possuem diversas especialidades e atuam em contextos variados. Apesar dos conceitos utilizados no modelo de atenção biopsicossocial se aproximarem de algumas áreas da prática, como a psiquiatria, é preciso considerar que em alguns locais tais conceitos são de difícil implementação, como em hospitais<sup>(109)</sup>.

Isto pois nesses espaços as decisões ainda são tomadas sob a influência contínua do modelo biomédico, sendo este arraigado em áreas gerenciais e de financiamento, ou seja, setores que controlam os recursos e que consideram que a saúde se baseia principalmente em diagnósticos patológicos e tratamento de doenças<sup>(109)</sup>.

Além disso, a aplicação do novo modelo demanda mais tempo e uma avaliação mais completa do paciente, o que exige maiores esforços e competências dos profissionais de saúde, já sobrecarregados com tarefas clínicas e administrativas<sup>(110)</sup>.

A penetração de diretrizes biopsicossociais é facilitada em serviços de saúde de bases comunitárias, planejados por meio de estratégias territoriais baseadas nas necessidades dos usuários, o que possibilita a produção de saúde nos espaços de vida cotidiana e, conseqüentemente, promove maior reinserção do sujeito ao convívio social, considerando o cuidado integral e humanizado<sup>(114)</sup>.

Tendo como premissa o cuidado centrado na pessoa<sup>(109)</sup>, é preciso considerar que esta vive em um meio social, composto por outros indivíduos, inclusive sua família e, justamente por isso, a medicina familiar tem servido como defensora desse modelo<sup>(110)</sup>.

Uma considerável parcela de artigos recomenda a parceria entre profissionais e pais/familiares, considerando o cuidado centrado na família, visto que este pode impactar positivamente na reabilitação psicossocial, promovendo a autonomia, formação e capacitação dos sujeitos e o respeito à dignidade humana<sup>(115)</sup>.

Além da parceria familiar, os artigos defendem a inclusão do enfermeiro na equipe multidisciplinar, visto que esse tipo de atendimento ao paciente é condizente com modelos de atenção que consideram a integralidade do sujeito em suas interações entre fatores biológicos, psicológicos e socioculturais<sup>(110)</sup>.

Além disso, as discussões em equipe multidisciplinar possibilitam uma visão global e coletiva dos casos, por meio da troca de informações e comunicação entre os profissionais, propiciando um processo participativo na elaboração e planejamento de projetos assistenciais<sup>(14)</sup>.

Todos os aspectos apontados acima, ou seja, o cuidado integral, humanizado e centrado na pessoa, considerada um conjunto de aspectos biológicos, psicológicos e sociais, com direito à atendimento em serviços de bases territoriais por uma equipe multidisciplinar, são perspectivas utilizadas na abordagem biopsicossocial que possuem estreita relação com a enfermagem psiquiátrica.

Esta surge como alternativa ao paradigma tutelar por meio da compreensão do sofrimento do sujeito, demandando do enfermeiro uma postura de agente terapêutico por meio do estabelecimento da relação terapêutica, tecnologia de cuidado central da prática do enfermeiro na saúde mental<sup>(111)</sup>.

Os artigos se aproximam desse cuidado quando mencionam o estabelecimento de rapport e da relação interpessoal. O rapport se caracteriza como uma aliança terapêutica baseada na confiança e cooperação, estabelecida por meio de uma compreensão da perspectiva do paciente, tendo como foco a empatia<sup>(116)</sup>.

Já a relação interpessoal é caracterizada como encontro e diálogo para a atribuição de significados às demandas de cuidado do paciente, sendo a interação enfermeiro-paciente o núcleo central do cuidado de enfermagem<sup>(117)</sup>.

A consolidação da relação terapêutica se dá pelo PE, instrumento sistematizado que endereça a forma de pensar do enfermeiro para estabelecer o cuidado de enfermagem em saúde mental<sup>(111)</sup>. Portanto, a implementação do PE como método de trabalho contribui para que as ações se coloquem de maneira sistematizada, contribuindo para o desenvolvimento de julgamentos clínicos necessários para o cuidado de enfermagem<sup>(118)</sup>.

Para tal, é preciso considerar as etapas a serem realizadas: 1. Histórico de Enfermagem: investigação e obtenção de dados que direcionam a terapêutica do paciente; 2. Diagnóstico de Enfermagem: nomeação dos problemas do paciente, seus fatores relacionados, sinais e sintomas; 3. Planejamento de Enfermagem: definição das intervenções terapêuticas a serem desenvolvidas com base no cuidado individualizado em relação às necessidades do paciente; 4. Implementação: execução das intervenções formuladas; e 5. Avaliação: análise de novos dados para avaliar a necessidade de alterações no plano de cuidado<sup>(118)</sup>.

Poucos artigos consideram o PE no cuidado de crianças com transtornos mentais, porém é possível identificar o apontamento de diversas funções que poderiam ser contempladas neste método de trabalho específico da enfermagem, como a coleta de dados para construção do histórico.

Apesar da coleta de dados constituir a primeira etapa do PE, os estudos considerados não a colocam em seu contexto, o que pode configurar uma fragmentação do cuidado. Uma alternativa viável é que essa etapa de coleta de dados seja parte integrante do PE, favorecendo a construção do Histórico de Enfermagem, que dá início ao cuidado de enfermagem<sup>(118)</sup>.

Em conjunto com a coleta de dados, os artigos mencionam que enfermeiros são responsáveis pela avaliação da criança e de seu desenvolvimento. Considerando o contexto brasileiro, o acompanhamento do desenvolvimento da criança acontece principalmente em consultas na atenção básica, o que possibilita a detecção e intervenção precoce em alterações passíveis de modificação, contribuindo para um prognóstico favorável<sup>(119)</sup>.

O autismo, um dos transtornos considerados nos artigos da revisão, é um dos principais distúrbios do desenvolvimento possível de ser identificado nesse contexto<sup>(119)</sup>. Dessa forma, há um avanço no cuidado, que não é desenvolvido a partir de um diagnóstico, e sim da avaliação do desenvolvimento da criança, a qual é atribuição do enfermeiro.

A atenção básica também constitui a principal forma de acesso para as demandas de saúde mental infantil, proporcionando um acompanhamento longitudinal e promovendo o cuidado integral à saúde, contextualizado aos fatores determinantes da qualidade de vida e saúde da criança, em relação à sua comunidade<sup>(14)</sup>.

Como consequência da avaliação, o enfermeiro participa no diagnóstico. Porém, os considerados nos artigos são diagnósticos médicos, o que configura um afastamento do cuidado de enfermagem, realizado por meio do PE, que consiste na identificação de DE para direcionar as metas e intervenções mais adequadas a cada paciente<sup>(118)</sup>.

Após a coleta de dados e participação no diagnóstico, os estudos defendem que o enfermeiro deve encaminhar a criança para avaliação mais aprofundada e tratamento. Portanto, as etapas de Planejamento de Enfermagem e Implementação, nas quais há a elaboração e implementação de intervenções terapêuticas ao

paciente, de maneira individualizada<sup>(118)</sup>, muitas vezes não são realizadas pelo enfermeiro, visto que após a coleta de dados e identificação do problema, o cuidado é direcionado à outros profissionais.

Considerando a prática de enfermagem psiquiátrica, que objetiva estabelecer uma relação de ajuda<sup>(111)</sup>, o simples encaminhamento do paciente pode configurar uma descontinuidade do cuidado de enfermagem, visto que dessa forma não é possível construir a relação terapêutica enfermeiro-paciente.

Isso pode ser reflexo do não saber presente no cuidado de enfermagem às crianças com transtornos mentais, visto que este acontece com embasamento teórico ainda incipiente<sup>(80,99)</sup>.

Portanto, os profissionais não possuem uma definição de papéis clara, resultando na dificuldade de implementação de modelos e teorias, e consequente falta de autonomia com entrega de tratamentos prescritos por outros profissionais<sup>(120)</sup>.

Como já mencionado, uma alternativa encontra-se no PE, em especial a etapa de construção do Histórico de Enfermagem, pois possibilita o conhecimento do estado de saúde da criança e permite ao enfermeiro realizar julgamentos clínicos e planejar intervenções, dando continuidade às demais etapas do PE, em especial o Planejamento e Implementação<sup>(118)</sup>, que não foram identificadas na análise dos artigos. Portanto, o PE proporciona a apropriação do cuidado e se diferencia do mero encaminhamento.

Também em oposição ao modelo tradicional de encaminhar e referenciar, que caracteriza um cuidado fragmentado e subordinado a outros profissionais, encontra-se o matriciamento, que proporciona retaguarda especializada e suporte técnico-pedagógico, integrando saúde mental e atenção básica para uma assistência colaborativa que produz trocas entre diferentes áreas do saber para construção de projetos terapêuticos<sup>(14)</sup>.

Sendo assim, o saber do enfermeiro no cuidado, constituído a partir do PE, surge como contribuição para sua atuação na equipe multiprofissional<sup>(118)</sup>.

Há ainda, para além da função terapêutica do enfermeiro, uma ênfase na importância em educação em saúde, que possibilita a assistência integral com caráter transformador, capacitando outros profissionais e tornando os pacientes e familiares ativos no que diz respeito à sua saúde e autonomia<sup>(121)</sup>.

Finalmente, a predominância de artigos teórico-conceituais, caracterizados como uma apresentação do panorama sobre o assunto<sup>(122)</sup>, demonstra o quanto as pesquisas sobre o cuidado de enfermagem para crianças com transtornos mentais são ainda introdutórias. O fraco nível de evidência dos artigos corrobora a discussão de que este cuidado ainda é incipiente, visto a escassez de estudos que o delimitam com rigor metodológico.

## **5.2 O brincar como linguagem do inconsciente para leitura da articulação significativa**

Como abordado anteriormente, a psicanálise surge como alternativa de cuidado que se aproxima do modelo de atenção biopsicossocial. Sendo assim, encontra-se uma oportunidade de cuidado à criança com transtorno mental por meio do brincar como linguagem do inconsciente para leitura da articulação significativa.

Para que algo, em psicanálise, seja considerado significativo, o primeiro e principal critério é de que deve se repetir<sup>(66)</sup>. O que difere em cada sujeito é a forma que estabelecerá relação com ele: sob a forma de uma repetição cega ou por meio de uma tentativa de mudar a direção daquilo que se repete<sup>(66)</sup>.

O segundo critério é localizado quando um elemento adquire gravitação significativa, ou seja, no momento de sua introdução algo novo se traça<sup>(66)</sup>. Uma vez que algo é introduzido com a função de significativo, produz-se ao menos um pouco do novo, algo com certo valor distintivo<sup>(66)</sup>.

Já o terceiro critério é o de que o significativo conduz sempre para alguma parte, podendo ser para um abismo ou para um cume, mas quando ganha esse nome, na história do sujeito, é o que o inclina para determinados caminhos preferenciais<sup>(66)</sup>. Ou seja, o significativo tem direção<sup>(66)</sup>.

Existe outra forma de reconhecer o significativo, e reside no fato de que este não vem com um significado ligado indissolúvelmente, senão que arrasta efeitos de significação que são imponderáveis<sup>(66)</sup>. Ou seja, não vale porque designa inequivocamente certo significado, mas pelas significações que vão se gerando a partir dele<sup>(66)</sup>.

Vale ressaltar que o significativo não é um termo original da psicanálise, e sim um termo advindo da linguística moderna, de Ferdinand de Saussure<sup>(67,123)</sup>.

Segundo ele, o sistema da língua é composto por um conjunto de unidades linguísticas bipolares, denominadas “signos linguísticos”<sup>(123-124)</sup>. Estes dividem-se em: significante, também chamado de imagem acústica, que constitui o elemento material (sensorial) e ocupa a posição inferior do signo; e significado, ou conceito, que constitui o elemento abstrato e ocupa o pólo superior do signo<sup>(67, 123-124)</sup>.



**Figura 1.** Signo linguístico (adaptado de Saussure, 1916/1975, p. 133).

Tanto significante quanto significado são unidos de forma arbitrária, por meio da convenção social estabelecida entre os falantes e, entre eles, existe uma relação de interdependência<sup>(123-124)</sup>. Sendo assim, significante e significado encontram-se conjugados, pois são partes integrantes de uma língua<sup>(67, 123)</sup>.

Tal relação de interdependência encontrada nos signos linguísticos implica que qualquer significante remete a um significado, o que por consequência produz uma concepção de linguagem submetida à função representacional<sup>(124)</sup>. Neste contexto, o signo pressupõe que sua função consiste em representar alguma coisa para alguém, sendo que cada significante possui um significado que lhe é próprio<sup>(124-125)</sup>.

A forma como o significante encontra-se na teoria saussuriana não seria útil à psicanálise, considerando que a linguística se constitui como uma ciência da língua enquanto sistema fechado de valores e instituição social<sup>(123)</sup>. Por esse motivo, Lacan busca se desvencilhar de tal função representacional da linguagem e, com isso, transformou, mesmo mantendo referência a Saussure, o esquema do signo linguístico em um algoritmo<sup>(123-124, 126)</sup>.

$$\frac{\text{Significante}}{\text{significado}} = \frac{\mathbf{S}}{\mathbf{s}}$$

**Figura 2.** Algoritmo da linguística (Lacan, 1957, p. 500)

Para a teoria lacaniana, o significante existe apenas articulado com outros significantes<sup>(124)</sup>. Sendo assim, na psicanálise não existe significante isolado, é preciso que esteja articulado em cadeia com outros significantes<sup>(124,127)</sup>.

Portanto, o conceito de significante em Lacan adquire uma conotação distinta daquela utilizada por Saussure<sup>(124)</sup>. Isto pois, para este, qualquer significante remete a um significado, enquanto para aquele um significante não significa nada, ele apenas produz significações quando articulado com outros significantes<sup>(67,124,127)</sup>.

Sendo assim, o significante não atende à função de representar o significado, ou seja, não tem por função responder por sua existência a título de uma significação qualquer<sup>(124,126)</sup>.

O significante, portanto, não é definido por uma referência representacional a uma coisa no mundo, e sim por sua diferença no contexto de outros significantes e por sua diferença em relação a si mesmo<sup>(128)</sup>. Ou seja, ao contrário da representação imediata de uma coisa para alguém, o significante é em si o que os outros significantes não são e é, em si, não idêntico a si<sup>(128)</sup>.

Por tais transformações, Lacan retira a interdependência dos componentes do signo linguístico e remove o paralelismo entre significado e significante, atribuindo maior preponderância ao segundo termo<sup>(123)</sup>.

Assim, é preciso considerar que os significantes só adquirem significações em relação a outros significantes<sup>(123)</sup>. Ou seja, o significante não possui um significado unívoco ou representa apenas uma coisa, e sim possui muitas significações possíveis<sup>(123,129)</sup>.

Esta maneira de pensar o significante também está presente na obra de Rodolfo, que defende que o significante não está associado a um significado, e sim a significações que se geram a partir dele<sup>(66)</sup>.

Na clínica, é possível identificar uma alienação do sujeito, a qual produz sintoma, quando este considera ter encontrado algum sentido para seu significante, ou seja, quando considera a possibilidade de que o significante possua algum significado. É uma alienação justamente pois o significante não possui significado algum<sup>(130)</sup>.

Conclui-se que a linguagem é um complexo de relações entre significado e significante, sendo este uma unidade fonemática, ou seja, o discurso concreto, que

não exerce uma única significação, mas fornece múltiplos significados, os quais, em cadeia, representam um sujeito a outro significante<sup>(47,131)</sup>.

O encadeamento formado pelos significantes não obedece o mesmo funcionamento da fala, que acontece de maneira unidimensional, ou seja, pela sucessão das palavras de forma linear<sup>(124)</sup>. Pelo contrário, o material produzido em contexto analítico pressupõe cadeias de significantes que se cruzam, produzindo um modelo bidimensional<sup>(124)</sup>.

Este modelo bidimensional é organizado da seguinte maneira: uma dimensão na horizontal, relacionada ao deslizamento do sentido na cadeia significante, constituída pela metonímia; e a outra dimensão na vertical, onde novas significações são produzidas, constituída pela metáfora<sup>(124,126)</sup>.

Vale maior descrição sobre os novos conceitos: a metonímia indica que, por meio da conexão de um significante a outro significante, ocorre o deslocamento de sentido; enquanto a metáfora indica que um significante substitui outro significante, possibilitando o surgimento de novas significações no contexto clínico<sup>(124,126)</sup>.

É preciso ressaltar que, no instante em que ocorre o deslizamento de sentido metonímico, surge também o efeito inesperado produzido por uma nova significação metafórica<sup>(124)</sup>. Sendo assim, é por meio da articulação significante que um sentido inesperado pode surgir, modificando o sentido anterior que sustentava o sintoma<sup>(124)</sup>.

A operação simultânea da metáfora e metonímia é o que possibilita a gravitação significante defendida por Rodolfo, ou seja, algo novo e com valor distintivo se traça quando um significante se instala<sup>(66,124,126)</sup>.

Por meio da articulação entre os significantes, um saber é produzido, o que permite supor que ali houve emergência de sujeito<sup>(124)</sup>. O sujeito, por sua vez, se define na medida em que é representado por um significante junto a outro significante<sup>(124,132)</sup>.

Em psicanálise, o conceito de criança vem acompanhado de certos significantes que possuem relação com sua formação<sup>(66)</sup>. Estes não são necessariamente produzidos, inventados e nem ditos por ela; ao invés disso, costumeiramente são encontrados em lábios e ações daqueles que a rodeiam<sup>(66)</sup>.

Ao nascer, a criança adentra, por meio da linguagem apresentada por sua família, em uma ordem social que lhe é anterior, sendo antecédida por um mito familiar com significantes que a nomearão, recobrando-a pela linguagem<sup>(47,66,107,131)</sup>.

Isso ocorre pela necessidade do bebê de um cuidador que exercerá o lugar de intérprete, compreendido como a função de Outro, que estabelecerá demandas e nomeará os atos do bebê<sup>(47,131)</sup>. Conforme esse Outro interpreta o estado da criança e tenta produzir significações capazes de apaziguá-la, ela é inserida na lógica da linguagem, representada pelos significantes a ela oferecidos<sup>(47,133)</sup>.

Este Outro, responsável por inscrever os significantes fundamentais que darão entrada à linguagem do bebê, ocupa a função materna e colabora para a formação de uma estrutura significativa composta de elementos significativos para a família e sociedade nas quais este bebê está inserido<sup>(47,66,107-108,133)</sup>.

A retirada de significantes acontece quando a criança faz buracos no discurso do Outro, o que se inicia no primeiro ano de vida, e é preciso que a função materna auxilie-a neste processo para que se constitua como sujeito e para que construa seu próprio corpo e diferencie-se do corpo do Outro<sup>(134)</sup>.

Sendo assim, o sujeito é dependente da linguagem para se constituir<sup>(128)</sup>. Isto pois é a partir de uma ordem simbólica externa e já instituída, prévia a sua concepção, que o sujeito encontra um lugar onde pode se inscrever<sup>(128)</sup>. Tal ordem simbólica é entendida a partir da noção de grande Outro enquanto tesouro de significantes<sup>(128,135)</sup>.

Neste contexto, é possível localizar uma relação entre linguagem e inconsciente, em que o uso da fala produz um dizer mais além e mais aquém do que era pretendido<sup>(124)</sup>. Sendo assim, a linguagem é a manifestação inconsciente, que se repete e faz parte do individual, grupal e social, não sendo propriedade de alguém e perpassando cada um<sup>(47,66)</sup>.

Essa descoberta desemboca em uma teoria na qual o sujeito surge como efeito produzido pelo encadeamento de significantes<sup>(124)</sup>. A psicanálise, portanto, se estabelece em função do uso da fala, sendo seu material clínico constituído pela conversão de palavras em significantes<sup>(124)</sup>.

Assim, é só quando o sujeito fala que emerge a possibilidade de produção de um saber, a partir dos significantes que enunciou e da forma como o Outro vai lhe devolver a sua mensagem, sob forma invertida<sup>(123)</sup>. Logo, a causa do sujeito em psicanálise depende da articulação entre significantes na estrutura da linguagem<sup>(124)</sup>.

Posto isto, o inconsciente produzido em análise não é propriedade de alguém, e sim o produto da articulação significativa no campo do Outro simbólico, no qual o sujeito é seu efeito<sup>(124)</sup>.

Como consequência, a criança passa a ser um sujeito representado por significantes e seu sintoma pode apontar para uma tentativa de separar-se do Outro<sup>(68)</sup>. Contudo, é preciso considerar que falta à ela o domínio da linguagem, ou seja, as palavras verbalizadas, pois sua estruturação psíquica ainda está em constituição<sup>(69)</sup>.

Assim, a análise com crianças acontecerá pela via do brincar, considerando que é na brincadeira que ela será capaz de fazer associações livres, expressar e lidar com suas angústias e ansiedades<sup>(68)</sup>. Ou seja, compreende-se que o brincar se dá pela via do significante, entendendo que o inconsciente está estruturado como uma linguagem<sup>(68-69)</sup>.

O brincar, em psicanálise, passa a oferecer uma perspectiva de leitura teórica em que o brinquedo é um objeto e, ao manipulá-lo, a criança inaugura relações para ordenar o simbólico, que constitui e evidencia traços de sua subjetividade<sup>(47,66)</sup>. Assim, o brincar deverá ser lido no campo dos significantes, tendo como objetivo comportar a verdade da criança<sup>(68)</sup>.

Trouxemos acima o conceito de “simbólico”, o qual já apareceu em outros momentos, e vale um breve parêntese para abordar três conceitos importantes à clínica psicanalítica, os quais aparecerão no decorrer do texto. São os três registros psíquicos, ou a tripartição estrutural real-simbólico-imaginário<sup>(136)</sup>.

O real não deve ser confundido com a realidade, ele é o não-senso radical ou o “sentido em branco”, pois não possui nenhum sentido<sup>(136-137)</sup>. Este registro surge nas vivências cujo teor excede à capacidade de representação psíquica, ou seja, é aquilo que não tem inscrição possível no psiquismo, como a morte e a perda<sup>(136-137)</sup>.

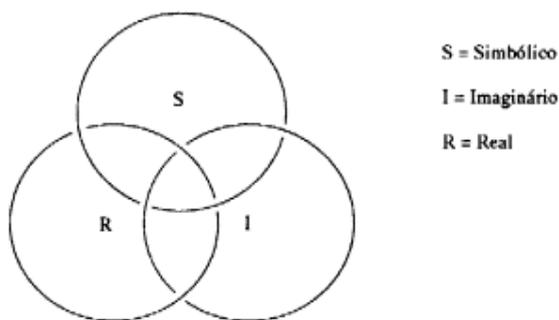
Sendo assim, o real é, por excelência, o trauma, aquilo que não pode ser assimilado pelo sujeito em suas representações simbólico-imaginárias<sup>(136-137)</sup>. Logo, é o que escapa à realidade, aquilo impossível de ser simbolizado<sup>(136-137)</sup>.

Já o simbólico é da ordem do duplo sentido, pois é o registro que permite ao falante mediatizar o encontro com o não-senso do real, ou seja, é no simbólico que há estruturação das possibilidades de sentido<sup>(136-137)</sup>. Assim, é o campo da linguagem por meio do qual o sujeito faz face, por um lado, ao real traumático e, pelo outro, reconstitui seu imaginário que está continuamente submetido à invasão<sup>(136-137)</sup>. Assim, o simbólico é o registro que vem ocupar no sujeito o lugar da falta real primordial de seu imaginário<sup>(136-137)</sup>.

Por fim, o imaginário não é da ordem da imaginação, e tal registro deve ser entendido como relação especular, dual, com seus logros e identificações mas, sobretudo, com o advento do sentido<sup>(136-137)</sup>. Ou seja, o imaginário é o oposto do real, pois fixa um sentido dentre os vários sentidos que um significante convoca<sup>(136-137)</sup>.

O núcleo do inconsciente é real, é uma falta originária em que, em torno dela, o inconsciente se estrutura, no simbólico, como uma linguagem. Ou seja, o núcleo do inconsciente é real enquanto radicalmente inabordável pelo simbólico<sup>(136,138)</sup>.

Os três registros acima citados não podem ser isolados, pois estão unidos de modo indissolúvel na topologia do nó borromeano, tipo de nodulação em que os elos estão amarrados uns aos outros de forma que, se cortarmos apenas um deles, todos os outros se desligam simultaneamente<sup>(136,139)</sup>.



**Figura 3.** Nó borromeano (Lacan, 1973, p. 139)

Elucidado os conceitos de real, simbólico e imaginário, voltemos ao brincar. Ao assumir a leitura do brincar considerando a relação de objeto, em que a criança toma-o como significante que pode ser apreendido na relação entre ela e o brinquedo, reconhece-se a importância do brincar para a constituição subjetiva<sup>(47,66,131)</sup>.

Desta forma, a criança precisará de um objeto como suporte que sustente sua fala, visto que o desenvolvimento da cadeia significante ainda não é suficiente para que se apoie somente na palavra, como faz o adulto<sup>(69)</sup>. Assim, por meio do brincar, surge uma possibilidade de elaboração de resposta significante ao enigma do desejo do Outro, o que é entendido como buraco no discurso<sup>(69)</sup>.

Considerando que o inconsciente está estruturado como uma linguagem e que esta se dá por meio de significantes, o brincar se torna linguagem de acesso ao inconsciente, sendo uma prática significante que tem como objeto o brinquedo<sup>(47,66)</sup>.

Desta forma, com uma análise adequada das brincadeiras, pode-se escutar o discurso da criança, onde o inconsciente produz seus efeitos<sup>(69)</sup>.

Como um exemplo de leitura do brincar como linguagem do inconsciente para leitura da articulação significante, pode-se utilizar a característica previamente descrita de que o significante se repete<sup>(66)</sup>.

Sendo assim, aquilo que a criança repete no brincar pode traduzir seu sintoma, que se constrói, se cria, se inventa, sendo sempre singular<sup>(69)</sup>. O sintoma serve para moldar certo desempenho no qual ela se situa, desorientada ou não, numa certa posição, para deter ou tramitar de alguma maneira à demanda do Outro<sup>(69)</sup>.

Contudo, é importante ressaltar que o mito familiar não contempla toda a significação para estruturação da criança, sendo que a não resposta do Outro à demanda produz um lugar vazio a partir do qual o desejo adquire função significante<sup>(47,107)</sup>.

Assim, além dos significantes ofertados por quem exerce a função materna, há uma falta de sentido quando este Outro se posiciona como incapaz de oferecer todas as significações possíveis para os significantes herdados pela criança<sup>(47,66)</sup>.

Desta forma, ainda que a brincadeira e o brinquedo sejam os mesmos, cada criança dará um sentido próprio ao brincar, articulando seus significantes adquiridos por meio de suas experiências de vida<sup>(134)</sup>.

A partir da teoria psicanalítica, o brincar é necessário para que haja deslizamento da cadeia de significantes, o que possibilita à criança acesso ao exercício simbólico, em que seu corpo possa ser inserido em um universo de infinitas significações<sup>(134)</sup>. Tal ação é fundamental para a estruturação do sujeito, sendo o brincar uma ponte que leva a criança a apropriar-se de sua inscrição no universo simbólico<sup>(134,140)</sup>.

### **5.3 Ajustes teóricos: aproximação de conceitos à teoria psicanalítica**

Como foi possível observar por meio dos resultados obtidos na revisão integrativa, o cuidado de enfermagem às crianças com transtornos mentais está pautado em modelos de atenção à saúde, em especial o modelo biomédico e o modelo biopsicossocial.

O modelo de atenção biopsicossocial, como apontado anteriormente, defende a percepção de que a pessoa sofre como um todo e não como órgãos isolados, e de que a doença é atribuída à mistura de fatores biológicos, psicológicos e sociais<sup>(106,141)</sup>.

Além disso, constitui uma representação ideal da ciência e do humanismo na prática médica, defendendo a relação entre paciente e profissional de saúde por meio de habilidades interativas e cultivando a empatia e compaixão<sup>(106)</sup>.

Assim, leva em conta o paciente como pessoa e o contexto social em que vive<sup>(106)</sup>. Essa pessoa habita um corpo composto por vários órgãos, e possui um contexto pessoal englobando sua personalidade e suas experiências, atitudes e expectativas; e um contexto temporal, que comporta seu estágio na vida e na doença<sup>(102)</sup>. Ademais, considera que a pessoa interage com objetos e pessoas no ambiente físico, sendo esta forma de interação considerada seu comportamento<sup>(102)</sup>.

Especificamente no contexto social, tanto a própria pessoa quanto outros ao seu redor irão observar tais comportamentos e atribuirão significados a eles, os quais constituem os papéis desempenhados naquele momento<sup>(102)</sup>.

Assim, considera-se neste modelo que a pessoa pode exercer escolhas em relação às suas ações e avaliar sua qualidade de vida mediante qualquer que seja a métrica: dinheiro, posição social, relacionamentos interpessoais, etc<sup>(102)</sup>.

Sendo assim, a personalidade e as reservas emocionais do paciente, bem como as condições ambientais em que vive, devem ser consideradas<sup>(141)</sup>. Tendo em vista todos estes aspectos, o modelo de atenção biopsicossocial mostra-se mais progressivo e holístico, tendo como premissa principal o cuidado centrado na pessoa<sup>(102)</sup>.

Considerando que o cuidado neste modelo é direcionado ao sujeito em sua integralidade<sup>(102-103)</sup>, é possível aproximá-lo à implementação da clínica psicanalítica, que tem como posicionamento o respeito à singularidade do sujeito<sup>(112)</sup>.

Para tanto, é necessário formalizar alguns ajustes teóricos na leitura e significação dos conceitos bases do modelo de atenção biopsicossocial, bem como dos conceitos principais encontrados na revisão integrativa, para que se aproximem da teoria psicanalítica.

Primeiramente, o modelo biopsicossocial defende que o cuidado deve ser centrado na pessoa; para a psicanálise, a pessoa, no caso o sujeito, não é um conceito em si, não é algo material, e sim corresponde a um posicionamento na

linguagem<sup>(105,142-143)</sup>. Ou seja, são as palavras que denunciam a existência de um sujeito a partir dos tropeços de seu inconsciente, quando se propõe a falar de sua experiência<sup>(105,142-143)</sup>.

Assim, o cuidado na clínica psicanalítica acontece na perspectiva do sujeito sem centro, pois considera o inconsciente<sup>(145,144-145)</sup>. Dessa forma, o sujeito surge como efeito do significante, está inserido e é efeito de linguagem<sup>(145,144-145)</sup>.

O modelo biopsicossocial também defende um cuidado integral e humanizado, considerando fatores biológicos, psicológicos e sociais, o que se aproxima dos achados da revisão integrativa que advogam que o cuidado deve ser individualizado e holístico. A clínica psicanalítica, por sua vez, posiciona um olhar para o sujeito em sofrimento psíquico por meio da escuta e do respeito a sua história e singularidade<sup>(112)</sup>.

Um ponto extensamente abordado tanto nos artigos encontrados na revisão integrativa, quanto nas bases do modelo de atenção biopsicossocial, é o cuidado centrado na família, ou seja, a implementação de terapias familiares e a atuação em parceria com os pais e/ou familiares da criança.

Em psicanálise, a questão familiar também é central na clínica infantil, considerando para tal o conceito de mito familiar, que será extensamente discutido no decorrer deste trabalho.

Resumidamente, o mito familiar compreende o Outro como lugar em que todos os significantes serão apresentados à criança em seu primeiro momento de elaboração de si, advém das práticas cotidianas que incluem atos, ditos, normas educativas, regulações do corpo, dentre outras<sup>(66)</sup>.

Assim, para atuar na clínica com crianças, é preciso investigar a dinâmica familiar, bem como sua pré-história em direção às gerações anteriores, ou seja, a história dessa família<sup>(66)</sup>.

Contudo, é preciso salientar que a psicanálise de crianças, no Brasil, foi fundada com bases no pensamento kleiniano a partir de seus seguidores, com foco na argentina Arminda Aberastury<sup>(146)</sup>.

Assim, no início, o direcionamento para a análise de crianças focava em seu mundo interno e o consenso era restringir o contato com os pais, devido ao risco do profissional se contaminar com a visão parental e isto, como consequência, prejudicar o trabalho com as imagens internalizadas da criança<sup>(146-147)</sup>.

A análise de crianças, por muito tempo, tinha como uma das premissas evitar contato com os pais e encaminhá-los para orientação, se necessário<sup>(146)</sup>. Porém, a própria Aberastury começou a valorizar a importância de trabalhar com os pais, considerando o sucesso da análise com crianças estritamente relacionado à possibilidade dos pais implicarem no tratamento, mesmo que indiretamente<sup>(146-147)</sup>.

Dessa forma, com o passar dos anos, o trabalho analítico com crianças passou a atender-se e acolher o ambiente externo, considerando esta uma prática necessária para manter a criança em análise, além de ser fundamental para facilitar a comunicação e possibilitar modificações importantes para o alcance da cura ou melhora diagnóstica<sup>(146-147)</sup>.

Paralelamente, as correntes francesas de Françoise Dolto traziam como premissa a compreensão do sintoma da criança como uma formação do adoecimento familiar<sup>(146)</sup>. Assim, era preciso também atender aos pais, por vezes em conjunto com seus filhos, sendo imprescindível construir uma relação de confiança para mantê-los comprometidos ao trabalho terapêutico com a criança<sup>(146)</sup>.

O autor utilizado como referência neste trabalho, Ricardo Rodolfo, também evidencia o conflito que alguns profissionais encontram em incluir os pais no tratamento, o que, para ele, pode acarretar em sérios inconvenientes, pois não considerar o discurso dos pais pode, cedo ou tarde, frustrar tratamentos que andavam bem<sup>(66)</sup>.

Assim, defende que, em alguns casos, é preciso acreditar na produção de algum efeito analítico no discurso familiar, sendo tão importante trabalhar com os pais quanto com a criança<sup>(66)</sup>.

Mais especificamente, aponta que o profissional deve atuar de acordo com a especificidade de cada situação, não havendo regra fixa para decidir incluir ou não os pais no tratamento<sup>(66)</sup>. Dessa forma, em alguns momentos pode-se ver necessário realizar uma entrevista com os pais em conjunto com a criança, ou realizar entrevistas paralelamente às sessões<sup>(66)</sup>.

Outro aspecto presente no modelo de atenção biopsicossocial, bem como nos resultados da revisão integrativa, diz respeito à forma de interação entre profissional e paciente durante o tratamento. Os achados defendem o uso do rapport e do relacionamento interpessoal, o que se aproxima da premissa defendida pelo modelo biopsicossocial de que a relação entre paciente e profissional de saúde deve acontecer por meio de habilidades interativas, cultivando a empatia e compaixão.

A interação entre paciente e profissional, em psicanálise, acontece por meio da relação transferencial. Esta é compreendida como a repetição das formas de satisfação utilizadas pelo sujeito ao inaugurar seus relacionamentos<sup>(24,148)</sup>.

Nesta relação, o paciente dirige ao profissional uma demanda baseada em seu repertório de experiências vividas, o que dá forma a uma queixa ou sintoma<sup>(24,149-150)</sup>. Assim, a repetição deste repertório é apreendida como o ponto inicial da transferência<sup>(24)</sup>.

Neste tipo de relação transferencial, o profissional interroga a repetição do paciente, com a finalidade de possibilitar a recordação do conteúdo reprimido, atribuindo um novo significado a ele<sup>(24)</sup>.

Os artigos também recomendam o treinamento do profissional para realizar avaliação, intervenções e tratamentos no cuidado de crianças com transtornos mentais. A formação em psicanálise teve como primeiro modelo o Eitingon, fundado em 1926 pelo Instituto de Psicanálise de Berlim, o qual estipula um tripé para a formação: análise didática, supervisão e seminários teóricos<sup>(151)</sup>.

O processo de análise do analista consiste no local de encontro com os efeitos do próprio inconsciente, proporcionando uma familiaridade do analista com seu funcionamento psíquico, o que possibilita as condições de escuta analítica<sup>(151)</sup>. Já a supervisão propicia desenvolver a condição de escuta do analista<sup>(151)</sup>.

A necessidade de treinamento do profissional encontrada nos artigos da revisão integrativa pode se aproximar da posição ética do analista em que o estudo constante das teorias psicanalíticas, por meio de seminários, permite ao profissional conhecer o desenvolvimento dos principais modelos teóricos e instrumentaliza-o para a escuta, quando também coloca-se na análise pessoal e supervisão<sup>(151)</sup>.

Partimos agora para o que os artigos encontrados na revisão integrativa trazem sobre a fase pré-diagnóstica. Eles defendem que o profissional deve coletar dados e construir o histórico do paciente; em psicanálise, esse momento acontece durante as entrevistas preliminares, consideradas como o tempo prévio antes da análise, sendo a partir delas que o profissional tomará a decisão de sustentar ou não a demanda<sup>(104,152)</sup>.

Os artigos também defendem que o profissional deve investigar e identificar sintomas. Na clínica psicanalítica, o sintoma não se restringe àquilo marcado pelo corpo, e sim é caracterizado como uma resposta a um mal-estar que não foi

simbolizado e, por não ter sido elaborado, torna-se uma resposta problemática que o sujeito utiliza em seu modo de viver<sup>(24,149-150)</sup>.

Os achados da revisão integrativa apontam que o profissional possui papel central no diagnóstico e na identificação precoce dos transtornos. O pragmatismo operacional da medicina tende a tratar o sofrimento e o sintoma infantil mediante critérios diagnósticos, característicos dos transtornos mentais<sup>(152)</sup>. Assim, há um reducionismo do sofrimento psíquico ao conjunto de sinais comportamentais, o que apaga o simbolismo presente nos sintomas<sup>(152)</sup>.

O diagnóstico, em psicanálise, é muito distinto do diagnóstico psiquiátrico<sup>(66)</sup>. Isto pois é formulado não em razão de uma delimitação psicopatológica, mas sim diante a posição do sujeito dentro do campo da linguagem e ao enigma do desejo do Outro<sup>(152)</sup>. A partir disso são identificadas as estruturas de neurose, psicose ou perversão<sup>(152)</sup>.

Da mesma forma, em psicanálise não é possível a utilização de instrumentos, como questionários, para fins de avaliação e diagnóstico, como sugerem os artigos, pois a classificação psiquiátrica como descrição fenomenológica universal pouco importa, visto que o que interessa é a singularidade do sujeito<sup>(152)</sup>.

Os artigos também sugerem a avaliação do desenvolvimento da criança; para a clínica psicanalítica, a busca por esse tipo de informação, como exemplo a idade em que a criança começou a andar, assume relevância diferente na medida em que só adquire importância quando resignificada em um contexto muito mais amplo, articulada à estrutura do discurso do sujeito e de seu mito familiar<sup>(66)</sup>.

Outro ponto abordado nos achados da revisão integrativa diz respeito às intervenções a serem utilizadas no cuidado à criança com transtornos mentais. A principal delas refere-se à terapia cognitivo-comportamental, ou seja, manejar o transtorno pela via do comportamento. Aqui, vale uma reflexão mais extensa sobre o tema.

A questão da normalidade está cada vez mais presente nas discussões acerca da conduta humana. A tradição das ciências médicas, em especial a psiquiatria, nunca escondeu que se baseia num ideal de normalidade<sup>(153)</sup>. O Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, já em sua quinta edição, segue justamente o critério de que certos sentimentos e comportamentos podem ser considerados deficitários quando comparados ao que seria normal<sup>(153)</sup>.

Existiria, assim, um padrão de normalidade que estabelece quem é “normal” e quem não é<sup>(153)</sup>. Desta forma, faz-se uma relação entre um caso ideal com outro qualquer para avaliar se o comportamento apresentado é ou não normal<sup>(153)</sup>.

Nos séculos XVIII e XIX, a medicina se apropriou dos indivíduos de maneira controladora quando consideradas as questões relacionadas aos comportamentos em sociedade<sup>(154-155)</sup>. Assim, moldava-se as pessoas em comportamentos adequados, de acordo com os interesses da época<sup>(154-155)</sup>.

Esta maneira de conduta continua presente na psiquiatria, que enquadra sujeitos com comportamentos considerados inadequados e se apodera destes por meio de terapias comportamentais e medicamentosas<sup>(154)</sup>.

Tal maneira de conduzir o tratamento tem como consequência a perda do olhar sobre a subjetividade do sujeito, no caso a criança, e não há qualquer investigação do porquê deste sofrimento refletido em comportamentos, também considerados na psicanálise como sintomas<sup>(154,156)</sup>.

Sendo assim, a clínica psicanalítica não possui qualquer ambição de moldar comportamentos, e sim fazer uma leitura do sujeito e de seu sintoma, resgatando o lugar simbólico que a criança ocupa no mito familiar<sup>(154,157)</sup>.

Desta forma, considerando que o sintoma da criança encontra-se em condição de responder ao que existe de sintomático na estrutura familiar, muitas vezes um comportamento considerado agitado, por exemplo, pode ser resultante de conflitos pessoais e/ou familiares, que ela ainda não consegue expressar verbalmente<sup>(154)</sup>.

O profissional, neste contexto, não tem como função mudar o comportamento expresso, e sim trabalhar com a subjetividade do sujeito, proporcionando escuta singular, compreendendo os sintomas e investigando como a criança processa suas experiências de vida<sup>(154,156)</sup>. Assim, o papel do profissional é acompanhar o sujeito na construção de uma forma de existência que o sustente<sup>(158)</sup>.

Considerando o que os artigos discutidos na revisão integrativa dizem respeito ao cuidado de enfermagem, uma recomendação muito presente é a de que estes profissionais realizem o exame físico, bem como observem e manejem questões físicas.

O cuidado, ainda que possa primeiro voltar-se à uma demanda do corpo, também evoca a questão do órgão que se faz significativa, ou seja, a função do órgão que vem do discurso<sup>(159-160)</sup>. Assim, o profissional pode construir concepções e

perspectivas novas, encontrando uma dialética entre o cuidado que se faz no corpo e o cuidado norteado pela palavra<sup>(159)</sup>.

Por fim, os artigos recomendam o encaminhamento da criança para avaliação mais aprofundada e tratamento, sendo que, para os propósitos deste trabalho, o cuidado por meio da psicanálise já consiste como meio de tratamento.

Ao abordar a finalidade do cuidado de enfermagem às crianças com transtornos mentais, os artigos enfatizam o alcance de autonomia, a formação e capacitação dos sujeitos, a promoção de autocuidado e a produção de bem-estar. Já na clínica psicanalítica, o profissional busca indicar ao sujeito sua posição de escolha e responsabilidade sobre seu sintoma<sup>(24)</sup>.

Assim, deve-se sustentar a escuta do sujeito, responsabilizando-o pelo seu sofrimento e pelos modos que faz laço social, sendo que, como resultado, possa surgir algo que o recoloca em uma posição de autoria e sustentação de seu desejo<sup>(142)</sup>.

Considerando a conceituação apresentada no tópico 5.2, bem como os ajustes teóricos realizados neste tópico, segue a articulação dos pontos de nodulação entre os conceitos significantes encontrados no cuidado de enfermagem à crianças com transtornos mentais e os conceitos psicanalíticos do referencial teórico do brincar como linguagem do inconsciente para leitura da articulação significativa.

#### **5.4 Modelos de atenção à saúde sustentadores do cuidado à criança tomada pela estrutura significativa**

Visando o cuidado à criança nos modelos de atenção à saúde identificados, e considerando que esta possui um inconsciente estruturado como linguagem, ou seja, tomado pela estrutura significativa<sup>(104-105)</sup>, é possível aproximar o conceito significativo de modelos de atenção à saúde aos conceitos psicanalíticos de criança e significativo.

Segundo o ECA, a definição de criança se restringe à delimitação de sua idade: criança é a pessoa com até doze anos de idade incompletos<sup>(36)</sup>. Esta estratégia de conceituação se aproxima do modelo biomédico de cuidado, o qual foi predominante nos achados da revisão integrativa, pois considera apenas marcadores corporais<sup>(109-110)</sup>.

Considerando o contexto brasileiro de saúde infantil, a partir do final da década de 1980, a criança foi beneficiada com políticas e programas que buscavam ampliar o acesso aos serviços de saúde e assegurar o cuidado de forma abrangente, englobando seu contexto familiar e social<sup>(161)</sup>.

Já nas décadas de 2000 e 2010, em consonância com o modelo biopsicossocial, buscou-se a consolidação da assistência à saúde da criança, contribuindo para reforçar a necessidade de acesso a serviços de saúde que garantam o cuidado integral<sup>(161)</sup>.

Em novembro de 2014 foi aprovada a Portaria nº 1.130, que tem como objetivo sistematizar e articular ações, programas e políticas de saúde da criança<sup>(161)</sup>. Visa modelar a assistência deste público na ótica do cuidado em rede, aspirando transformar e fortalecer as potencialidades dos serviços de atenção à saúde da criança<sup>(161)</sup>.

A criança faz parte do grupo prioritário de atenção à saúde, o que presume garantir a implementação de uma assistência sistematizada, pautada em diretrizes de políticas públicas nacionais e internacionais de atenção à saúde, para que seja ofertada de modo integral e resolutivo, favorecendo o processo de cuidado<sup>(161-162)</sup>.

Desta forma, o Brasil busca qualificar o cuidado para obter resultados positivos no contexto de atenção à saúde da criança. A melhoria nos indicadores brasileiros associados à saúde infantil é conferida às ações e programas governamentais que ampliaram o acesso e a cobertura dos serviços de saúde<sup>(161)</sup>.

O SUS é organizado em uma rede regionalizada e hierarquizada de serviços e ações, com o objetivo de garantir a saúde como um direito constitucional<sup>(163)</sup>. A partir de 2010, foram implantadas as Redes de Atenção à Saúde, que atuam com foco na atenção primária e funcionam como alternativa à fragmentação dos sistemas de saúde<sup>(163)</sup>.

Esta nova forma de organização do SUS contempla o modelo de atenção biopsicossocial, pois tem como propósito afirmar a integralidade do cuidado e gerar mudanças nos modos de produção do cuidado à saúde por meio de redes temáticas prioritárias, que são: Rede Cegonha, Rede de Urgência e Emergência, Rede de Saúde da Pessoa com Deficiência, Rede de Atenção às Doenças Crônicas e a RAPS<sup>(163)</sup>.

A RAPS, neste contexto, contempla a proposta organizacional para a saúde mental no país e é composta por diversos serviços direcionados à atenção à saúde

deste público, tanto no contexto de atenção primária, quanto em instituições especializadas, como os CAPS<sup>(164)</sup>.

Assim, a RAPS tem como objetivo a integração da saúde mental em todos os níveis de atenção do SUS, buscando garantir a continuidade e a longitudinalidade do cuidado<sup>(165)</sup>.

Deste modo, o acesso ao público infantil na RAPS, além de acontecer na atenção primária, é realizado pela atenção psicossocial especializada, como nos CAPSij<sup>(165)</sup>. Neste contexto, o cuidado à criança no país se afasta do modelo de atenção à saúde biomédico e passa a contemplar o biopsicossocial.

Nesta perspectiva de cuidado, o enfermeiro possui capacidade para melhor ofertar cuidados, contribuindo com mudanças nos indicadores de saúde por meio do desenvolvimento de ações de promoção de saúde, prevenção de doenças, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos<sup>(161)</sup>.

Para isso, este profissional precisa ser qualificado para atuar com conhecimento especializado, sendo capaz de tomar decisões baseadas em competências para o cuidado, dentro de sua realidade e de seu espaço de atuação<sup>(161)</sup>.

O enfermeiro, como membro da equipe, realiza as consultas de enfermagem e avalia o estado de saúde da criança e, para isso, necessita de um olhar integral do cuidado, para que identifique os principais agravos à saúde desta população, além de buscar ferramentas de trabalho<sup>(161)</sup>.

Assim, a criança com transtorno mental deve receber assistência integral durante as consultas de enfermagem, que acontecem tanto na atenção primária, quanto em serviços especializados da RAPS<sup>(164-165)</sup>. O enfermeiro possui papel fundamental na construção de vínculo e na realização de atendimentos qualificados, considerando a singularidade dos sujeitos<sup>(161-162)</sup>. Como ferramenta de trabalho, pode utilizar a SAE e implementar o PE<sup>(162)</sup>.

O processo de trabalho de enfermagem na saúde mental infantil busca desenvolver ações para compreender o sofrimento psíquico, social e político, identificando as necessidades psicossociais da criança<sup>(73)</sup>.

Para tal, o enfermeiro deve articular teoria, pesquisa e prática, embasando-se em teorias, aqui considerada a psicanalítica, para construir seu trabalho por meio do PE e da SAE<sup>(73)</sup>.

Neste contexto de atuação, uma das principais atribuições do enfermeiro na atenção básica à criança, considerando as recomendações nacionais, é a avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil durante as consultas de enfermagem<sup>(161)</sup>.

Esta função do enfermeiro é reforçada nos achados da revisão integrativa, que mencionam a responsabilidade deste profissional em avaliar a criança e seu desenvolvimento, o que acontece principalmente no contexto de atenção básica<sup>(119)</sup>.

Isto pois, como abordado anteriormente, esta é a principal via de acesso para as demandas de saúde infantil, proporcionando acompanhamento longitudinal e promovendo cuidado integral à saúde<sup>(14)</sup>.

Os resultados do presente estudo demonstram que a avaliação do desenvolvimento infantil, realizada pelo enfermeiro, caracteriza um avanço no cuidado, que deixa de ser realizado tendo como base o diagnóstico. Contudo, ainda demarca a criança apenas pela via cronológica e desenvolvimentista<sup>(66,152,166)</sup>.

A noção de infância como fase de desenvolvimento e período inicial da vida do ser humano é uma construção histórica do conceito de infância, que possui viés cronológico e estipula marcas a serem atingidas nos âmbitos de desenvolvimento e crescimento de acordo com a idade<sup>(152,167)</sup>.

Além da marcação biológica evidenciada pela ênfase no viés cronológico e desenvolvimentista, outro aspecto do modelo biomédico encontrado nos resultados da revisão integrativa diz respeito ao manejo comportamental.

Ainda, o cuidado de enfermagem às crianças, nos modelos atuais, tem como foco ações de saúde relacionadas à assistência clínica, como a realização do exame físico, imunização, coleta de material para exames, alimentação infantil e orientações sobre prevenção de acidentes<sup>(161)</sup>.

Para que o enfermeiro atue neste contexto, considerando o cuidado à crianças com transtornos mentais, com base no referencial teórico aqui defendido, é preciso que ultrapasse esta demarcação puramente corporal e avance o cuidado em direção ao modelo de atenção biopsicossocial, sendo necessário considerar os modos de relação que a criança estabelece com a linguagem, visto que ela é constituída enquanto sujeito do inconsciente<sup>(155,166,168)</sup>.

Assim, para que o trabalho de enfermagem no contexto de saúde mental infantil seja realizado de acordo com as políticas, diretrizes e programas nacionais de atenção à saúde deste público, é preciso que o cuidado seja realizado de forma integral e não considerando apenas marcadores corporais.

Isto pois a efetividade do cuidado em saúde infantil supõe a integralidade das ações e refere-se ao direito da criança ser cuidada com qualidade em todas as suas necessidades, por meio de serviços de saúde organizados em todos os níveis de assistência<sup>(161)</sup>.

A integralidade do cuidado pode ser entendida como a integração de ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação, realizadas por meio do processo de trabalho<sup>(161)</sup>. A criança, neste contexto de cuidado biopsicossocial, deve ser considerada em sua totalidade biológica e psicossocial, considerando as questões que a formam enquanto sujeito, com respeito à sua singularidade<sup>(161)</sup>.

Como alternativa para que o cuidado de enfermagem atinja os parâmetros de cuidado integral, considera-se importante avançar na definição de criança, conjugando a perspectiva cronológica com a psíquica e reconhecendo o tempo lógico para a formação do sujeito do inconsciente, considerando o registro infantil como prática de cuidado<sup>(152)</sup>.

Foi o próprio Freud, em 1905, que desconstruiu a concepção ocidental e mostrou que a infância não é determinada pela passividade e submissão, e sim que a criança já muito precocemente interage com o ambiente ao seu redor, significando vivências e experiências<sup>(152,169)</sup>. Logo, criança é alguém que investe em si mesma e nos objetos do mundo externo e, em especial, nas funções materna e paterna, manifestando sentimentos e afetos<sup>(152,169)</sup>.

Desta forma, para determinar o quê é uma criança em psicanálise é preciso pensar em diversos outros conceitos e, mesmo assim, o que aparece na clínica infantil quase nunca coincide com as ideias já pré-formadas<sup>(66)</sup>.

A psicanálise não busca apreender a criança pela via cronológica e desenvolvimentista, pois a ideia de que ela é apenas uma entidade psicofísica leva ao reducionismo de considerá-la um sujeito que começa e termina nas fronteiras de seu corpo, alguém que pode ser medido por testes com o objetivo de investigar como sente, pensa e fantasia<sup>(66,152,166)</sup>.

Inclusive, os termos infância e infantil, em psicanálise, não são sinônimos. A infância possui viés cronológico, demarcando um determinado período da vida do sujeito<sup>(152)</sup>. Já o infantil está associado à constituição do sujeito do inconsciente, feita a partir das relações simbólicas com as funções materna e paterna<sup>(152)</sup>. É deste registro infantil que o discurso da criança será escutado pelo profissional na relação transferencial<sup>(152)</sup>.

Assim, a infância e o infantil estão associados ao tempo cronológico e ao tempo lógico, respectivamente<sup>(152)</sup>. A infância, deste modo, é marcada pelo período de desenvolvimento das funções estruturais, como o sistema nervoso central, e das funções instrumentais, como a motricidade, linguagem e cognição<sup>(152)</sup>. Já o infantil possui um caráter intrínseco à pulsão e à variabilidade de objetos satisfatórios que a circundam, o que demarca a atemporalidade do inconsciente<sup>(152)</sup>.

Vale aqui um parênteses para elucidação do novo conceito: a pulsão. Utilizado por Freud a partir de 1905 e por Lacan em 1964, tornou-se um grande conceito da psicanálise, sendo definida como a carga energética encontrada na origem da atividade motora do organismo e do funcionamento psíquico inconsciente do homem<sup>(105,170)</sup>.

O termo “pulsão” remete à ideia de impulso, contudo não deve ser confundido e nem assimilado ao termo “instinto”. Este impulso, por sua vez, acontece independentemente de sua orientação e objetivo<sup>(170)</sup>. Tem como premissa seu caráter constante de movimento arritmico, e é caracterizado por uma descontinuidade e ausência de lógica racional<sup>(105,170)</sup>.

Assim, a pulsão caracteriza-se por uma representação psíquica de uma fonte endossomática de estimulações que fluem continuamente, em disparidade com a estimulação produzida por excitações esporádicas e externas<sup>(169-171)</sup>. É, portanto, um dos conceitos da demarcação entre o psíquico e o somático, havendo um caráter limítrofe entre eles<sup>(169-171)</sup>.

Há quatro características da pulsão: a força ou pressão, constitui a essência da pulsão e a situa como o motor da atividade psíquica; o alvo, ou seja, a satisfação, presume a eliminação da excitação que se encontra na origem da pulsão; o objeto é o meio da pulsão atingir seu alvo; e, por fim, a fonte das pulsões é o processo somático, localizado numa parte do corpo ou órgão, cuja excitação é representada no psiquismo pela pulsão<sup>(170)</sup>.

Assim,

“A pulsão nos aparecerá como um conceito-limite entre o psíquico e o somático, como o representante psíquico dos estímulos que provêm do interior do corpo e alcançam a psique, como uma medida de exigência de trabalho imposta ao psíquico em consequência de sua relação com o corpo.”  
(Freud, 1915, p. 4)

Ainda, deve ser entendida como efeito da demanda do Outro, da linguagem, em sua prematura incidência sobre o sujeito ainda nem mesmo constituído enquanto tal<sup>(132,136)</sup>. Desta forma, o movimento pulsional só é compreendido em sua especificidade caso seja referenciado à lógica do significante, com a qual ele fornece uma estrutura formal para o inconsciente<sup>(132,136)</sup>.

Esclarecido isto, o infantil ultrapassa a infância e está relacionado aos modos de relação que a criança estabelece com a linguagem e corresponde à constituição do sujeito do inconsciente<sup>(152,166,168)</sup>. Desta forma, na clínica psicanalítica, o infantil está atrelado à repetição e à transferência, ou seja, independe da idade do sujeito e se manifesta transferencialmente em seu discurso<sup>(152,172)</sup>.

Assim, não é eficaz ou suficiente se restringir ao conceito de criança tradicional: em qual idade deu o primeiro passo, como se mostra em determinadas esferas e medição do quociente intelectual<sup>(66)</sup>. Não que estes aspectos não sejam importantes, mas são insuficientes principalmente nos casos de patologias graves que obstruem o crescimento e desenvolvimento da criança<sup>(66)</sup>.

Neste referencial teórico especificamente, para pontuarmos o que é uma criança, é preciso considerar como ponto inicial não seus primeiros anos de vida, mas sua pré-história em direção às gerações anteriores, ou seja, onde ela ainda não estava, a história da família<sup>(66)</sup>. Isto pois aquilo que precede este pequeno ser é determinante para ele, antes mesmo que exista<sup>(66)</sup>.

É por meio daquilo que tange à ética da psicanálise que se redimensiona a criança como sujeito capaz de assumir seu sofrimento e desejo<sup>(152)</sup>. Todavia, primeiramente, é preciso definir o quê é criança e, para isso, devemos localizar os significantes que possuem estreita relação com ela. Estes, por sua vez, não são produzidos por ela, e sim por aqueles que a rodeiam<sup>(66)</sup>.

Assim, ela não é um sujeito que responde passivamente aos modos de investimentos daqueles que a rodeiam e sim é alguém que endereça a si mesma, de modo ativo, os impasses decorrentes do mito familiar que lhe precede<sup>(152)</sup>. Contudo, a problemática familiar será esmiuçada no tópico seguinte. Por ora, o foco será direcionado à criança e ao significante.

O conceito de significante já foi extensamente discutido. Assim, não haverá neste momento a descrição do seu conceito, e sim como este aplica-se à criança e aos modelos de atenção à saúde.

O significante não possui um poder ilimitado que não deixa alternativas<sup>(66)</sup>. Ou seja, a criança não reagirá conforme soe um significante ou outro, é preciso considerar que não existe só um itinerário possível, visto que o inconsciente apresenta uma multiplicidade de caminhos<sup>(66)</sup>.

Muitas vezes, nos escapa à compreensão os motivos para que a mesma frase, por exemplo, deixe rastros significantes em um sujeito e não em outro<sup>(66)</sup>. Contudo, em psicanálise, é preciso considerar esta margem para o acontecimento, para ser possível pensar o novo<sup>(66)</sup>.

O que determina a seleção de algumas dentre todas e tantas coisas que se dizem à ou fazem a uma criança? Aquilo que se torna significante supõe "mil fios" do desejo que a ele convergem, "desejo de alguém"<sup>(66)</sup>. Ou seja, não é qualquer palavra, gesto ou ato; o que transforma-se em significante conseguirá tal estatuto a partir do investimento desejante<sup>(66)</sup>.

Vale lembrar uma importante característica dos significantes: eles não remetem a um significado diretamente, e sim a outro significante<sup>(66,124)</sup>. Este marco é o que distingue o plano do significante do plano do signo, pois, desta maneira, há formação de uma cadeia significante, e esta, por sua vez, é inconsciente<sup>(66,124,127)</sup>.

Outro conceito importante é o de que um sujeito é o que representa um significante a outro significante<sup>(47,66,131)</sup>. Desta forma, para que seja possível encontrar possibilidade de inserção na vida humana, a única oportunidade que um sujeito tem é prender-se a um significante<sup>(66)</sup>. Ou seja, considerando a ordem simbólica, o ser humano não precisa apenas de nutrientes para se manter vivo, também precisa atribuir a esta vida um pouco de significante<sup>(66)</sup>.

Um exemplo simples acontece quando a criança quer levar algo de sua consulta, algo que ela mesma produziu ou que foi produzido pelo profissional<sup>(66)</sup>. Vale ressaltar que isto pode ter diversas significações e não busca-se encontrar uma só.

Contudo, a relação construída entre paciente e profissional, assim como defendida no modelo de atenção biopsicossocial, e sendo aqui considerada uma relação transferencial, possibilita a hipótese de criação de uma significação em que isto que foi produzido junto ao profissional possa ter valor de representar a criança como sujeito, algo à qual ela se agarra para viver<sup>(66)</sup>.

Dessa forma, considera-se de extrema importância a ocupação de um espaço físico no mundo, sobretudo também é de suma importância ocupar um lugar no desejo do Outro, que será responsável por inscrever os significantes fundamentais

que darão entrada à linguagem da criança, contribuindo para a formação de uma estrutura significativa<sup>(47,66)</sup>. Mas, para que isto seja possível, é preciso que alguém doe este lugar<sup>(66)</sup>.

Este Outro, que exerce a função materna, passa então a significar a existência deste novo ser, desejando por ele e tomando-o como seu objeto de desejo<sup>(66,152)</sup>. É importante ressaltar que, em psicanálise, o desejo circula em toda cadeia ou composição significativa<sup>(66)</sup>.

Cabe a descrição de um caso abordado no livro de Rodolfo: uma mulher entra para consulta com seu filho pequeno que logo recebeu o diagnóstico de autismo. O profissional estranha que a mãe deixe-o sozinho na sala de espera, e ela responde: “não tem problema, ele fica onde eu o ponho”. Tal frase dá à criança um estatuto de infra-humano, o mesmo que considerá-lo um móvel<sup>(66)</sup>.

O que caracteriza um sujeito é que não fica onde lhe é indicado, e isto é muito bem observado em crianças<sup>(66)</sup>. Quando aceitam uma ordem muito rapidamente, gera-se preocupação; e quando isto mostra-se de maneira repetitiva, o mais provável é que evolua para um caso grave<sup>(66)</sup>.

Assim, é possível considerar a frase dita pela mãe, “ele fica onde eu o ponho”, um significante<sup>(66)</sup>. O pior que pode acontecer a uma criança é ficar onde determinados significantes de sua pré-história a puseram<sup>(66)</sup>.

Convém trazer outro exemplo de Rodolfo: os pais esperavam que o filho fosse uma menina, que se chamaria Lúcia, contudo nasceu um menino, o qual deram o nome de Luciano, “Lúcia no”. Ou seja, ele é nomeado com um termo que o nega, que mostra que ele não é desejado. Neste caso, este não é um significante que poderá servir-lhe para viver, pois não o representa como sujeito, e sim representa instâncias maternas e paternas hostis<sup>(66)</sup>.

O significante do sujeito é justamente o que pertence a ele, que o faz prender-se à vida<sup>(66)</sup>. Desta forma, é possível pensar no enunciado “agarro-me a um significante, sou”, em que o sujeito se produz em um significante<sup>(66)</sup>. Para que algo se torne significante do sujeito, é preciso que haja investimento desejanter<sup>(66)</sup>.

Dito isto, é importante frisar que a criança não recebe passivamente significantes já feitos, e sim um material significante que extrai e processa ativamente<sup>(66)</sup>. Como consequência, a tarefa originária de um bebê é do tipo extrativa, pois precisa encontrar e arrancar significantes que o representem, o que acontece, como dito anteriormente, quando faz buracos no discurso do Outro<sup>(66,134)</sup>.

Não basta a ideia de buraco como um fenômeno deficitário, uma carência<sup>(66)</sup>. Para nascer, o bebê precisa furar a mãe, e este ato não é suficiente com um canal de parto anatomicamente dado<sup>(66)</sup>. De um modo ou de outro, aquilo que é imperfurável conduz à morte<sup>(66)</sup>. Sendo assim, é possível dizer que a psicanálise considera a produção de um furo como condição para ser: para ser deve-se esburacar<sup>(66,134)</sup>.

A criança, antes de possuir maturação neurológica suficiente para dispor das mãos, já utiliza os olhos e a boca como órgãos de incorporação, com eles já desempenha a tarefa de “arrancar”, de executar atividades perfurantes<sup>(66)</sup>. Assim, a criança é um arrancador, perfurador nato e, com esta prática, produz pequenas coisas e objetos, resíduos<sup>(66)</sup>.

Distanciando-se do âmbito estritamente físico, também é primordial que o bebê esburaque o corpo do Outro, pois é dele que vai retirar os significantes que necessita para unificar-se, para se constituir enquanto sujeito<sup>(66,134)</sup>. Isto pois os significantes estão reunidos no discurso do mito familiar, e aquele que está se formando enquanto sujeito extrairá dali os elementos indispensáveis para se constituir<sup>(66)</sup>.

Assim, a criança luta para adquirir significantes, ao fazer buraco no discurso do Outro, e aqueles ao seu redor devem auxiliá-la ao fornecer as condições mínimas para tal<sup>(66,134)</sup>. Contudo, não deve haver imposição de significantes, visto que o essencial é que estes sejam encontrados pelo bebê<sup>(66)</sup>.

Desta forma, ele vai formando um corpo e construindo seu eu, porém, do ponto de vista simbólico, este corpo não é seu e está longe de poder assumi-lo<sup>(66,134)</sup>. A criança dispõe da possibilidade de apropriar-se dele ao longo do dever histórico-cultural, com o auxílio de seu instinto e das funções parentais<sup>(66)</sup>. Tal processo acarreta extrair e deixar marcas, utilizando para tal os materiais do mito familiar, sobretudo os materiais do corpo materno<sup>(66)</sup>.

Conclui-se que o primeiro grande trabalho do ser humano, já ao nascer, será encontrar significantes que o representem para elevar-se à ordem simbólica da intersubjetividade<sup>(66)</sup>. Tal ideia se aproxima de um dos objetivos do cuidado por meio do modelo de atenção biopsicossocial, já com a devida adaptação teórica, de formação e capacitação dos sujeitos<sup>(115)</sup>.

Contudo, é possível acontecer, por eventualidade, que um bebê não encontre condições que propiciem a produção de significantes que o representem e, neste caso, o que surge são significantes do superego<sup>(66,173)</sup>.

O superego é a consciência em ação no ego e é incorporado pela criança logo no início de sua constituição<sup>(174)</sup>. Ele é construído segundo o modelo do superego dos pais, ou seja, seus conteúdos são os mesmos e tornam-se canal da tradição e de julgamentos de valores que se passaram de geração em geração<sup>(174-175)</sup>.

Assim, o superego funciona como um representante da autoridade paterna, visto que são os pais que introduzem a criança em seu conjunto de costumes e valores, direcionando o certo e errado, vigiando, julgando e punindo quando necessário, em nome da “boa educação”<sup>(174)</sup>.

Contudo, o superego torna-se mais cruel e implacável que os próprios pais ao cobrar ideais inalcançáveis<sup>(174)</sup>. Além disso, nada passa despercebido ao seu julgamento, todos os atos e intenções estão sendo constantemente vigiados e, mais que isso, ele pode conhecer até mesmo o que é desconhecido pelo sujeito, pois é onisciente<sup>(174)</sup>.

Desta forma, o superego pode tornar-se duro, cruel e inexorável contra o ego que está a seu cargo, pois sempre cobra um algo a mais de gozo, o que se traduz em exigências descabidas e intermináveis<sup>(174,176)</sup>.

Por volta dos dois anos de idade, a criança começa a repetir o que lhe disseram como ordem; por exemplo, ao pegar algo que está proibida de pegar e dizer “não toque”<sup>(66)</sup>. Este é um exemplo de significante do superego que normalmente desenvolve-se sem patologia, visto que, em conjunto com ele, há a possibilidade de que a criança mantenha seu desejo e toque o objeto<sup>(66)</sup>. Assim, há um conflito entre obedecer ou não e, em toda criança, há certo equilíbrio entre estes dois tipos de significantes<sup>(66)</sup>.

Assim sendo, a criança repete a ordem como se fosse o Outro, não em posição de semelhante, e sim enquanto lugar da Lei<sup>(66)</sup>. Isto pois os significantes do superego são oriundos de um imperativo do Outro e ficam aderidos ao sujeito sem qualquer diferença ou intervalo<sup>(173)</sup>.

A criança começa a notar, subjetivamente, que o “não toque” não a representa, pois denota um superego incipiente que não está internalizado<sup>(66)</sup>. Desta

forma, o significante do superego tem sua própria produção, designada como gozo do Outro<sup>(66)</sup>.

Há uma linha muito tênue entre os significantes do sujeito e os significantes do superego, o que impede a criação de uma linha divisória entre eles, visto que qualquer um deles pode ser utilizado de uma forma ou de outra<sup>(66)</sup>. Ou seja, um significante do sujeito, quando tende a um impasse e deixa de encadear-se, transforma-se facilmente em um significante do superego<sup>(66)</sup>.

Outro ponto importante é de que a criança deve ser falizada, sendo esta condição fundamental para seu desenvolvimento como sujeito, para sua apropriação simbólica e para sua estruturação subjetiva<sup>(66)</sup>. Isto pois as possibilidades subjetivas para uma criança que não recebe um lugar na cadeia significante são nulas<sup>(177)</sup>.

Para que a criança seja falizada é preciso que ela assuma o falo como significante e seja marcada como sujeito desejado<sup>(66,131)</sup>. A partir de 1956, Lacan designou o falo como o próprio significante do desejo e da falta, aplicando-lhe uma maiúscula e o evocando como “falo simbólico”<sup>(127,170)</sup>.

Assim, se a palavra “pênis” designa o membro real, a palavra “falo” designa tal órgão no simbólico, no passe que consiste numa dialética “hamletiana” do ser: ser ou não ser o falo, tê-lo ou não o ter<sup>(170)</sup>.

É preciso ter em mente que o inconsciente funciona sob o regime de tudo ou nada e isso significa, no campo dos afetos: me aceita ou me rechaça<sup>(66)</sup>. A falização implica justamente esta marca, que pode ser evidenciada por expressões que demarcam o bebê eroticamente, como “comê-lo de beijos”<sup>(66)</sup>.

Ou seja, a criança precisa não só possuir um lugar no discurso parental, como também ocupá-lo. Neste momento, a criança, ainda alienada sobre sua posição de objeto de desejo materno, depara-se com a função paterna, responsável por deslocar o lugar do falo para o simbólico, o que institui uma falta constitutiva que possibilita o advento de um sujeito desejante<sup>(177)</sup>. Fracassada a falização, a criança não possui o necessário para fazer um corpo, pois não houve transferência de narcisismo do Outro<sup>(66)</sup>.

Falizar um filho significa cessar a libido narcisista, uma verdadeira mudança no destino do narcisismo<sup>(66)</sup>. Só ao aceitar a própria morte pode-se ter um filho e falizá-lo, no sentido de minimamente reconhecer que já não se é mais uma criança imortal e, assim, essa ilusão é transferida ao filho<sup>(66)</sup>.

Justamente por isso, mesmo nos casos em que, neuroticamente, uma mãe insiste no desejo de que o filho realize o que ela não pôde, ainda o afasta de seu corpo, diferenciando-o, pois reconhece que não é mais capaz de conquistar aquilo que deseja e passa isto a frente<sup>(66)</sup>.

Logo, a falização implica que a criança seja incorporada em um circuito de desejo, em que será de extrema importância que seja categorizada como fruto de um encontro libidinal<sup>(66)</sup>. É decisivo para o sujeito que, inconscientemente, haja presente algo que aponte que sua origem foi um encontro erótico, gozo de um casal<sup>(66)</sup>.

É preciso elucidar um erro muito comum: considerar filho desejado e filho falizado sinônimos, como se a falização da criança fosse o único modo de marcá-la pelo desejo<sup>(66)</sup>. É possível que um filho seja desejado em estatuto de sintoma, fantasma ou falo<sup>(66)</sup>. Essa distinção nem sempre é clara, e muitas vezes tais destinos coexistirão, cedendo ou adquirindo dominância no decorrer do percurso constitutivo<sup>(177)</sup>.

A criança desejada como falo é o destino esperado pois, sendo marcada pelo desejo, seu corpo receberá o bordeamento da erotização, visto que sua chegada foi esperada e sonhada<sup>(177)</sup>. É preciso que algo da ordem de um “te quero”, “alguém me quer” ou “sou querido por alguém” esteja presente pois, caso não apareça sob nenhuma forma, a gestão de um lugar é impossível<sup>(66)</sup>.

A essa criança são oferecidos significantes que dizem de uma posição discursiva que possibilita sua constituição enquanto sujeito, apropriando-se da ordem simbólica e respondendo de modo próprio às demandas do Outro<sup>(177)</sup>.

Contudo, a falização da criança se cumpre em todo o grupo familiar, não é uma tarefa específica da função materna<sup>(66)</sup>. Assim, a autêntica falização vem acompanhada do reconhecimento de que com uma criança chega algo novo, é a produção de um sujeito<sup>(66)</sup>.

Também é possível identificar uma outra situação: quando a criança deixa de ser falizada na medida necessária para ela, o que se espera é um deslizamento para o estatuto de sintoma ou de objeto/fantasma<sup>(66,177)</sup>.

Vale o exposto: um rapaz, já adolescente, passou sua infância ouvindo daqueles ao seu redor “que lindo és”, o que, à princípio, poderia ser considerado um significante do sujeito que represente sua falização<sup>(66)</sup>. Porém, o que aconteceu, neste caso, é que o jovem passou a ocupar uma posição passiva e de impotência<sup>(66)</sup>.

Com o avanço das consultas, ele conseguiu conscientizar-se de uma estruturação familiar em que o fracasso dos homens desempenhava papel decisivo e o entrelaçamento entre fracasso e virilidade transformou o “lindo” em “inútil”, uma figura decorativa para olhar e nada mais<sup>(66)</sup>. Assim, não funcionava como índice de falização e sim como sintomatologia<sup>(66)</sup>.

Ao considerar o estatuto de sintoma, deve-se olhar para os casos em que a criança fica presa a determinado traço, em uma construção familiar de onde não é possível inscrever uma diferença<sup>(177)</sup>.

A mãe de um adolescente chega ao profissional se queixando de delinquência e uso de drogas por parte do filho. Após expor a queixa, traz um fragmento da história familiar, na forma de uma frase profética: “os segundos filhos homens da família sempre têm problemas ou vão presos”<sup>(66)</sup>.

Não por acaso, o adolescente em questão é um segundo filho homem. O que se coloca no decorrer do tratamento é uma série de impossibilidades colocadas para este sujeito desde cedo, pois seu destino já estava selado pelo mito familiar<sup>(66,177)</sup>. Assim, a ele foi negada qualquer posição diferencial para responder ao sintoma da família<sup>(66,177)</sup>.

Já a criança como fantasma, ou como objeto, acontece quando a dimensão paterna, enquanto função de alteridade, fica completamente apagada, desautorizada, colocando a criança a mercê de todas as capturas fantasmáticas do desejo do Outro primordial, da função materna, sem a mediação necessária que a função paterna assegura<sup>(177)</sup>.

Há duas possibilidades que podem surgir dentro da posição de objeto: os casos em que a criança compõe como agente do Outro ao qual está ligada em uma relação de simbiose e complementaridade, e casos onde ela recusa a entrada no campo do Outro enquanto alteridade e permanece à margem da linguagem<sup>(177-178)</sup>. Como exemplo do primeiro caso pode-se mencionar a psicose infantil e, do segundo, o autismo.

Assim, considerando todos os aspectos acima abordados, o enfermeiro deve atuar no contexto de saúde mental infantil ultrapassando o olhar biomédico de cuidado à criança, deixando de considerá-la apenas pela via cronológica e desenvolvimentista, e contemplar o cuidado biopsicossocial, que não considera a infância, e sim o infantil, proporcionando o cuidado pela integralidade.

Desta forma, é preciso que este profissional assuma um olhar para a criança como sujeito do inconsciente, considerando sua pulsão e a variabilidade de objetos satisfatórios que a circundam; como ela estabelece relação com a linguagem; e como se manifestam questões como a repetição e transferência<sup>(152,166,168,172)</sup>.

Além disso, o enfermeiro deve investigar aspectos como: qual lugar esta criança ocupava em sua pré-história; quais foram os significantes fornecidos a ela por sua família, e quais ela extraiu ativamente deste tesouro de significantes para se constituir enquanto sujeito; e como esta criança é desejada em seu mito familiar.

## **5.5 O lugar ocupado pela criança no mito familiar**

Uma das recomendações mais presentes nos achados da revisão integrativa diz respeito à atuação do enfermeiro em parceria com a família da criança. Isto pois é preciso considerar que o sujeito vive em um meio social composto por outros indivíduos, em especial sua família<sup>(106)</sup>.

Desta forma, os artigos identificados na primeira etapa deste trabalho apresentam algumas ações que devem ser adotadas pelo enfermeiro neste contexto, como: atuar em parceria com os pais e/ou familiares, envolvê-los no tratamento, desenvolver um relacionamento de confiança com eles e observar as interações entre pais e filhos<sup>(83,87-88,90-91,95)</sup>.

A atuação em parceria com os pais está em consonância com os princípios do modelo de atenção à saúde biopsicossocial, que considera que o cuidado centrado na família, implementado com respeito à dignidade humana, pode impactar positivamente na reabilitação psicossocial, promover autonomia, formar e capacitar sujeitos<sup>(110,115)</sup>.

O ECA institui como direito da criança ser criada e educada em uma família, em ambiente que garanta seu desenvolvimento integral<sup>(36)</sup>. Além disso, considera dever da família a efetivação dos direitos referentes à vida, saúde, alimentação, educação, lazer, profissionalização, cultura, dignidade, respeito, liberdade e convivência familiar e comunitária da criança<sup>(36)</sup>.

A organização de ações e serviços para a criança e sua família deve ser articulada com a rede de atenção à saúde, potencializadora dos recursos disponíveis, garantindo a continuidade do cuidado integral<sup>(179)</sup>.

O Brasil adota algumas políticas direcionadas ao cuidado da criança, que consideram a família um eixo fundamental a ser incluído no cuidado, como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), instituída por meio da Portaria nº 1.130, em 05 de agosto de 2015<sup>(179)</sup>.

A PNAISC considera que a criança necessita de um ambiente favorável ao crescimento e desenvolvimento pleno de suas capacidades e habilidades físicas, mentais e emocionais<sup>(179)</sup>. Para tal, defende a vinculação da criança com seu ambiente familiar e, por isso, a escuta e olhar do profissional deve ser dirigido a ambos, criança e família, e ao vínculo estabelecido entre eles<sup>(179)</sup>.

Em um de seus eixos, aponta que a primeira infância (entre zero e cinco anos) é decisiva para o desenvolvimento saudável do ser humano<sup>(179)</sup>. Neste contexto, as experiências familiares, quanto mais precoces, podem acarretar em influências ao longo da vida, tanto positivas quanto negativas<sup>(179)</sup>.

Defende, inclusive, que a base da saúde mental do ser humano se constrói no período de desenvolvimento psíquico, com início desde antes de seu nascimento e se estendendo até o período em que a criança se reconhece como um sujeito distinto da figura materna, paterna e de outros integrantes do núcleo familiar<sup>(179)</sup>. E, para construção de sua autonomia, é preciso que a família também seja objeto de cuidados<sup>(179)</sup>.

Ainda, considera fundamental fortalecer os vínculos familiares, defendendo que a relação entre mãe e bebê, os cuidados da família com a criança e como ela é recebida e endereçada ao mundo, são fatores fundamentais para seu desenvolvimento saudável<sup>(179)</sup>.

Neste contexto, a intervenção com crianças deve envolver os membros familiares, no sentido de orientá-los quanto à continuidade do cuidado à criança no ambiente domiciliar, bem como para oferecer apoio e suporte necessários a toda a família<sup>(179)</sup>.

Uma das propostas de reorientação do modelo assistencial de saúde, considerando principalmente a atenção primária, e em consonância com os princípios do SUS, é a implementação de equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF)<sup>(180)</sup>.

Isto pois a Política Nacional de Atenção Básica tem como premissa a atenção integral e continuidade do cuidado e a ESF se constitui como âncora prioritária para

sua expansão e consolidação<sup>(179)</sup>. Articuladas, proporcionam as condições necessárias para atenção resolutiva em saúde à criança<sup>(179)</sup>.

A ESF apresenta a família como centro de atenção, o que possibilita o cuidado integral à saúde, considerado no modelo biopsicossocial<sup>(180)</sup>. Defende-se que é na ESF que o cuidado em saúde mental deve encontrar possibilidades de acolhimento, incorporação, estruturação e desenvolvimento, otimizando a construção de novos espaços de produção de saberes e intervenções<sup>(181)</sup>.

A ESF constitui um dos pontos mais importantes da RAPS, visto que oferta cuidado longitudinal e é a porta de entrada nas redes de atenção à saúde do SUS. Assim, considerando a assistência em rede, a ESF e os CAPS são os principais dispositivos de cuidado em saúde mental, inclusive infantil, tendo como prioridade o protagonismo do sujeito<sup>(182)</sup>.

O Ministério da Saúde defende, inclusive, que os CAPS são um espaço comunitário de cuidado à crise e reabilitação psicossocial de episódios agudos, contudo a continuidade deste cuidado e o monitoramento deve ser realizado pelas equipes de ESF<sup>(182-183)</sup>.

Assim, a criança é acompanhada pela ESF, considerando para tal o princípio de longitudinalidade, que propicia a continuidade da assistência e a abordagem familiar<sup>(179)</sup>.

Considerando este contexto de atuação, o enfermeiro possui papel central para realizar o cuidado integral à criança, pois desenvolve vínculo com a família e comunidade, promovendo cuidado sistematizado<sup>(180)</sup>. Nestes espaços, o profissional deve atuar em conjunto com a criança e família, considerando o meio no qual ela está inserida e proporcionando a integralidade da assistência<sup>(180)</sup>.

Desde Nightingale, o cuidado em enfermagem à criança vem sendo individualizado em função das necessidades de cada criança e sua família<sup>(185)</sup>. Isto pois o cuidado à criança precisa considerar diversos fatores que possam interferir no processo saúde-doença<sup>(185)</sup>.

Desta forma, o cuidado de enfermagem pediátrica é centrado na família, pois a considera uma unidade de cuidado, e tem como principal objetivo estimular o vínculo desta com a criança, assegurando a participação dos familiares no planejamento de ações em saúde<sup>(186)</sup>. Ou seja, consiste em um ato comunicativo entre o profissional, a criança e sua família<sup>(185)</sup>.

A enfermagem pediátrica defende ser fundamental a inclusão da família, permitindo sua presença e envolvimento ativo<sup>(185)</sup>. Nesta perspectiva, o enfermeiro valoriza o papel vital da família, planejando e atendendo a todos os seus membros em um trabalho de parcerias mutuamente benéficas, compreendendo a criança e família como seres únicos, reconhecendo sua singularidade e totalidade, e garantindo estabilidade na relação enfermeiro-criança-família<sup>(185-186)</sup>.

Assim, é de extrema importância que o enfermeiro inclua a família da criança em sua prática, visto que o apoio e envolvimento desta aumenta a qualificação do cuidado ao sujeito com transtorno mental<sup>(187)</sup>. Ao envolver a família, o profissional contribui para que os familiares encontrem sentido na vivência do sofrimento, construam novos significados ao processo saúde-doença, ampliem conhecimentos e desenvolvam habilidades no contexto do cuidar<sup>(187)</sup>.

Contudo, no Brasil, devido à construção histórica da saúde mental, em que o sujeito era isolado de seu contexto familiar e social, as famílias foram excluídas e culpabilizadas pelos problemas do familiar adoecido<sup>(187)</sup>. Com o redirecionamento da política de saúde mental, a família passou a ser incluída e contribuir no processo de desinstitucionalização, que vem se configurando na RAPS e na ESF<sup>(187)</sup>.

Assim, é essencial a construção de parceria entre enfermeiro e família, visando um planejamento de cuidados de enfermagem à criança com transtorno mental que seja colaborativo<sup>(187)</sup>.

Considerando a adoção do referencial teórico da psicanálise, a questão familiar também é central na clínica infantil, pois articula-se de maneira muito próxima ao conceito psicanalítico de mito familiar, caracterizado pela estrutura significativa composta de elementos significativos para a família e sociedade em que a criança está inserida<sup>(66,107-108)</sup>.

Desta forma, o mito familiar pode ser considerado aquilo que a criança respira onde está colocada, sendo assim comparável, em função, ao oxigênio<sup>(66)</sup>. É o que ela respira por meio de uma série de práticas cotidianas que incluem atos, crenças, costumes, historicidade, ditos, ideologias, normas educativas, regulações do corpo e hábitos que fazem parte do repertório familiar<sup>(66,152)</sup>.

Logo, o mito familiar compreende um saber real ou fantasmático que cada novo membro da família é confrontado, ou seja, é indispensável para a compreensão da criança, que é marcada por ele<sup>(152)</sup>. Este mito a recebe e molda suas pulsões nascentes, possibilitando acesso à vida, à civilização e aos desejos, e

possui estreita relação com a configuração de possíveis sofrimentos, ou seja, pode ser a origem e a causa de problemas psíquicos<sup>(152)</sup>.

Para compreensão da dinâmica familiar e seus desdobramentos, é importante fazer uma breve conceituação do complexo de Édipo. Este aborda a relação construída nas famílias, sendo, num primeiro momento, entre a mãe e o filho e, posteriormente, entre o pai e o filho, e quais as consequências dessas relações na organização psíquica de cada sujeito<sup>(188)</sup>.

A relação entre mãe, ou quem exerça a função materna, e bebê é a primeira experiência deste com o “meio vivo”, sendo também seu primeiro contato com o Outro<sup>(188)</sup>. Neste momento, o desejo do bebê é ser o que a mãe deseja, ou seja, é a etapa do complexo de Édipo em que a criança se identifica como falo<sup>(188)</sup>.

Contudo, a mãe não está presente a todo momento, e esses momentos de ausência fazem com que a criança note a existência de algo, um objeto que se coloca presente como objeto de desejo da mãe<sup>(188)</sup>.

É neste momento que se presentifica o terceiro componente essencial para que o complexo de Édipo se dê de forma efetiva: o pai, ou função paterna, ou Nome-do-Pai<sup>(188)</sup>. A inscrição do Nome-do-Pai no Outro da linguagem permite ao sujeito se inscrever na partilha dos sexos, como efeito da significação fálica<sup>(188)</sup>.

Este pai intervém em diversos planos, mas, antes de mais nada, interdita a mãe<sup>(188)</sup>. Assim, a relação previamente estabelecida entre bebê e mãe, e o sentimento de posse do filho sobre ela é interditado pelo pai, que frustra o filho da posse da mãe<sup>(188)</sup>. Logo, a função paterna possui aquilo que a mãe deseja, é quem detém o falo<sup>(188)</sup>.

Esclarecido este ponto, os discursos do mito familiar possuem caráter de hereditariedade verbal, captado e codificado fisicamente e psiquicamente nas novas gerações<sup>(152,189)</sup>. Por exemplo, quando alguém diz a uma menina: “é feio menina fazer isso”, coloca em ação o mito familiar, especificamente uma categoria que concerne à diferença sexual<sup>(66)</sup>.

Além disso, tudo o que compõe a unidade doméstica do grupo familiar passa a ser para o sujeito, à medida que ele se torna capaz de abstraí-lo, objeto de uma afeição distinta das que o unem a cada membro desse grupo<sup>(190)</sup>.

Outra característica importante do mito familiar é a de ser construído por um punhado de significantes dispostos de certa maneira<sup>(66)</sup>. Assim, como abordado anteriormente, é de suma importância a tarefa eminentemente ativa que o bebê

deve empreender, para a qual necessita de ajuda pois sozinho não consegue consumá-la, de encontrar significantes que o representem frente ao e dentro do campo desejante do discurso familiar<sup>(66)</sup>.

Desta forma, a criança encena em sua interação a apropriação dos significantes do Outro e o sintoma infantil deve ser compreendido como uma expressão da linguagem que informa sobre uma fantasia parental<sup>(152,189)</sup>. Isto pois a criança retira os significantes do mito familiar, visto que literalmente vive ali<sup>(66)</sup>.

Neste contexto, este mito familiar pode ser considerado um tesouro de significantes que está em funcionamento antes do nascimento do bebê, e sem que ninguém saiba quais de seus elementos vão predominar<sup>(66)</sup>.

O bebê vem investido, designado e desejado por seus pais e por sua família antes de seu nascimento, estando precocemente envolvido no cerco inicial de uma representação do que será sua presença na vida dessas pessoas, e de qual lugar ocupará onde for recebida<sup>(152)</sup>.

Assim, o sujeito, ao nascer, por meio da linguagem apresentada por sua família, adentra em uma ordem social que lhe é anterior, antecedido pelo mito familiar com significantes que o nomearão, recobrando-o pela linguagem<sup>(47,66,107,131)</sup>.

Para buscar tais significantes indispensáveis no mito familiar, é condição necessária e indispensável, considerando a constituição subjetiva, que ali haja Outro, ou seja, algo ou alguém que ofereça significantes, que dê lugar, um corpo familiar, tesouro de significantes<sup>(66)</sup>.

Este Outro, fundamental na composição do mito familiar, ocupa o cargo de intérprete, estabelecendo demandas e nomeando os atos do bebê, inserindo-o na lógica da linguagem, representada pelos significantes a ele oferecidos, os quais são essenciais para a formação de sua estrutura significante<sup>(47,66,107-108,133)</sup>.

Portanto, a dimensão social familiar é indispensável à constituição do sujeito do inconsciente, visto que há um sistema de relações pré-existentes de ordem significante antecedendo-o, pois o Outro que lhe precede já está tomado pela linguagem<sup>(47,66,68,131)</sup>. Desta forma, a criança fará uso dos significantes encontrados no Outro, os quais estão articulados em uma cadeia, para nomear suas experiências e sensações<sup>(24)</sup>.

Assim, a prematuridade do ser humano o coloca em total dependência de quem o recebe no mundo<sup>(152,189)</sup>. Tanto o outro, como mãe, pai ou outra figura que

assuma tais funções, como o Outro enquanto linguagem, nomeação e discurso, condicionam subjetivação à criança<sup>(152,189)</sup>.

É possível realizar uma analogia do mito familiar como um televisor ligado, onde circulam diversas produções culturais em desordem, contendo fragmentos que são narrados como histórias coerentes, apresentadas à criança com as elaborações secundárias, que são índice do regime pré-consciente<sup>(66)</sup>.

Tais produções não são expostas de maneira ordenada, e convém utilizar o modelo de colagem como exemplo para explicá-lo: com pedaços sistematizados e não sistematizados, pois há fragmentos esquecidos do mito familiar que podem aparecer como grandes incoerências, contradições, formações de crateras com grandes esquecimentos em seu interior<sup>(66)</sup>. Durante o tratamento, a criança pode recuperar algumas dessas produções<sup>(66)</sup>.

Desta forma, não é possível pensar o mito familiar como algo congruente e unitário, sistematizado e harmônico, o que caracteriza uma visão muito simplista de seu conceito<sup>(66)</sup>. Ele se aproxima mais de uma rede de pequenos mitos, e o profissional deve fazer o percurso de suas incongruências, contradições, lacunas e dissociações<sup>(66)</sup>.

Logo, o mito familiar não teria como impor à criança uma direção unívoca, da qual ele mesmo carece<sup>(66)</sup>. Em conjunto com a espontaneidade, há o surgimento do imprevisível, o qual é essencial, visto que é certo dizer que a criança extrairá materiais do mito familiar, mas é um equívoco pretender saber quais aspectos deste mito ela tomará como seus e quais repelirá<sup>(66)</sup>.

A importância do mito familiar também esbarra em dois níveis: o de processo e o de função<sup>(66)</sup>. Ao considerar uma criança, coloca-se em questão a construção do sujeito e, assim, pode-se considerar ambos os níveis ao mesmo tempo: os processos, como por exemplo sua trama de fantasias e seu imaginário; e as funções nas quais se fundamenta para advir como sujeito, como a materna e paterna<sup>(66)</sup>.

Contudo, o mito familiar não é visualizado facilmente, não aparecerá ao profissional como uma unidade acabada, pronta para ser examinada<sup>(66)</sup>. Na prática, ele deve ser deduzido ao longo do tratamento, por meio de frases e fragmentos mais ou menos esclarecedores, sendo extraído aos pedaços<sup>(66)</sup>.

As entrevistas preliminares normalmente permitem situar alguns de seus aspectos e sintonizar algo de sua tendência dominante<sup>(66)</sup>. Apesar de não serem, isoladamente, suficientes para captar o mito familiar, elas podem ser um importante

espaço para adquirir uma noção aproximada dos principais traços de onde e como a criança está posicionada, bem como apontar a necessidade ou não de tratamento<sup>(66)</sup>. Falaremos mais sobre as entrevistas preliminares no tópico seguinte.

Vale ressaltar que o mito familiar, considerado como o lugar onde a criança busca significantes, é, em primeiro lugar, o corpo materno, por ser o alojamento matricial, em todos os sentidos possíveis<sup>(66)</sup>. Não há outro lugar onde encontrar os significantes de abertura, pois o corpo se constitui a partir do Outro da linguagem<sup>(66,191)</sup>.

Com seu nascimento, o bebê será tomado por este outro materno que cumprirá uma função que possibilita a entrada deste novo sujeito na cultura, assim como a emergência de um sujeito de desejo, em que a mãe, ou quem exercer a função materna, passa a significar a existência deste que vem ao mundo, em um movimento dialético em que deseja por ele e toma-o como objeto do próprio desejo<sup>(152)</sup>.

O bebê, neste contexto, apreende os objetos primordiais como estando contidos no corpo da mãe, sendo que este se apresenta à criança como o continente universal de todos os objetos, bons e maus, em um estado de desordem primitiva<sup>(130)</sup>.

Desta relação entre criança e corpo materno, preenchido com objetos diversos, despedaçados e fragmentados, a experiência da criança lhe ensinará a captar a pluralidade na unidade do objeto privilegiado, o objeto materno, e isto lhe abrirá caminho para sua própria unidade<sup>(130)</sup>.

O corpo do bebê, atravessado por esta nova realidade, é investido libidinalmente por seu cuidador, deixando bordas, marcas e histórias impressas<sup>(192)</sup>. Neste processo de construção de bordas e fronteiras corporais, o bebê fica fixado ao signo do Outro, que o remete a um lugar de objeto, posteriormente ligado a uma construção fantasmática<sup>(191)</sup>.

Assim, é função do Outro fascinar e fisgar o bebê no mundo da linguagem e inscrevê-lo neste novo corpo orgânico, garantindo a estruturação de seu aparelho psíquico<sup>(192)</sup>.

Como consequência, não há nada no corpo de um sujeito que não seja habitado pela linguagem, de modo que ainda no útero o bebê já está inserido nela, pois participa do corpo materno, composto por significantes próprios<sup>(191)</sup>.

Desta forma, a criança, no real de seu corpo, está envolvida no simbólico da linguagem que a ela preexiste, é uma criança que surge como acontecimento real em um campo que pertence ao Outro<sup>(192-193)</sup>.

Este corpo do Outro é o depósito de significantes por excelência, e é nas trocas entre mãe e filho que há inscrição destes significantes no corpo do bebê<sup>(66,191)</sup>. Como já dito, é possível identificar esse fenômeno durante sua atividade extrativa, a qual ele se dedica abundantemente, tão logo nasce<sup>(66)</sup>.

Nos primeiros cuidados, em que a pele, as sensações advindas do toque, os orifícios corporais, o cheiro, a voz, o olhar, enfim, todo movimento erótico edificado entre mãe e bebê é acolhido pela estrutura significativa deste Outro, e algo disto é transmitido ao filho, possibilita a ele a construção de um corpo para si<sup>(191,194)</sup>.

Assim, é possível ver o bebê colocar os dedos em qualquer orifício do Outro: orelha, boca, nariz, olhos<sup>(66)</sup>. Da mesma forma, puxa o cabelo ou qualquer objeto pendurado a seu alcance, como colares e brincos<sup>(66)</sup>. Nessas ações, a criança busca os significantes primeiro ali onde estão, no corpo ao qual ela vive, mesmo que já não fisicamente<sup>(66)</sup>.

Este primeiro momento da relação mãe e filho pode ser considerado como tempo do prazer pulsional, quando a criança tenta equivaler ao falo para o Outro, atravessada por pulsões parciais manifestadas pelas zonas erógenas<sup>(150,195)</sup>. É por meio das bordas, como boca, ânus e olhos, que acontecem as trocas entre mãe e filho<sup>(152,195)</sup>.

Desta forma, a criança oferece seu corpo a uma mãe que o cuida, limpa e nomeia, fazendo emergir uma relação em que o bebê equivale ao falo para ela<sup>(152,195)</sup>. Desta relação provém o nascimento de um sujeito desejante, sujeito do inconsciente<sup>(152,195)</sup>.

Logo, o corpo da mãe é o mito familiar<sup>(66)</sup>. Isto pois este corpo, em princípio, refere-se a uma dualidade com o filho, no registro imaginário, pois está habitado, composto e atravessado por todos os mitos familiares<sup>(66)</sup>. Assim, o mito familiar não é um discurso exterior, e sim encontra-se no corpo materno, identidade que convoca o conceito de espaço de inclusões recíprocas<sup>(66)</sup>.

A relação da criança com a mãe é primordial, pois é com o corpo dela que se estabelecem as primeiras relações da criança<sup>(130)</sup>. Estas relações, que seriam imaginárias, encontram nesse corpo seu lugar ideal<sup>(130)</sup>. A experiência da relação

com a mãe está inteiramente centrada na apreensão de sua unidade ou de sua totalidade<sup>(130)</sup>.

Além disso, a relação primordial da criança com o corpo da mãe é o quadro onde se inscrevem as relações da criança com seu próprio corpo<sup>(130)</sup>. O bebê se apresenta em um estado primitivo ainda não constituído, onde se apresenta o apelo de sua necessidade, e o corpo materno representa o continente universal, que se encontra no nível do Outro<sup>(130)</sup>.

É a maneira como se estabelecem as relações entre o bebê e a mãe que, de um modo primitivo, rege a relação entre o sujeito como eu e o outro diferente da mãe<sup>(130)</sup>. Assim, se a criança se situa de maneira favorável em relação à mãe, interagindo de forma satisfatória no universo de insígnias representado pelos comportamentos desta, poderá instalar suas tendências, pulsões e desejos<sup>(130)</sup>.

Logo, em primeira instância, tudo que a criança recebe do mito familiar advém do corpo da mãe, não somente sob a forma de narrativas, mas por meio de intervenções concretas, carícias, entonações que, por repetição, tornam-se significantes, no tato, audição, na proximidade, calor ou distância do contato<sup>(66)</sup>. É assim como e onde se enlaça o mito familiar<sup>(66)</sup>.

Como resultado, o corpo do bebê é um receptáculo do discurso familiar, seu lugar de inscrição<sup>(192,196)</sup>. O encontro entre o corpo materno e o corpo do bebê, por meio do toque, da voz e do olhar, permite um lugar para esse novo ser, para que seu organismo se torne sujeito de linguagem<sup>(192)</sup>.

É possível concluir que o bebê retira do corpo do Outro os materiais que necessita para unificar-se. Ou seja, extrai os significantes do mito familiar, pois nele está tudo reunido, e só dele pode, o sujeito em formação, arrancar os elementos indispensáveis para se constituir<sup>(66)</sup>.

Dito isto, o sujeito, ao nascer, encontra significantes que o elevam a ordem simbólica da intersubjetividade, processo este de extrair e deixar marcas, utilizando-se dos materiais do mito familiar, que são também os materiais do corpo materno.

Do encontro com o corpo da mãe, como corpo concreto, com o mito familiar que o infiltra, tinge suas atitudes, posições, ditos e fantasias, surgirá um corpo imaginado, ou seja, o corpo que se prepara para viver<sup>(66)</sup>. Este corpo imaginado representa um lugar preparado, em um mundo simbólico, para que a criança viva<sup>(66)</sup>.

Assim, por meio do assujeitamento ao Outro, a criança se torna sujeito da linguagem, o que permite que suas necessidades sejam expressas por palavras<sup>(152)</sup>. A mãe, por meio de palavras, insere diversos significantes que permitirão ao bebê dar origem ao seu desejo no registro simbólico<sup>(152)</sup>.

Como consequência, na medida em que a mãe estabelece este vínculo com seu bebê, o situa como sujeito que, por meio de uma relação especular, torna possível a ele uma construção imaginária de si, dando contorno e unificando o que estava despedaçado enquanto não-imagem deste corpo<sup>(152)</sup>. Como resultado, é estabelecida uma relação de corporeidade, possibilitando a saída de um corpo do real para um corpo imaginário e simbolizado<sup>(152)</sup>.

Logo, o corpo imaginado é um produto derivado do mito familiar<sup>(66)</sup>. A psicanálise defende que o significante doado à criança é um significante de posição, ou seja, aquele que nasce fica significado por uma certa posição<sup>(66)</sup>.

Estas posições já foram apresentadas e discutidas no tópico anterior: a criança pode ocupar a posição de falo, sintoma e fantasma, as quais podem coexistir em diferentes intensidades e predominâncias<sup>(66)</sup>. Todas possuem estreita relação com a questão familiar, em especial a posição de fantasma, pois conduz o sujeito a perpetuar-se em puro objeto de gozo para o Outro em seu mito familiar<sup>(66)</sup>.

Assim, a função da família, neste contexto, é oferecer significantes ao recém-nascido. Destes, o bebê tomará como seu um ou outro, imprevisivelmente<sup>(66)</sup>. A variação e abundância de materiais que se oferecem a uma criança, desde até antes do seu nascimento, possuem estreita relação com a posição que ela ocupará naquela família<sup>(66)</sup>.

Além disso, é importante que a criança, a partir de certa idade, perceba e procure contradições no mito familiar que a rodeia, é preciso que produza rupturas explosivas que põem à prova versões consolidadas, ou seja, é preciso que interroge<sup>(66)</sup>.

Desta forma, a prática extrativa possui uma função muito importante de permitir que a criança esburaque o campo desejante do Outro, para que dessa forma não seja objeto passivo de sua pré-história<sup>(66)</sup>.

Isto pois o sujeito que não luta para ser reconhecido fora do grupo familiar nunca atinge a personalidade antes da morte<sup>(190)</sup>. Contudo, vale ressaltar que não se trata de considerar o mito familiar meramente um problema que fosse possível viver sem<sup>(66)</sup>.

A verdadeira alternativa se apoia em fazê-lo próprio dele e com ele, imprimir-lhe uma diferença singular e irreduzível, ao invés de executar rotineiramente, durante boa parte da vida ou toda ela, uma peça que lhe deram para tocar, na qual não exerce alterações<sup>(66)</sup>.

Vale ressaltar que quanto mais diversificadas e ricas são as realidades inconscientemente integradas na experiência familiar, mais formador será, para a razão, o trabalho da redução delas<sup>(190)</sup>.

A cura, tradicionalmente, é entendida como o restabelecimento de saúde, seja por meio de medicamentos, procedimentos ou terapias<sup>(197)</sup>. Contudo, a psicoterapia é impraticável quando há intenção de cura nos moldes médicos<sup>(198-199)</sup>.

Freud defende que há um mal-estar inerente à constituição psíquica dos seres humanos, visto que há leis exteriores que são internalizadas pelas pessoas, o que impõe limites às suas satisfações pulsionais<sup>(197,200)</sup>. Esta ideia articula-se de maneira muito próxima ao que foi abordado sobre os significantes do superego, visto que as relações do eu com o meio externo e consigo mesmo são permeadas por conflitos<sup>(197,200)</sup>.

Considerando a impossibilidade de escapar por completo desses conflitos, também encontram-se algumas impossibilidades de cura em psicanálise, sendo questionável a viabilidade de alcançar uma normalidade psíquica absoluta<sup>(197,201)</sup>.

O tratamento na linha psicanalítica opera como espaço para falar sobre o sintoma, porém nunca tudo será dito<sup>(189)</sup>. Como resultado, o sintoma não é passível de ser eliminado, e o sucesso do tratamento acontece quando o sujeito consegue lidar com ele<sup>(197,202)</sup>.

Logo, o processo de cura está associado à transformação do sujeito, por meio da formação de uma experiência radicalmente nova de si mesmo, considerando todos os significantes do mito familiar carregados por ele<sup>(198)</sup>.

A questão a ser realmente considerada é como a família vai assumir a diferença com a qual um filho interpela continuamente<sup>(66)</sup>. Neste contexto, quanto mais grave a patologia do meio familiar, maior a violência com que se responde a esse potencial de variação<sup>(66)</sup>.

Existe uma dialética entre o bebê imaginário, fruto das projeções e idealizações da família, e o bebê real com suas capacidades próprias. É de extrema importância que haja o reconhecimento deste filho de carne e osso em sua diferença

com o bebê imaginário, para que este se aproprie das marcas e inscrições de sua história, sem que haja uma mera repetição do passado<sup>(203-204)</sup>.

Assim, considerar a pré-história tem sua importância, mas é preciso haver cuidado. Isto pois dar protagonismo à pré-história constitui um reducionismo, pois faz com que o profissional escute e atenda apenas o que vem dos pais, dos avós, e de outras pessoas que permeiam o mito familiar<sup>(66)</sup>.

É preciso que o profissional também observe os caminhos de autonomia e busca de diferenciação que a criança constrói rumo à independência do meio<sup>(179)</sup>. Ela também deve ser ouvida, à medida que suas aquisições linguísticas e manifestações psicomotoras se desenvolvam, para que não só o adulto que a acompanha seja atendido<sup>(179)</sup>.

O contrário também deve ser considerado: o reducionismo inverso conduz centrar-se exclusivamente na fantasmática produzida pela criança, encerrando o tratamento em seus processos imaginários<sup>(66)</sup>. Como consequência, exclui-se a consideração dos discursos que circulam na família sobre ela, a quem vem substituir, quais lugares herda, etc<sup>(66)</sup>.

A construção da psicanálise com crianças possui como uma das vertentes a restrição do contato com os pais, visando evitar qualquer influência do profissional pela visão parental sobre a criança<sup>(146-147)</sup>.

Outras correntes defendem a compreensão do sintoma como uma formação do adoecimento familiar<sup>(146-147)</sup>. Estas tem como forte influência as contribuições de Lacan, que defende que o sintoma da criança é a condição de responder ao que existe de sintomático na estrutura familiar<sup>(152,205-206)</sup>.

Assim, começa-se a considerar as condições que foram dadas a esta criança de ocupar um lugar na linguagem e qual forma ela encontra para responder às demandas do Outro<sup>(152,206)</sup>.

Esta nova prática clínica com crianças em saúde mental se desenvolveu principalmente na França e teve como principais nomes Françoise Dolto e Maud Mannoni, que consideravam o sintoma como resposta à problemática familiar<sup>(152)</sup>.

A primeira implementou intervenções aos pais e à criança, defendendo que ao escutar a história de cada um dos pais e a história do casal, poderia entender as projeções que a criança fazia em seu cotidiano<sup>(152)</sup>. Já Mannoni considerou essencial escutar os pais, pois acreditava que estes estavam implicados no sintoma do filho,

em um discurso que englobava tanto os pais e a criança, quanto o próprio profissional<sup>(152)</sup>.

Assim, no cuidado de crianças, um dos aspectos que gera mais resistência no profissional é referente aos pais. O mais comum é evitar ao máximo o contato com eles, incluindo-os o mínimo possível no tratamento, o que pode acarretar sérios inconvenientes, pois o que não se introduz de direito retorna, cedo ou tarde, como acting out<sup>(66)</sup>.

O acting out não é meramente um ato, e sim uma demanda de simbolização que se dirige ao Outro, constituindo um disparate destinado a evitar a angústia<sup>(170)</sup>. Assim, está intimamente articulado à transferência, ou seja, há uma mensagem que se diz ao Outro, porém não há resposta que possa devolver ao sujeito o sentido inconsciente dessa mensagem<sup>(207-208)</sup>.

Durante o tratamento, quando o profissional ocupa este lugar de Outro, o acting out acaba se direcionando a ele, indicando que formou-se um impasse que só será modificado quando identificado pelo profissional, que muda de posição transferencial<sup>(170,207-208)</sup>.

Ou seja, não considerar o discurso dos pais pode fazer com que suas transferências fracassem o tratamento<sup>(66)</sup>. Como exemplo, pode-se pensar na situação em que os pais solicitam uma entrevista e o profissional, apegado a protocolos, acredita que por ser uma solicitação deve negá-la, pois assim lhe ensinaram<sup>(66)</sup>.

Dessa forma, não reflete que certas demandas dos pais podem estar relacionadas com o desejo de vigiar, interferir, irromper em algo de seu filho que é privado<sup>(66)</sup>. Como consequência, pode-se criar uma resistência, que resulta na interrupção do material associativo que estava sendo elaborado no tratamento<sup>(66)</sup>.

Logo, não há regra fixa para a inclusão dos pais no tratamento, é preciso escutar e operar conforme a especificidade de cada situação<sup>(66)</sup>. O profissional logo aprende a reconhecer a diferença entre as transferências em pais com suficiente desejo de investir em serem separáveis do filho, o que determina que tolerem a situação analítica, e aqueles que não possuem esta capacidade<sup>(66)</sup>.

Nestes últimos casos, a história e pré-história abundam em destrutividade, em desejos referentes à morte, fracasso e loucura<sup>(66)</sup>. E, neles, não pode-se deixar os pais de lado, é tão importante trabalhar com a criança quanto com eles, e apostar na produção de algum efeito analítico no discurso familiar<sup>(66)</sup>.

É preciso que o profissional considere que, em algumas situações, seja conveniente realizar entrevistas pontuais com os pais, entrevistas com os pais paralelamente às sessões com a criança ou, até mesmo, incluí-los na sessão<sup>(66)</sup>.

Assim, considera-se que a criança, imersa no registro simbólico da linguagem, faz sintoma, e este expõe a verdade parental, visto que ela está situada em uma família e constitui uma problemática para cada um de seus pais, antes de nascer, pois para ela já é traçado um destino em que a base da trama edípica já está instaurada<sup>(152)</sup>.

Portanto, existe uma relação entre o lugar que a criança é colocada por seus pais e o sintoma que ela apresenta como resposta ao que existe de sintomático na dinâmica familiar<sup>(152)</sup>. Dito isto, é na relação com o casal parental que a criança constrói seu sintoma, incorporando sua subjetividade e livrando-se do cerco mortificante reproduzido pelos pais<sup>(152,209)</sup>.

O sintoma da criança, neste contexto, possui relação com sua forma de lidar com o tempo lógico da constituição subjetiva que está atravessando, em que os pais ocupam o lugar de referência do Outro, sendo este o principal motivo da criança sofrer os efeitos de seu discurso<sup>(152)</sup>.

Como consequência, o sintoma do filho é o que lhe resta de saída frente a imposição imperativa dos desejos de seus pais, que abafam seu circuito de sujeito desejante. O sintoma incorporado no corpo da criança é um representante simbólico da dinâmica psíquica dos pais, que não consegue escoamento por outra via<sup>(152,189)</sup>. Intervir sobre a criança, nesta perspectiva, implica o reconhecimento das marcas do Outro em seu corpo<sup>(152,189)</sup>.

Assim, foi-se atribuída maior valorização ao trabalho em conjunto com os pais, ação essencial para construir uma relação de confiança e mantê-los comprometidos ao trabalho terapêutico<sup>(146)</sup>.

Há um saber inconsciente que circula entre pais e filhos, colocado em movimento pelo desejo e, por isso, deve ser acolhido na escuta clínica<sup>(152)</sup>. É por meio da verdade do discurso parental que surge uma demanda, que inicialmente não se coloca do lado da criança, e sim dos pais<sup>(152)</sup>.

Esta demanda, elaborada inicialmente pelos pais, sempre é imaginária, e o profissional não saberá a que ela se refere, pois está articulada ao significante<sup>(152)</sup>. O sintoma, inicialmente apresentado pelos pais, nunca corresponde ao que a criança imprime sob o efeito transferencial<sup>(152)</sup>.

Também é preciso investigar se há sofrimento por parte da criança, enquanto condição para o tratamento, sendo essencial que seu sintoma se desarticule daquele encontrado nos pais<sup>(152,166)</sup>. Isto pois ela responde a um desejo anterior à sua existência e, por isso, é preciso saber se ela reage de forma traumática à tentativa de responder a este lugar que os pais lhe reproduzem<sup>(152,166)</sup>.

O desafio do profissional, neste contexto, é considerar o mito familiar e, ao mesmo tempo, não tomar os discursos dos pais como verdade absoluta, transformando a demanda deles numa demanda da criança<sup>(152,166)</sup>. Assim, saber diferenciar o mal-estar dos pais daquilo que se apresenta como impasse à estruturação psíquica da criança é fundamental<sup>(152)</sup>.

Dito isto, é essencial ouvir a criança independente da queixa dos pais, além de ser fundamental situar, desde o início do tratamento, sua real demanda. É necessário colocar o pedido de cura dos pais em suspenso quando se ouve a criança<sup>(152)</sup>.

Para além do mito familiar, é preciso mencionar os complexos familiares, sendo um deles o complexo do desmame. Este tem por função fixar no psiquismo a relação da amamentação e funda os sentimentos mais arcaicos e mais estáveis que unem o bebê à família<sup>(190)</sup>.

Há também o complexo da intrusão, que representa a experiência do sujeito primitivo, no geral quando vê um ou vários de seus semelhantes participarem com ele na relação doméstica, ou seja, quando se reconhece entre irmãos<sup>(190)</sup>. O papel traumatizante do irmão constitui-se por sua intrusão, que parte do recém-chegado e infesta o ocupante<sup>(190)</sup>. Como exemplo, quem normalmente ocupa o papel de paciente em serviços de saúde mental infantil é o primogênito<sup>(190)</sup>.

Considerando as estruturas adotadas em psicanálise, as quais nos debruçaremos no tópico seguinte, é possível tratar um neurótico sem jamais conhecer sua família, pois a neurose possui uma autonomia consideravelmente maior<sup>(66)</sup>.

Já no campo das psicoses, do autismo e de outros transtornos narcisistas, é insuficiente se restringir ao nível do que a criança produz, pois esta é muito mais frágil e aderida maciçamente ao lugar onde vive<sup>(66)</sup>. Assim, independente da posição do profissional, a prática sempre o levará a uma intervenção sobre a família, o discurso familiar, os pais, pois os próprios fatos clínicos o forçam a isso<sup>(66)</sup>.

Desta forma, é de suma importância considerar o mito familiar no tratamento de crianças com transtornos mentais, para que não ocorra de inventar-se uma patologia a ser tratada nesta criança sem perguntar-se o que acontece onde ela vive<sup>(66)</sup>. Isto pois, na multiplicidade de caminhos do inconsciente jamais existe um só itinerário possível e, como consequência, há também uma multiplicidade de respostas<sup>(66)</sup>.

Voltando à questão sobre o que é uma criança, esmiuçada no tópico passado, é preciso considerar sua pré-história em direção às gerações anteriores. Ou seja, a história da família, seu folclore. Esta pré-história engloba tudo o que precede a criança, os modos e declives do ocorrido, determinados a ela, antes que propriamente exista<sup>(66)</sup>. Ou seja, para entender uma criança, é preciso retroceder onde ela ainda não estava<sup>(66)</sup>.

Já não se pensa mais que analisar uma criança seja meramente se reunir com ela, conhecer suas fantasias e captar seu inconsciente<sup>(66)</sup>. Tais aspectos são muito importantes, visto que o crucial, no tratamento de crianças, é a dinâmica do inconsciente, em sua atemporalidade, e o desejo que o anima, que sempre é referido ao desejo do Outro<sup>(152)</sup>. Contudo, tais aspectos ficam incompletos se não acrescidos de onde ela está implantada, onde vive, em que mito vive e respira<sup>(66)</sup>.

Logo, o enfermeiro tanto da atenção básica, considerada a porta de entrada para os casos de transtornos mentais infantis, quanto da atenção especializada da RAPS, deve atuar em parceria com a família, considerando as diretrizes do modelo de atenção biopsicossocial, os princípios do SUS sobre cuidado integral à saúde e as políticas direcionadas à saúde da criança<sup>(110,115,180)</sup>.

O enfermeiro, neste contexto, deve atuar de forma a considerar a pré-história e o mito familiar em que esta criança está inserida, envolvendo os pais no tratamento, o que possibilita a construção de uma relação de confiança com eles<sup>(66,146)</sup>.

Como consequência, eles se tornam comprometidos ao tratamento e o profissional consegue produzir algum efeito no discurso familiar<sup>(66)</sup>. A exclusão dos pais pode, inclusive, acarretar no fim do tratamento, pelos processos já discutidos nesse tópico<sup>(66)</sup>.

Ao mesmo tempo, o enfermeiro deve também considerar o que é trazido pela criança, conseguindo diferenciar a demanda e mal-estar dos pais do impasse à estruturação psíquica apresentado por ela em seu discurso<sup>(152,166)</sup>.

Por meio dessas estratégias, reconhece-se a criança como prioridade, pois constitui um dos grupos mais vulneráveis da humanidade. Sua dependência dos adultos, em especial de sua família, exige que a perspectiva de atenção em saúde integral garanta vínculos muito bem estabelecidos entre a criança, o cuidador/família e o profissional responsável<sup>(179)</sup>.

Atuando desta maneira, o profissional possibilita a transformação do sujeito, alcançada pela construção de uma experiência nova de si mesmo, considerando o mito familiar em que está inserido<sup>(198)</sup>. Um dos espaços que possibilitam ao enfermeiro a captação deste mito familiar são as entrevistas preliminares, a qual será abordada a seguir.

## **5.6 O diagnóstico nas entrevistas preliminares**

Este capítulo instrumentaliza o enfermeiro a desenvolver as etapas de Histórico de Enfermagem e DE, presentes no PE, na relação entre enfermeiro e criança/família, durante as entrevistas preliminares, considerando para tal a perspectiva relacional, com foco no sujeito e não na doença<sup>(21,66,210)</sup>. Com isso, o enfermeiro pode avançar para as demais etapas do PE, a serem discutidas no capítulo seguinte.

Os artigos encontrados na revisão integrativa possuem ênfase no diagnóstico de transtornos mentais, desde a organização da estrutura dos textos, com tópicos extensos sobre a temática, até o direcionamento do trabalho de enfermagem para esta função.

Ou seja, o trabalho do enfermeiro no cuidado de crianças com transtornos mentais tem como uma das principais atribuições a coleta de dados e construção do histórico, por meio principalmente da identificação de sintomas, observação e avaliação da criança, para posterior participação no diagnóstico<sup>(81-94,97,99-101)</sup>.

A utilização desses dados, coletados na primeira etapa do PE, ou seja, na construção do Histórico de Enfermagem, meramente para direcionamento diagnóstico, configura uma fragmentação do cuidado e a predominância do modelo biomédico<sup>(109-110)</sup>.

O propósito da enfermagem psiquiátrica não é o diagnóstico clínico e/ou psiquiátrico, e sim o compromisso em proporcionar melhor qualidade de vida para os pacientes em sofrimento psíquico<sup>(211-212)</sup>. Assim, possibilita o resgate da subjetividade

do sujeito, tendo como princípio a ética que implica na relação entre enfermeiro e paciente<sup>(211)</sup>.

Logo, a avaliação de enfermagem em saúde mental não deve se restringir à sintomatologia psicopatológica e ao diagnóstico psiquiátrico, visto que o foco do cuidado deve ser o reconhecimento do significado singular da experiência do sofrimento psíquico do sujeito<sup>(212)</sup>.

Além disso, os diagnósticos apontados nos artigos são principalmente diagnósticos médicos, o que acarreta no afastamento do cuidado de enfermagem, realizado no PE, que consiste na identificação de DE<sup>(118)</sup>.

Os DE compõem uma das etapas do PE e, conseqüentemente da SAE, e se referem a um título concedido pelo enfermeiro a uma decisão sobre um fenômeno que é foco das intervenções de enfermagem<sup>(210,212)</sup>. Ou seja, são construídos a partir de um julgamento clínico do enfermeiro sobre as respostas do sujeito, da família ou da comunidade, para posterior identificação dos problemas que são de competência da enfermagem<sup>(210,212)</sup>.

Desta forma, a identificação dos DE permite a assistência integral à saúde, centrada no sujeito e não na doença, e proporciona o planejamento e implementação de intervenções de enfermagem direcionadas às necessidades do paciente<sup>(210)</sup>.

Contudo, na literatura científica há uma escassez sobre o uso do PE em saúde mental, sendo que a maioria dos estudos trata apenas de algumas etapas desse processo, principalmente em relação à construção do Histórico de Enfermagem<sup>(213)</sup>.

Estudos que abordam a construção de DE em saúde mental têm como principal finalidade a criação de padrões de cuidado que tendem a observar o modelo biológico, influenciados pela concepção da prática baseada em evidências<sup>(213)</sup>.

Além disso, a literatura científica aponta que a assistência de enfermagem deve ser norteadada por um sistema de classificação que possibilite o cuidado em linguagem única e universal, proporcionando a unificação e padronização do cuidado<sup>(212)</sup>.

Assim, na prática baseada em evidências, o resultado é dirigido pelo diagnóstico, objetivando estabelecer estatísticas e padronizações<sup>(21)</sup>. Neste modelo, oposto à construção do cuidado pela relação terapêutica, o estabelecimento de DE

acontece sob uma perspectiva biológica, em que a reprodução e padronização são possíveis<sup>(21)</sup>.

Este modo de trabalho opõe-se à construção do PE pela perspectiva relacional, a qual seria mais adequada no âmbito da saúde mental, o que pode explicar a resistência da adoção da SAE na enfermagem psiquiátrica<sup>(21,213)</sup>.

Dito isto, o cuidado de enfermagem psiquiátrica é singular e com margem estreita para generalizações, visto que é realizado por meio da relação terapêutica entre enfermeiro e paciente<sup>(21)</sup>. Por esse motivo, este trabalho não será desenvolvido por meio do uso de taxonomias, considerando que estas podem tornar o processo mecânico, o que impossibilita o raciocínio clínico do enfermeiro<sup>(214)</sup>.

A construção do Histórico de Enfermagem, como primeira etapa do PE, acontece no momento que o enfermeiro reconhece a história que a criança constrói com ele quando estão na relação terapêutica<sup>(21)</sup>. Assim, possibilita o conhecimento ampliado do estado de saúde da criança e, como consequência, o desenvolvimento das demais etapas do PE<sup>(21,118)</sup>.

Este primeiro momento de coleta de dados e estruturação do Histórico de Enfermagem, essencial para elaboração dos DE, pode ser construído nas entrevistas preliminares, quando são realizadas perguntas clínicas, considerando inclusive as mais básicas, que servem para situar o paciente<sup>(66)</sup>.

O termo “entrevistas preliminares” foi cunhado por Lacan, que as definiu como o tempo prévio antes do tratamento<sup>(104,152)</sup>. Assim, constituem-se como condição absoluta para a entrada no tratamento, pois é a partir delas que o profissional decidirá sustentar ou não a demanda tanto dos pais, quanto da criança<sup>(152,215)</sup>.

Para que o tratamento no referencial psicanalítico aconteça e atinja certo objetivo, é necessário um período que o antecede, em que haverá não só o estabelecimento de uma hipótese diagnóstica, facilitadora da condução do tratamento, mas também a implicação do sujeito em sua demanda<sup>(152)</sup>.

Ou seja, as entrevistas preliminares visam proporcionar ao profissional o conhecimento sobre quem é a criança que comparece ao serviço<sup>(152)</sup>. O pedido de cura dirigido ao profissional não é suficiente, é preciso que a queixa se transforme em demanda e que o sintoma se transforme em uma questão a ser decifrada pelo sujeito<sup>(152,215)</sup>.

As entrevistas preliminares devem funcionar conforme as “regras da psicanálise”, e quando o sujeito transforma a si mesmo em um enigma, possibilita a associação livre, técnica que permite ao paciente relatar tudo o que lhe vier à mente, sem restrições de lógica, organização ou expressão significativa<sup>(148,152,215)</sup>. Com isso é possível estabelecer a condição transferencial entre paciente e profissional<sup>(148)</sup>.

Uma pergunta muito comum utilizada no cuidado às crianças com transtornos mentais é “o que tem a criança?”, sendo que a resposta permeia os tópicos “não vai bem na escola”, “faz xixi na cama”, “tem muitos pesadelos”, entre outras<sup>(66)</sup>. Sugerimos a introdução de outra pergunta: “onde vive este pequeno?”, visto a importância em determinar se a criança continua vivendo no corpo da mãe, ou se começou a viver em outro tipo de espaço<sup>(66)</sup>.

Outros questionamentos importantes, a serem respondidos pelo profissional, são: “o que representa esta criança para o desejo dos pais?” e “que lugar ocupa esta criança no mito familiar?”<sup>(66)</sup>.

As entrevistas preliminares, desta forma, têm como finalidade fundamental a descoberta dos principais traços do mito familiar onde a criança está posicionada. Isto pois esta posição ocupada pela criança é o que determina a necessidade ou não de tratamento<sup>(66)</sup>. Assim, é durante as entrevistas preliminares que o profissional consegue situar alguns aspectos do mito familiar e sintonizar algo de sua tendência dominante<sup>(66)</sup>.

Todos os dados obtidos em uma entrevista inicial, considerando o contexto da saúde mental infantil, tornam-se importantes apenas se alojados no mito familiar<sup>(66)</sup>. Vistos de maneira isolada, tornam-se apenas uma lista inutilizável a qual o profissional não sabe o que fazer<sup>(66)</sup>.

Destacam-se três funções das entrevistas preliminares: transferencial, sintomal e diagnóstica<sup>(152,215)</sup>. A função transferencial apresenta estreita relação com o que Lacan chamou de “transferência no começo da psicanálise”<sup>(127)</sup>. Assim, as entrevistas preliminares sustentam um tempo lógico, ou seja, o tempo do inconsciente em fazer emergir a transferência, enquanto mola propulsora do tratamento<sup>(152,215)</sup>.

A transferência já foi abordada anteriormente, como repetição das formas de satisfação utilizadas para inaugurar relacionamentos<sup>(23-24,148)</sup>. Considerando a relação entre profissional e paciente, esse conceito contempla outros aspectos, como o significante, e neste contexto, a transferência está presente desde o início, pois seu

surgimento é uma função do paciente, enquanto o profissional tem por função saber utilizá-la<sup>(216)</sup>.

$$\frac{S \longrightarrow S^q}{s(S^1, S^2, \dots S^n)}$$

**Figura 4.** Algoritmo da transferência (Lacan, 1967, p. 253)

O significante da transferência (S), constituído por um significante do paciente que se dirige a um significante qualquer (S<sup>q</sup>), é o que direciona sua a escolha pelo profissional, é o que o faz escolher este e não aquele<sup>(216)</sup>. Ou seja, o estabelecimento da transferência acontece quando há uma articulação entre dois significantes<sup>(215-216)</sup>.

O resultado da transferência significante é um sujeito, representado por s (significado), que está correlacionado aos significantes do saber inconsciente (S<sup>1</sup>, S<sup>2</sup>, ... S<sup>n</sup>)<sup>(220)</sup>. A articulação de S com S<sup>q</sup> tem como efeito a produção do sujeito: aquilo que um significante representa a outro significante<sup>(216)</sup>.

A emersão da transferência é sinal de entrada no tratamento, pois é a partir deste momento que o profissional identifica o desejo de um suposto saber na demanda do paciente, associado a um sintoma que lhe causa sofrimento psíquico<sup>(152,215)</sup>. Ou seja, é o sujeito em tratamento que endereça seu sintoma ao profissional, e este realizará o manejo na relação transferencial<sup>(152,215)</sup>.

Vale ressaltar que o profissional não deve adotar a posição de suposto saber, pois desta forma a análise se tornaria uma teoria que não comporta a falta, e sim apenas simular esta posição, que é formulada pelo paciente<sup>(216)</sup>.

Na função sintomal, o profissional deve transformar a queixa do sujeito em sintoma analítico, ou seja, em um enigma a ser decifrado pelo próprio sujeito que busca tratamento<sup>(152,215)</sup>. Assim, é preciso que a queixa apresentada se transforme em uma demanda endereçada ao profissional e que o sintoma deixe de ser a busca de uma resposta e se transforme em uma interrogação, em que o paciente buscará decodificar a mensagem cifrada do inconsciente<sup>(216)</sup>.

O processo de transformação do sintoma em enigma é caracterizado como histerização, pois o sintoma passa a representar o sujeito dividido (\$) <sup>(215-216)</sup>. Logo, o que deve irromper nas entrevistas preliminares é a histerização do discurso, visto

que histérico é a denominação do sujeito dividido, que coloca o próprio inconsciente em exercício<sup>(215-216)</sup>.

Portanto, antes do tratamento, o sintoma é considerado um signo, ou seja, representa alguma coisa para alguém<sup>(216)</sup>. Quando se transforma em questão, aparece como a expressão da divisão do sujeito<sup>(216)</sup>. Neste momento, quando o sintoma se transforma em enigma endereçado ao profissional, é transformado em sintoma analítico<sup>(216)</sup>. Desta forma, é possível pensar que o profissional completa o sintoma<sup>(215-216)</sup>.

Isto posto, o paciente ocupa uma posição em que se interroga sobre seu engajamento na queixa que produz, endereçando-a ao profissional, tomado nesta relação como sujeito suposto saber<sup>(152,215)</sup>. A partir desse momento, o sujeito se dirige ao profissional com questões como: “O que isso quer dizer?”<sup>(216)</sup>.

Além disso, durante as entrevistas preliminares, o profissional deve procurar identificar a que o sintoma está respondendo, qual gozo ele demarca, bordeja<sup>(216)</sup>. Ou seja, a função do profissional é introduzir o desejo na dimensão do sintoma, por meio da questão “Que queres?”, ou, mais especificamente no contexto infantil, “Qual lugar ocupa a criança no mito familiar?”<sup>(66,135,149,154,157,216)</sup>.

Vale ressaltar que, em psicanálise, o sintoma não pode ser descrito objetivamente, pois se constitui como elemento que surge na fala de um sujeito, se articulando intimamente com outros elementos que aparecem no discurso<sup>(217)</sup>.

Como resultado, o profissional deixa de ser leitor de sintomas para trabalhar, sob a transferência, como nomeador de um modo de incidência do sujeito na linguagem<sup>(217)</sup>. Ou seja, o profissional abandona a dimensão de significado do sintoma, em que este representa algo para alguém, e passa a considerá-lo em sua dimensão significativa, no qual é um elemento que se articula a outros significantes<sup>(217)</sup>.

Contudo, vale lembrar que, no caso do tratamento de crianças, a queixa, transformada em sintoma, é inicialmente dos pais ou da família, e nunca corresponde ao que a criança imprime sob o efeito transferencial<sup>(152)</sup>. Por isso a importância do profissional identificar se há sofrimento por parte da criança, sendo esta condição necessária para que haja tratamento<sup>(152,166)</sup>.

É somente quando os pais não conseguem articular o sintoma do filho que o levam à clínica com um pedido de cura endereçado ao profissional<sup>(152)</sup>. Porém, este pedido não é suficiente para a adesão da criança ao tratamento, pois é

sobrecarregado de sofrimento dos pais e esconde a verdade familiar denunciada pelo sintoma da criança<sup>(127,152)</sup>. Ou seja, a demanda trazida pelos pais é diferente daquela trazida pela criança<sup>(152)</sup>.

Assim, o trabalho com crianças é realizado por meio de um discurso coletivo que envolve a criança, os pais e o profissional<sup>(152,218)</sup>. Como abordado no capítulo anterior, só é possível identificar o lugar reservado à criança no mito familiar ao oferecer escuta aos pais, desde as entrevistas preliminares, e ao atentar-se aos significantes que se repetem em seus discursos, os quais deixam marcas no corpo da criança<sup>(152,218)</sup>.

A escuta dos pais neste momento inicial do tratamento permite ao profissional delinear as posições de cada um dentro da estrutura familiar, com o objetivo de entender onde se encaixa a criança nesse emaranhado de intersubjetividade que a atravessa<sup>(152,218)</sup>. É preciso considerar que há um gozo em todo sintoma, e o profissional deve identificar qual o gozo que os pais têm em relação à criança e vice-versa<sup>(152,185)</sup>.

Vale ressaltar que é no patamar do tratamento da criança que a mensagem dos pais deve ser recebida. Assim, o profissional deve escutar e acolher o discurso dos pais, porém deve principalmente preservar o espaço para endereçar-se à criança, para que ela possa se expressar e se posicionar como sujeito<sup>(152)</sup>.

Isto pois as entrevistas preliminares com crianças apresentam, como uma de suas principais funções, permitir ao sujeito a possibilidade de expressão subjetiva para além da posição de objeto ocupada na fala dos pais<sup>(152,219)</sup>. Logo, o profissional deve endereçar-se à criança que lhe dirige uma interrogação sobre seu sintoma, apreendendo sua posição subjetiva<sup>(152)</sup>.

Quando realizadas com este cuidado, as entrevistas preliminares permitem ao profissional não cair no erro de conduzir o tratamento da criança no sentido de responder a demanda inicial dos pais, deixando escapar sua singularidade<sup>(152)</sup>.

Desta forma, o sintoma analítico identificado nas entrevistas preliminares, o qual será trabalhado entre criança e profissional sob a relação transferencial, é aquele identificado na criança, e não o apresentado por seus pais e familiares<sup>(152)</sup>.

Já na função diagnóstica, há a formulação de um diagnóstico que não diz respeito à delimitação psicopatológica, visto que o diagnóstico em psicanálise difere do diagnóstico psiquiátrico, pois a identidade psicopatológica aliena o sujeito a um significativo mestre de “portador de um transtorno”<sup>(66,152,215,217)</sup>.

Justamente por isso, o método de trabalho neste referencial teórico não tem como ênfase a semiologia, ou seja, não recorre ao inventário de sintomas meramente, não que estes não sejam importantes, mas não sendo isoladamente suficientes<sup>(66,152,215)</sup>.

A referência psicopatológica tem sua importância pois, sem tais categorizações, faltaria ao profissional um certo mapa e, por esse motivo, a psicanálise não se desprende por completo dos enquadramentos psiquiátricos<sup>(66)</sup>.

O diagnóstico neste referencial teórico tem como função oferecer critérios clínicos que marquem o espaço do tratamento e suas possibilidades, ou seja, tem sentido somente se servir de bússola para a condução do tratamento, o qual se dá no campo da linguagem<sup>(216-217)</sup>. Contudo, o profissional não deve dar a estas categorizações mais do que valem<sup>(66)</sup>.

Assim, o diagnóstico em psicanálise tem como objetivo identificar a posição do sujeito no campo da linguagem e ao enigma do desejo do Outro<sup>(152,215)</sup>. A partir daí são elencadas as estruturas de perversão, neurose e psicose, as quais informam as possibilidades de engajamento subjetivo ao equívoco e arbitrariedade da Língua<sup>(152,215)</sup>.

Ao pensar o diagnóstico em termos estruturais e direcionando o tratamento a partir da ética da psicanálise, o trabalho deixa de ser realizado com base em prescrições, sejam medicamentosas ou comportamentais<sup>(217)</sup>. O direcionamento da clínica em psicanálise reconhece que cada sujeito emprega a linguagem de modo pessoal e faz uso singular dos significantes, o que torna as generalizações impossíveis<sup>(217)</sup>.

Busca-se este diagnóstico no registro simbólico, ou seja, no campo da linguagem e, a partir dele, o profissional pode realizar o diagnóstico diferencial estrutural por meio dos três modos de negação do Édipo, ou seja, de negação da castração do Outro, o que corresponde às três estruturas clínicas citadas<sup>(215-217)</sup>. Cada modo de negação enseja um retorno diverso do que é negado<sup>(216)</sup>.

Dito isto, o complexo de Édipo, característico do registro simbólico, tem grande importância no desenvolvimento psíquico, pois é a partir dele que se pensa a constituição do sujeito<sup>(217)</sup>. O diagnóstico se organiza em torno das três grandes estruturas conforme a maneira com que o sujeito lida com a falta inscrita em sua subjetividade<sup>(217)</sup>.

Nos casos em que há negação do Édipo, mas com conservação do significante fálico, este pode se manifestar de dois modos: pelo desmentido no perverso e pelo recalque no neurótico<sup>(216)</sup>. No desmentido, o que é negado é ao mesmo tempo afirmado e retorna sob a forma de fetiche do perverso<sup>(216)</sup>.

Em psicanálise, o fetiche se refere a algo que é colocado no lugar do objeto sexual, podendo ser uma parte do corpo para as finalidades sexuais ou algum objeto que tenha relação atribuível ao que ele substitui<sup>(216)</sup>. Ou seja, o perverso nega e mantém o falo no fetiche<sup>(216)</sup>.

Como exemplo, podemos salientar o texto “Fetichismo”, de Freud. Nele, o fetiche é considerado como um substituto para o pênis da mulher (da mãe), em que a criança outrora acreditou, crença esta que não deseja abandonar e, como resultado, esta se recusa a tomar conhecimento de ter percebido que a mulher não tem pênis<sup>(216,220)</sup>. Assim, o que é negado (o pênis da mãe) é ao mesmo tempo afirmado e retorna como fetiche<sup>(216,220)</sup>.

Já no recalque, o neurótico nega, mas conserva o elemento negado de maneira inconsciente<sup>(216)</sup>. Ou seja, o que é negado no simbólico retorna no próprio simbólico, sob a forma de sintoma neurótico<sup>(216)</sup>.

Assim, na neurose, o complexo de Édipo naufraga e o recalque da representação de desejos infantis retorna no simbólico como sintoma, evidenciando a estrutura edípica e fornecendo acesso à organização simbólica que representa o sujeito<sup>(215-216)</sup>.

Vale ressaltar que o mecanismo do recalque e o retorno do recalcado são de natureza linguística, ou seja, como o inconsciente é estruturado tal qual uma linguagem, para que algo seja recalcado, primeiramente é necessário que seja registrado no simbólico<sup>(127,216)</sup>. Desta forma, o recalque pressupõe um reconhecimento prévio do recalcado no registro simbólico<sup>(127,216)</sup>.

Outro ponto importante a se levantar é que na neurose, o sujeito encontra significantes que o representam<sup>(66)</sup>. Assim, o conflito está mais circunscrito à própria criança, diferente dos casos em que o profissional se vê obrigado a abrir o tratamento a toda a situação familiar<sup>(66)</sup>.

Isto pois, tipicamente, o conflito inerente à posição do sujeito como falo se entabula entre aquilo que a criança começa a diferenciar como de seu próprio desejo e as linhas do desejo familiar, com as quais seu desejo não está necessariamente em harmonia<sup>(66)</sup>.

Como exemplo, a família neurotizante aceita ou rechaça as produções espontâneas do filho, significando-as como boas ou más<sup>(66)</sup>. Contudo, há uma aceitação primordial de que há algo distinto naquele novo sujeito<sup>(66)</sup>. Este processo é muito diferente do repúdio do diferencial, a recusa de sua existência ao invés de qualificá-la<sup>(66)</sup>.

Assim, a criança neurótica dispõe de um lugar que assegura uma provisão libidinal, o que permite a possibilidade de ter sua própria conflitiva<sup>(66)</sup>. Como consequência, não é tratada como mero sintoma de um transtorno familiar, nem ocupa a posição de fantasma objeto da pulsão<sup>(66)</sup>.

Logo, no geral, no campo das neuroses nem sempre é necessário o trabalho do profissional diretamente com os pais, sendo que a colaboração destes normalmente se reduz a trazer a criança e suportar o tratamento<sup>(66)</sup>. Isto pois estes são casos que, falizada pelas correntes do desejo familiar, a criança não consegue resolver sua situação edípica, ou se antagonizam diferentes falizações, impondo marcas identificatórias contrastantes, que resultam em patologia<sup>(66)</sup>.

As negações que conservam o significante fálico negado implicam a admissão do Édipo no simbólico, o que não acontece na foraclusão, característica da psicose<sup>(216)</sup>. A foraclusão se caracteriza como um modo de negação que não deixa traço, ou seja, os vestígios são apagados e não há entrada no Édipo<sup>(216)</sup>. Este termo como forma de negação indica por si mesmo o local de retorno, a “inclusão” fora do simbólico<sup>(215-216)</sup>.

Neste caso os significantes estão ausentes, o que torna impossível o reconhecimento necessário para o recalque<sup>(216)</sup>. Logo, na psicose, o que é foracluído não desaparece e retorna no real sob a forma de automatismo mental, condição em que as ideias não são dialetizáveis, impondo-se como certezas delirantes por excelência, o qual a expressão mais evidente é a alucinação<sup>(216)</sup>.

Ainda, na estrutura psicótica, o sujeito, além de buscar significantes, também precisa lutar com os que tendem a destruí-lo<sup>(66)</sup>. Em um discurso psicotizante, desaparece a diferença entre particular e universal<sup>(66)</sup>.

Por exemplo, podemos duvidar de nossa competência enquanto profissional, pois comparamos nossa atuação com um ideal<sup>(66)</sup>. Ou seja, considera-se um universal que julga e legisla sobre o que um enfermeiro deve fazer e, apenas pela existência desse universal é que eu, como ente particular, posso questionar-me<sup>(66)</sup>.

Da mesma forma, quando uma mãe diz não ser uma boa mãe, é justamente por estar se comparando com uma imago ideal, em si mítica, de “boa mãe”<sup>(66)</sup>. Esta distância entre a mãe particular e o registro ideal tem como principal consequência torná-la uma mãe esburacada ou esburacável<sup>(66)</sup>. No discurso psicotizante, esta diferença está total e radicalmente abolida<sup>(66)</sup>.

O conceito de forclusão do Nome-do-Pai explica problemas concretos, como os de que, em um psicótico, os buracos careçam de porta, ou seja, são vias de entrada por onde os outros gozam ou, de maneira mais geral, algo goza dele, usa-o como coisa<sup>(66)</sup>. Como resultado, muitas vezes o sujeito prova uma série de métodos físicos para livrar-se ou curar-se<sup>(66)</sup>.

Assim, cria-se um corpo danificado por uma má perfuração ou por perfurações fora do tempo<sup>(66)</sup>. Até mais comum do que as esquizofrenias ou as psicoses precoces, é encontrar uma criança que assume graves transtornos do casal parental, desde muito cedo, quando não foi gerada com este propósito<sup>(66)</sup>. Esta transforma-se em um sustentáculo e confidente de um conflito que pertence aos adultos, sendo este lugar incompatível com a construção de portas simbólicas<sup>(66)</sup>.

É muito extensa a gama de fenômenos clínicos que ilustram a problemática do esburacamento, cobrindo desde as neuroses até os extremos do autismo<sup>(66)</sup>. Contudo, mantêm-se constantes duas assertivas: nos primeiros tempos de estruturação do narcisismo, e até que haja uma integração corporal satisfatória e certo avanço no uso da linguagem, a criança não deve ser submetida a perfurações, nem literais, nem metafóricas<sup>(66)</sup>. Ou seja, à princípio a criança não deve ser castrada, não se deve fazer-lhe buracos, visto que a frustração precoce é um ataque à unificação corporal incipiente<sup>(66)</sup>.

A castração requer uma unificação corporal razoavelmente consolidada, em que a dialética parte/todo já funcione com fluidez<sup>(66)</sup>. Por exemplo, intervenções prematuras em um bebê, como separações abruptas e prolongadas de sua mãe, não contribuem para seu desenvolvimento estrutural<sup>(66)</sup>.

Assim, para defender-se de situações potencialmente patogênicas, as crianças desviam suas energias libidinais para adaptar-se<sup>(66)</sup>. Por outro lado, também é fundamental que o corpo do Outro seja perfurável pois, sem perfuração, não existe saída libidinal possível<sup>(66)</sup>.

A partir dos diagnósticos estruturais expostos, pode-se considerar que quando um filho é concebido como nada mais que uma prolongação do corpo do

Outro, como um órgão ou objeto parcial, encontramos um filho metonímia, de continuidade com a mãe, o que caracteriza um ato psicotizante<sup>(66)</sup>. É preciso que se opere um salto para simbolização da diferença de que esse filho é um novo ser, para que dessa forma, seja uma criança metáfora<sup>(66)</sup>.

Assim, é imprescindível que o profissional reconheça, nas entrevistas preliminares, qual lugar a criança ocupa no mito familiar e como ela se posiciona na linguagem, para que possa conduzir adequadamente o tratamento<sup>(216)</sup>.

É muito mais valioso buscar descobrir se a criança tem ou não corpo, se este está apenas parcialmente separado, ou se está implantado em uma falização da qual não pode sair<sup>(66)</sup>. Esta maneira de atuar, afastando-se de denominações globais e maciças, é muito mais eficaz do que discorrer pelos trilhos de perversão, neurose e psicose<sup>(66)</sup>.

Por esse motivo, o profissional que adota como referencial teórico a psicanálise deve considerar toda uma gama de possibilidades e excluir a simplificação dos conceitos<sup>(66)</sup>.

Convém apresentar um relato de caso<sup>(221)</sup>, a ser utilizado como exemplo pontual para elucidar de maneira mais prática como o diagnóstico em psicanálise é construído na clínica infantil. Os pontos aqui apresentados são apenas os considerados relevantes para o desenvolvimento da discussão acerca do diagnóstico, sendo o caso muito mais completo.

Vale lembrar que cada caso é único e realizado na perspectiva relacional entre profissional e criança/família, e por isso não deve ser considerado como um guia. Este deve ser tomado apenas como exemplo, que tomamos da literatura para exercício do raciocínio, o qual foi desenvolvido pela profissional em sua relação com a criança e sua família<sup>(221)</sup>.

José tem sete anos, diagnosticado com autismo e psicótico por médicos psiquiatras e encaminhado para tratamento<sup>(221)</sup>. Sua mãe, Lia, conta que o filho começou a falar apenas com cinco anos e ainda apresenta dificuldade na fala, não pronuncia as palavras corretamente, não estabelece diálogo, tende a repetir a mesma frase como um eco, apresenta dificuldade em distinguir “eu” e “você” e não se coloca em primeira pessoa<sup>(221)</sup>.

Além disso, a criança apresenta riso abobalhado, dificuldade de aprendizado, incapacidade para representação do corpo (em desenhos, por exemplo), dificuldade no relacionamento com outras pessoas e enurese noturna<sup>(221)</sup>.

A principal expectativa dos pais, em relação ao tratamento, é que José aprenda a ler e escrever<sup>(221)</sup>. Como mencionado, na clínica infantil, a demanda inicial é geralmente trazida pelos pais e, justamente por isso, as entrevistas preliminares devem se dedicar à observação do que realmente se passa com essa família<sup>(152,166,221)</sup>. Neste contexto podem emergir conflitos inconscientes, levantados através dos significantes enunciados<sup>(221)</sup>.

Esta pode ter sido a única maneira que os pais encontraram de expressar seu desejo, pois sabiam que a instituição em que José seria atendido não funciona em nível pedagógico<sup>(221)</sup>. Contudo, vale ressaltar, como já dito, que o objetivo do tratamento em psicanálise não busca condicionar comportamentos, e sim fazer uma leitura do sujeito e de seu sintoma, resgatando o lugar simbólico que ocupa em sua história<sup>(154,156-157,221)</sup>. Assim, as dificuldades de fala, leitura ou escrita são entendidas como sintomas, tendo valor apenas de mensagem<sup>(221)</sup>.

O tratamento, realizado pela profissional, tinha como proposta oferecer escuta não só à criança, mas também à mãe, em horários separados, uma vez por semana, visando pesquisar a história psíquica e emocional da família, carregada de marcas significantes que perpassam a cadeia de gerações<sup>(221)</sup>. Por vezes, eram realizados atendimentos conjuntamente, em que a profissional observava a dinâmica mãe/filho<sup>(221)</sup>.

Na primeira entrevista compareceram a mãe, o pai e a criança<sup>(221)</sup>. A profissional optou por atendê-los separadamente, ouvindo primeiramente os pais<sup>(221)</sup>. A mãe, neste primeiro momento, relata que se preocupa com o filho desde muito cedo, mesmo com o pediatra da criança lhe dizendo que não havia nada de errado, e diz “sempre achei que havia algo estranho com José”<sup>(221)</sup>. Por isso, continuou em busca de tratamento<sup>(221)</sup>. Já o pai, Carlos, relata ter começado a se preocupar com o filho apenas quando tinha três anos<sup>(221)</sup>.

Ainda em relação ao pai, este relata que se irrita com José porque ele só quer brincar, sendo na maioria das vezes “brincadeiras perigosas”<sup>(221)</sup>. A mãe completa dizendo que Carlos não tem paciência com o menino, que é um pai pouco presente e que, quando bebe, se irrita e bate no filho<sup>(221)</sup>.

Lia atribui a “doença” de José à gravidez, pois relata ter passado “muito nervoso” devido uma irmã que morava com a família na época, com quem Carlos brigava muito<sup>(221)</sup>. Já nesse momento, é possível identificar uma dificuldade dessa

família em diferenciar seus lugares e funções dentro do grupo, o que revela uma desordem familiar<sup>(221)</sup>.

Essa desordem não necessariamente possui relação direta com os transtornos de José, mas é prejudicial na medida em que os pais a recusam, ela se torna a “mentira” do adulto, o não-dito que assume relevo<sup>(221)</sup>. Isso é importante para a resolução ou não do complexo de Édipo da criança<sup>(221)</sup>.

Por meio da escuta, a profissional pôde construir hipóteses sobre o lugar ocupado pela criança em seu mito familiar, o que, de acordo com o que foi desenvolvido neste capítulo, é possível devido à função transferencial das entrevistas preliminares<sup>(216,221)</sup>.

Em determinado momento, a mãe relata: “sempre quis ter filhas mulheres, pois filho homem é sempre problema”<sup>(221)</sup>. Como já mencionado, a relação mãe-filho começa até mesmo antes da gravidez, sendo que a criança já ocupa, no inconsciente materno, um lugar determinado pela própria história de vida dessa mulher<sup>(66,152,221)</sup>.

Neste trabalho, o apontamento realizado pela mãe pode ser lido como a função sintomal, visto que a família na clínica infantil tem como função demarcar qual o lugar reservado à criança no mito familiar e, a partir disso, o profissional observa se essa posição significativa faz sintoma na criança<sup>(152,218,221)</sup>. Assim, José, antes mesmo de nascer, já estava destinado a ser um “problema”, e essa posição pode ser significativa<sup>(152,221)</sup>.

Além disso, ao se deparar com uma criança considerada “problema” em seu meio social, composto principalmente por sua família e escola, é possível pensá-la como mensageira de uma verdade escondida em sua família, podendo estar diretamente ligada à relação do casal parental<sup>(154,221)</sup>. Essa verdade é composta por processos inconscientes e seu encobrimento não passa pelo arbítrio dos envolvidos<sup>(221)</sup>.

A profissional também pôde perceber outros processos inconscientes, que ligam José à mãe, como limitadores da liberdade da criança, impedindo até mesmo seu desenvolvimento cognitivo<sup>(221)</sup>.

Essa ligação simbiótica, que se aproxima do que foi exposto sobre o filho metonímia, de continuidade com a mãe, levou a profissional a questionar se tal relação é tão determinante a ponto de provocar na criança manifestações diagnosticadas como psicóticas<sup>(66,221)</sup>.

Com o avanço do tratamento, a própria Lia foi se dando conta de como lhe era difícil suportar qualquer mudança em seu filho<sup>(221)</sup>. Os fragmentos que corroboram para tal conclusão, que surgem durante as sessões, dizem respeito à impossibilidade da mãe em perceber o filho como uma criança capaz de se desenvolver<sup>(221)</sup>.

Tal descoberta se aproxima do que foi exposto neste capítulo, referente ao reconhecimento, por parte da família, da existência de um novo sujeito, a aceitação de que há algo distinto na criança, o que caracteriza uma família neurotizante e parece ser de difícil elaboração para Lia<sup>(66,221)</sup>.

A história de Lia, a qual não cabe aqui a descrição minuciosa, remonta a um pai pouco presente e, como consequência, a demanda que ela faz à profissional, aos médicos e principalmente à José, é de um amor como uma forma de preenchimento dessa falta sentida tão intensamente<sup>(221)</sup>.

Desta forma, ela busca algo que a complete e José responde a ela, permanecendo uma criança dependente, o que o impossibilita de atingir sua personalidade, que é conquistada quando o sujeito luta para ser reconhecido fora do grupo familiar<sup>(189,221)</sup>.

No caso apresentado, todo esse processo parece ter sofrido algumas fragilidades, como a hipótese de José ter se identificado como filho “problema” para atender ao desejo materno<sup>(221)</sup>. Para sair do lugar de alienado ao desejo materno é preciso que a criança vivencie os três tempos do Édipo, o que lhe possibilita a posse de seu próprio desejo<sup>(188,217,221)</sup>.

Para isso, é preciso que a função materna crie algo que permita a separação, possibilitando a passagem da criança de um ser de necessidade para um ser desejante<sup>(221-222)</sup>. Lia parece ter se mantido nessa ilusão de completude, não suportando o corte, a separação necessária para que José se tornasse sujeito de seu próprio desejo<sup>(221)</sup>.

Voltando-se mais diretamente a José, este, no geral, comportava-se nas sessões da maneira mais adequada possível, de tal forma que parecia incorporar com maestria as recomendações da mãe para que fosse “bonzinho e obediente”<sup>(221)</sup>.

Além disso, parecia ter aceito o lugar de “problema” da família, pois o silêncio da profissional, sem fazer solicitações e nem reprimir seu comportamento, o deixava desconcertado<sup>(221)</sup>.

Sua incapacidade em desenhar o corpo humano ou mesmo em definir seu lugar como sujeito na frase gramatical, demonstram sua presença como sempre cindida e alienada, não percebendo-se como sujeito constituído, incapaz de expressar seu próprio desejo<sup>(188,217,221)</sup>.

Lia começou a apresentar intensas dores, sempre sentidas na instituição em que ocorria o tratamento, o que a levou ao questionamento “porque toda vez que venho aqui fico doente?”<sup>(225)</sup>. Esta dor é de ordem significativa, relacionada a dor de ver seu filho desprender-se, visto que neste momento José já apresentava melhora<sup>(221)</sup>.

O surgimento de sintomas no corpo da mãe reforça a hipótese de que o sintoma da criança é um sintoma histérico da mãe<sup>(154,221)</sup>. Pode-se entender que, neste momento, José está saindo do lugar de sintoma e começa a tornar-se sujeito, o que é uma perda para a mãe, que ao não suportar a angústia em forma de afeto, sente-a no corpo<sup>(127,208,221)</sup>.

Assim, para que a criança descubra o lugar que ocupa é preciso que, por meio de seu discurso, os significantes que a marcaram e que fazem parte do mito familiar sejam revelados<sup>(154,157,221)</sup>.

Munidos do contexto, voltemos à questão diagnóstica. A partir da escuta diferenciada, proporcionada pela psicanálise, uma nova hipótese diagnóstica pode ser construída, possibilitando outra perspectiva de vida para esta criança e sua família<sup>(221)</sup>.

É possível identificar, neste caso, que houve uma falha na função significativa do pai que, como dito anteriormente, proporciona a inserção da criança no universo simbólico, pois provoca o corte na relação dual mãe-bebê<sup>(188,221)</sup>. Vale lembrar que essa passagem provocada pela função paterna é fundamental para compreensão da psicose, onde o Nome-do-Pai é foracluído<sup>(216,221)</sup>.

Assim, foi possível perceber que muitas questões da criança eram remetidas a questões maternas<sup>(221)</sup>. Este é um caso que demonstra a quase impossibilidade de tratar a criança sem oferecer atendimento aos pais, e também como o trabalho com um deles funciona como complemento para entender o percurso do outro<sup>(221)</sup>.

A hipótese, neste caso, é de José ser estruturalmente neurótico, pois, aos poucos, coloca-se nas sessões como sujeito e remete-se às suas próprias questões<sup>(221)</sup>. Assim, ao que tudo indica, José encontrou significantes que o representam e dispõe de uma posição que assegura uma provisão libidinal,

permitindo que tenha sua própria conflitiva, disposta entre aquilo que começa a diferenciar como de seu próprio desejo e os aspectos do desejo familiar<sup>(66)</sup>.

O caso em questão foi vivenciado por uma psicóloga que adota como método de trabalho o referencial psicanalítico e, a partir de suas observações e estudos, ela desenvolveu o diagnóstico do menino José.

É possível que o enfermeiro atuante na saúde mental infantil, que opta pela psicanálise como referencial teórico de trabalho, desenvolva seus atendimentos por meio da leitura do cuidado de enfermagem a partir do raciocínio clínico, próprio da enfermagem e também da psicanálise, tendo como base o que é levantado nas entrevistas preliminares. Desta forma, estará apto a elaborar diagnósticos e intervenções de enfermagem.

Assim, é perfeitamente factível que o PE e, conseqüentemente a SAE, sejam implementados na assistência de enfermagem às crianças com transtornos mentais, desde que o enfermeiro utilize em sua prática o julgamento clínico<sup>(212,214)</sup>.

Logo, o enfermeiro na saúde mental infantil deve planejar sua assistência com foco na singularidade do sujeito, e construir DE a partir do raciocínio clínico. Como exemplo, é possível pensar no relato de caso aqui apresentado para criação de alguns DE:

1. Relação de extrema dependência entre mãe e filho, o que posiciona José como filho metonímia, impedindo-o de se tornar sujeito de seu próprio desejo, e sua tentativa de responder a falta presente na mãe, permanecendo como uma criança dependente;
2. Posição significativa de “problema” atribuída à José, relacionada ao lugar determinado a ele no mito familiar, o qual se identificou para atender ao desejo materno;
3. Falha da função paterna ao não interditar a mãe durante o complexo de Édipo evidenciada pela dificuldade na fala relacionada a extrema dependência entre mãe e filho, o que leva a entrada incompleta de José no campo da linguagem;
4. José como sujeito cindido e alienado evidenciado pela dificuldade em definir seu lugar como sujeito na frase gramatical relacionada a incapacidade de expressão de seu próprio desejo.

Considerando o caso exposto, e supondo o tratamento a partir do núcleo da enfermagem, o objetivo do enfermeiro durante as entrevistas preliminares é localizar qual a posição ocupada pela criança no mito familiar, possibilitando a ela expressar

seu sintoma<sup>(66,152,154,157,215-216)</sup>. A partir disso, o enfermeiro pode direcionar o tratamento, oferecido no contexto da linguagem e construído entre profissional e criança por meio do BTB.

## **5.7 Cuidado de enfermagem à criança com transtorno mental por meio do Brinquedo Terapêutico Dramático**

Retomando o que foi apreendido na revisão integrativa, o manejo comportamental é o mais presente nas recomendações dos artigos<sup>(81-83,86-87,93-94,96,99-101)</sup>, o que reforça que o cuidado de enfermagem se aproxima daquele baseado em evidências, por meio do estabelecimento de padronizações e generalizações, visto que o comportamento é quantificável<sup>(111)</sup>.

Além disso, os artigos não mencionam as etapas de Planejamento de Enfermagem, Implementação e Avaliação de Enfermagem, integrantes do PE, visto que recomendam que o enfermeiro, após participação no diagnóstico, deve encaminhar a criança para avaliação e tratamento com outros profissionais<sup>(83,86,88-91,95,99)</sup>.

Levando em conta o referencial teórico aqui adotado, o qual considera o cuidado singular ao sujeito por meio da relação terapêutica<sup>(111)</sup>, encontramos como alternativa ao manejo comportamental, que apresenta as dificuldades apontadas acima, o cuidado pelo brincar.

Este constitui-se como uma atividade significativa na estruturação e desenvolvimento da simbolização da criança, além de proporcionar que ela se cure por si mesma, em relação a uma série de situações potencialmente traumáticas, quando utilizado como fio condutor no cuidado<sup>(66)</sup>.

Assim, o presente estudo tem como proposta a adoção do brincar como intervenção, considerando para tal o referencial teórico intersubjetivo, que permite ao enfermeiro oferecer um cuidado contínuo e construído na relação terapêutica enfermeiro-paciente durante o BTB. Desta forma, é possível dar continuidade às demais etapas do PE.

O BTB é desenvolvido em quatro etapas interdependentes e complementares, e cada uma delas pode predominar no início, meio ou final do tratamento, bem como acontecerem simultaneamente em uma única sessão<sup>(51)</sup>. São elas: Estabelecendo vínculo, Explorando, Dramatizando e Parando de brincar<sup>(51)</sup>.

Cada etapa é caracterizada por uma ou mais funções, e o conhecimento destas proporciona maior segurança ao enfermeiro, que passa a respeitar a criança durante o brincar, além de possibilitar sua implementação de maneira adequada<sup>(51)</sup>.

Contudo, ao adotar o referencial psicanalítico, é preciso fazer algumas alterações e ajustes teóricos nas etapas mencionadas, para que o objetivo no cuidado aqui adotado seja atingido, ou seja, a emersão do sujeito do inconsciente<sup>(32)</sup>. Assim, trabalharemos as etapas da seguinte maneira: Estabelecendo relação, Explorando, Brincando e Encerrando a sessão.

### **5.7.1 Estabelecendo relação**

O termo brincar traz, em sua essência, o significado de vínculo, pois foi originado da palavra “brinco” que significa fazer laços, em latim<sup>(51)</sup>. Portanto, a formação de vínculo é parte importante da sessão de BT, sendo esta etapa que apoia todas as outras<sup>(51)</sup>.

Contudo, no referencial teórico aqui adotado, o entendimento de vínculo será substituído pela transferência, visto que é a relação transferencial que possibilita a apreensão da lógica do inconsciente<sup>(23-24)</sup>.

A relação transferencial tem início com a apresentação pessoal, com o convite ao brincar e com a estipulação dos princípios que vão conformar a sessão de BT, como o acordo entre profissional e criança acerca de sua duração e a permanência no espaço determinado para tal, e deve levar em conta as características individuais de cada criança, ou seja, sua subjetividade<sup>(24,51,54,56-57,112,154,156,211)</sup>.

Quando o enfermeiro se apresenta, a criança o coloca em um lugar de acordo com a transferência, lugar resultante da repetição das formas de satisfação utilizadas para inaugurar relacionamentos e que possui estreita relação com as experiências vividas em seus primeiros anos de vida<sup>(23-24,148)</sup>. Por exemplo, a criança não diz ser teimosa e rebelde perante a autoridade dos pais, mas se comporta desta maneira com o profissional<sup>(223)</sup>.

Também é pela transferência que o enfermeiro pode acrescentar às seguintes questões, que usualmente não são contempladas no Histórico de Enfermagem no contexto da saúde mental infantil como operadoras do tratamento: “onde vive este

pequeno?”, “o que representa esta criança para o desejo dos pais?” e “que lugar ocupa esta criança no mito familiar?”<sup>(66)</sup>.

Logo, o surgimento da transferência é uma função da criança e sinaliza a entrada no tratamento, pois é na relação transferencial que ela dirige ao profissional uma demanda, resultando em um sintoma que lhe causa sofrimento psíquico, e o enfermeiro tem como função saber utilizar tal relação, transformando o sintoma em enigma e atentando-se para não ocupar o lugar de Outro<sup>(24,66,149-150,152,215-216)</sup>. Logo, nesta etapa também se inicia a função sintomal das entrevistas preliminares.

Após a apresentação do enfermeiro, este deve convidar a criança a brincar e, se o convite for aceito, o profissional deve comunicá-la sobre a duração da sessão, apontando para os ponteiros do relógio para demonstrar seu horário de início e término<sup>(54,56)</sup>. A criança também deve ser avisada de que pode interromper a brincadeira a qualquer momento<sup>(54,56)</sup>.

Dado início à sessão de BTB propriamente dita, é também por meio da relação transferencial que o enfermeiro pode elaborar hipóteses sobre o lugar ocupado pela criança no mito familiar, formado por um tesouro de significantes oferecidos à ela<sup>(66,216,221)</sup>.

Assim, é de extrema importância que, nesta etapa, o profissional comece a ter contato com a estrutura significativa da criança e de sua família, construindo um discurso coletivo entre criança-profissional-pais<sup>(152,218)</sup>.

Para tal, é importante que o profissional ofereça escuta aos pais pois, como já dito, só é possível identificar o lugar reservado à criança no mito familiar ao identificar os significantes que se repetem em seus discursos<sup>(152,218)</sup>. Porém, vale ressaltar que essa escuta aos pais acontece paralelamente às sessões de BTB.

A descoberta dos traços do mito familiar é um processo contínuo que se dá ao longo do tratamento, por meio de frases e fragmentos trazidos pela criança e pelos familiares. Contudo, neste momento inicial do BTB, que acontece durante as entrevistas preliminares, já é possível situar alguns de seus aspectos dominantes.

As entrevistas com os pais podem ser realizadas de diversas formas, sendo pontuais ou contínuas, em conjunto com a criança ou não<sup>(66)</sup>. Membros familiares só devem ser incluídos na sessão de BTB caso seja uma solicitação da própria criança<sup>(54,57)</sup>.

O enfermeiro deve receber a mensagem dos pais no patamar do tratamento da criança, permitindo a ela expressar-se subjetivamente e, assim, identificar se há sofrimento por parte dela<sup>(152,166,219)</sup>.

Esta maneira de atuar possibilita que a criança, sob transferência, elabore sua posição subjetiva, deixando de ser objeto passivo do fantasma parental e assumindo papel ativo em seu próprio desejo<sup>(152)</sup>.

Neste contexto, a função do enfermeiro é sustentar seu lugar na transferência e utilizar-se dos significantes fornecidos e adotados pela criança para trabalhar com ela, pela via simbólica, os modos que se relaciona com seu sintoma<sup>(217)</sup>. Ou seja, as funções predominantes das entrevistas preliminares nesta etapa são a transferencial e sintomal.

Desta forma, o brincar sob uma relação transferencial permite ao profissional escutar o inconsciente da criança, possibilitando que os significantes que tiveram peso em sua constituição psíquica se façam presentes durante as sessões<sup>(152)</sup>.

Por meio da transferência surge a associação livre, aqui considerada o brincar livre<sup>(148,152,215)</sup>. É por meio do brincar que o enfermeiro consegue estabelecer uma comunicação com a criança em seu universo brincante, visto que ela ainda não possui capacidade verbal totalmente construída, por não deter o domínio da linguagem, e o brincar sustenta sua fala<sup>(43,45-46,59,62,66,69)</sup>.

Vale retomar que a possibilidade do brincar como meio de comunicação é extremamente importante pois é no campo da linguagem que a função da fala sob transferência coloca em ato a realidade do inconsciente, determinante nas conduções de vida do sujeito, ou seja, é o que determina seus modos de viver<sup>(32)</sup>.

Para tal, as brincadeiras devem seguir os princípios da associação livre, ou seja, devem ser espontâneas, sem serem dirigidas ou solicitadas, proporcionando à criança a expressão de sentimentos, a liberdade de escolha e o aparecimento de sua subjetividade<sup>(41,59,66,152)</sup>.

Neste contexto, os brinquedos devem ser oferecidos sem nenhum direcionamento do enfermeiro, que também não deve direcionar a brincadeira, participando dela apenas quando solicitado pela criança<sup>(57)</sup>.

Além disso, o brincar livre adquire importância na medida em que, sendo a criança quem traz os significantes, organizados a partir de seu desejo, é somente ela quem tem condições de construir novas possibilidades para sua vida<sup>(217)</sup>.

Por essa via, o enfermeiro deve ter disponibilidade para acessar o mundo subjetivo da criança e decifrar suas palavras, fazendo com que estas representem, nas sessões de BTB, o que ela tem a dizer<sup>(152)</sup>.

Outra característica do brincar livre é de que “tudo pode servir”<sup>(66)</sup>. Ou seja, a criança brinca, espontânea e cotidianamente, quando toma qualquer objeto e com ele inventa uma série de encenações, transformando-o em um animal, por exemplo<sup>(66)</sup>. Quando se trata de armar seu corpo ou exercer desejos inconscientes, efetivamente tudo pode servir<sup>(66)</sup>.

Por esse motivo, é preciso considerar que, nas sessões de BTB, qualquer material que se deixa à vista pode se transformar em brinquedo. O “tudo pode servir” constitui uma formulação teórica da transformação do acidental em necessário e estrutural, visto que a criança compõe seu ego corporal, seus lugares e seus objetos com este tipo de material<sup>(66)</sup>.

Assim, esta etapa do BTB tem predominância no início do tratamento, ou seja, se desenvolve durante as entrevistas preliminares, e pressupõe o estabelecimento da relação transferencial entre o enfermeiro e a criança.

É neste momento que o enfermeiro toma a criança como efeito do significante, considerando seu sofrimento psíquico com respeito à sua singularidade, o que permite o cuidado integral defendido no modelo de atenção biopsicossocial. Para tal, deve elaborar o cuidado tendo em vista o registro infantil e buscar os significantes tomados pela criança para sua constituição enquanto sujeito.

No cuidado, deve proporcionar o brincar livre como forma de linguagem e considerar que tudo pode servir na brincadeira. Por meio disso, a criança endereça um pedido de cura ao profissional, que deve transformar a queixa em sintoma e o sintoma em enigma.

Por fim, o enfermeiro deve proporcionar o cuidado centrado na família, descobrir se há sofrimento por parte da criança e o lugar que ela ocupa no mito familiar. Para isso, é preciso incluir os pais no tratamento, fornecendo-lhes escuta, e ao mesmo tempo endereçar-se à criança, possibilitando-lhe expressão subjetiva para além da posição de objeto ocupada na fala dos pais.

Desta maneira, na primeira etapa do BTB o enfermeiro assume a posição de agente terapêutico e constrói o Histórico de Enfermagem.

### 5.7.2 Explorando

Nesta etapa, a criança examina, analisa e experimenta o brinquedo, a situação que a envolve, o ambiente e as pessoas presentes durante a sessão de BTD<sup>(51)</sup>.

Uma das bases para aplicação do BTD é a composição de uma caixa de brinquedos que será oferecida à criança para que ela explore livremente<sup>(54,56)</sup>. É justamente quando ela entra em contato com esta caixa, composta por brinquedos variados (figuras representativas, objetos domésticos e do cotidiano, materiais que estimulam a criatividade, objetos que representem momentos de sua vida)<sup>(54,56)</sup> que a exploração se faz presente.

Assim, enquanto explora, ela descobre as possibilidades do brincar<sup>(51)</sup>. É neste momento que o enfermeiro deve atentar-se a uma das principais funções do brincar enquanto prática terapêutica: que ele se reproduza incessantemente<sup>(66)</sup>.

É preciso receber essa insistência, pois o que é repetido pende à elaboração simbólica pelo próprio movimento de repetição, o qual deve ser lido como um nó a decifrar<sup>(47,66,131,133)</sup>.

Tal repetição é um ato que abre caminho à atuação (acting out), uma vez que muitas vezes o paciente não se recorda do que esqueceu ou reprimiu, mas expressa-o pela atuação, não reproduzindo como lembrança, mas como ação<sup>(68)</sup>.

A cada repetição surge a possibilidade de se elaborar o que não pôde ser rememorado e verbalizado, tornando a atuação uma via importante<sup>(68)</sup>. Para a criança, o cuidado caminhará por essa via, tendo o brincar como acting out mediador do processo<sup>(68)</sup>.

Desta forma, na experiência do brincar, a criança repete experiências desagradáveis pois, com isso, pode dominar a situação de uma forma ativa e não passiva<sup>(69)</sup>. A cada nova repetição, ela busca fortalecer a supremacia que procura, ou seja, expor sua verdade, aquilo que lhe causa angústia ou sofrimento<sup>(69)</sup>.

Assim, na abordagem intersubjetiva, a partir da associação livre, é possível descobrir o que a criança não consegue recordar<sup>(223)</sup>. Contudo, comumente o sujeito não recorda o que foi esquecido e reprimido, e sim atua, ou seja, o reproduz como ato, ele o repete, sem saber que o faz, o que, neste contexto, acontece pela repetição das brincadeiras<sup>(66,223)</sup>.

Para que a recordação seja possível, o profissional deve reconhecer as resistências da criança e torná-las conscientes à ela, ou seja, deve descobrir as resistências desconhecidas ao sujeito e, sendo essas dominadas, com frequência as situações esquecidas passam a ser expostas<sup>(223)</sup>.

Contudo, é preciso dar tempo à criança para que ela tenha conhecimento de suas resistências, para então elaborá-las e superá-las, prosseguindo apesar delas<sup>(223)</sup>. A elaboração consiste no surgimento de uma interpretação, por parte do sujeito, para superação de suas resistências<sup>(223)</sup>. Logo, esta etapa de exploração tem como uma das principais funções para a criança: recordar, repetir e elaborar.

O principal meio de dominar a compulsão de repetição pelo conhecimento das resistências e transformá-la em motivo para a recordação está no manejo da transferência<sup>(223)</sup>. Para isso, é preciso permitir que as brincadeiras possam ser repetidas com liberdade, ou seja, é preciso sustentar o que se iniciou na etapa anterior: o brincar, agora identificado como uma ação repetida, deve ser livre, para que a criança apresente nele o que se ocultou em sua vida psíquica.

Portanto, a repetição possui estreita relação com a transferência e resistência<sup>(223)</sup>. A repetição, tanto das brincadeiras, quanto na relação com o enfermeiro, é transferência do passado esquecido, que se repete não só com o profissional, mas em todos os relacionamentos e atividades de vida da criança<sup>(223)</sup>.

Esta se entrega à compulsão de repetir, que substitui o impulso à recordação e, neste contexto, quanto maior a resistência, maior também é o recordar substituído pelo atuar, compreendido como repetição<sup>(223)</sup>.

Assim, a criança repete na brincadeira tudo o que, do reprimido, já se impôs em seu ser manifesto: suas inibições e atitudes inviáveis, seus sintomas, seus traços de caráter<sup>(223)</sup>. Quando o enfermeiro identifica a repetição deste repertório, tem como tarefa interrogar a criança na relação transferencial<sup>(24)</sup>.

Por meio deste movimento de repetição para dominação das resistências e possibilidade de recordação, o sujeito passa a olhar o transtorno não como algo desprezível, e sim como uma parcela de seu ser fundamentada em bons motivos, de que cabe colher algo valioso para sua vida futura<sup>(223)</sup>. Como consequência, há uma reconciliação com o reprimido que se manifesta nos sintomas<sup>(223)</sup>.

O tratamento, neste aspecto, tem como objetivo manter no psiquismo todos os impulsos que a criança gostaria de dirigir para o âmbito motor e o sucesso é atingido quando, mediante o trabalho de recordação, surge uma solução a algo que

o sujeito gostaria de descarregar por meio de uma ação<sup>(223)</sup>. Logo, quando a relação transferencial é proveitosa, o tratamento chega a impedir que a criança realize os atos de repetição<sup>(223)</sup>.

Além disso, esta repetição do brincar possui estreita relação com o conceito de significante, visto que significante é aquilo que se repete<sup>(66)</sup>. Assim, é comum que o brincar de uma criança se reproduza infatigavelmente, sem que se saiba seu significado, exceto que a repetição aponta para um nó à decifrar<sup>(66)</sup>.

A criança também encena em seu brincar a apropriação dos significantes do Outro, corpo materno que constitui um tesouro de significantes e prepara um lugar à criança no mundo simbólico, lugar este representado pelo corpo imaginado<sup>(66)</sup>. Estes significantes apresentados no brincar indicam a posição que a criança é colocada no mito familiar e o lugar ocupado por ela no desejo do Outro: como falo, sintoma ou fantasma.

Além disso, possibilitam ao profissional traçar hipóteses de como a criança se posiciona na linguagem, por meio dos modos de negação do Édipo, o que permite a identificação das estruturas neurose, psicose ou perversão<sup>(152,215)</sup>. Ou seja, nesta etapa é possível que o enfermeiro exerça a função diagnóstica das entrevistas preliminares.

É preciso lembrar que o sintoma da criança pode ser uma resposta à problemática familiar, sendo necessário dar continuidade nesta etapa ao que se iniciou na etapa anterior: a inclusão dos pais no tratamento. Assim, pinçar os significantes do mito familiar, delinear as posições de cada membro na família e identificar se a criança é marcada pelo novo e diferente são ações essenciais.

Com a aquisição de novos conhecimentos sobre a criança e o mito familiar, ainda nesta etapa é possível que o enfermeiro dê continuidade à função sintomal das entrevistas preliminares, iniciada na etapa anterior.

Como resultado, durante as sessões de BTB, a criança está buscando significantes que a representem, demonstra desejo de mudanças nos significantes que já a representam, ou ainda, com mais frequência, busca desfazer-se de algum deles<sup>(66)</sup>.

Por exemplo, no campo das neuroses, o objetivo principal é liberar o sujeito de um significante que o representa excessivamente<sup>(66)</sup>. Já nas psicoses, o sujeito está esmagado por significantes que não o representam, e a tarefa é ajudá-lo na invenção de algum que sirva para ele, que o represente de fato<sup>(66)</sup>.

Quando o enfermeiro, nas sessões de BTB, reconhece um destes significantes e o peso que possui, deve identificar o que a criança faz com ele: deixa como está ou introduz um retoque, desvia sua direção. Toda condução do tratamento se baseia nisso<sup>(66)</sup>.

O profissional, neste caso, deve intervir favorecendo condições para que a criança consiga encontrar um significante ou recolocar sua relação com ele<sup>(66)</sup>. Se a posição do enfermeiro, por outro lado, é de quem aponta quais são os significantes e o que fazer com eles, a intervenção deixa de ser terapêutica e torna-se um doutrinamento<sup>(66)</sup>.

Como consequência, o enfermeiro que atua tendo como referencial teórico a psicanálise, tem como objetivo principal desobstruir uma cadeia de significantes<sup>(66)</sup>. Quando uma intervenção adquire incidência significativa, é porque depois dela algo não permanece exatamente igual<sup>(66)</sup>.

Vale ressaltar que, para que a elaboração das questões da criança seja possível, não deve haver busca de interpretação do brincar, visto que as brincadeiras possuem uma cadeia de significantes própria<sup>(47)</sup>.

Se outra pessoa dá significado aos seus elementos, fixa um sentido, e tal fixação é indesejável pois os significantes deslizam<sup>(47)</sup>. Assim, essa falta de sentido deve ser preenchida pela própria criança, sendo o lugar de criação e interpretação das situações vivenciadas apenas dela<sup>(47)</sup>.

Outro ponto a ser observado nesta etapa é a detecção da presença ou ausência da espontaneidade no brincar, sendo este um critério crucial para o diagnóstico diferencial, pois a criança pode estar fazendo os gestos do brincar, mas como forma de satisfazer as demandas que supõe no adulto e, neste caso, não necessariamente há ali um sujeito brincante<sup>(66)</sup>.

Um exemplo de bloqueio da espontaneidade do brincar ou, pelo menos, da redução de seu alcance, acontece em patologias causadas pelo aderir-se desesperadamente a algo e/ou alguém, o que pode definir um tipo de existência<sup>(66)</sup>. Isto acontece quando a ação do brincar encontra-se pendente daquele em quem a criança está dependurada<sup>(66)</sup>.

Neste contexto, o único critério seguro para dizer que algo pertence ao registro lúdico é descobrir ali circulação libidinal, e não somente o desejo familiar, que toma a criança como alvo<sup>(66)</sup>.

Assim, a postura do enfermeiro não deve ser a de quem determina a brincadeira, pois o excesso de presença não permite à criança ser e impede que ela brinque de forma espontânea<sup>(224)</sup>. Neste caso, haverá uma tentativa de brincar, pois este não foi criado com espontaneidade, o que tem como consequência sua transformação em uma forma da criança ser vista pelo outro, o que reforça uma posição submissa e não espontânea<sup>(224)</sup>.

As sessões de BTB, neste contexto, devem acontecer na espontaneidade do brincar e, caso a criança não seja capaz de um brincar espontâneo, o profissional deve auxiliar no desenvolvimento ou na recuperação de sua capacidade brincante<sup>(225)</sup>.

Por fim, o último ponto a ser observado nesta etapa é o de brincar enquanto esburacar. Isto pois a produção de um furo é condição para ser, ou seja, para ser é preciso esburacar<sup>(66)</sup>.

Já abordamos que as atividades mais intensas e mais regulares durante o primeiro ano de vida de um bebê são referentes à produção de buracos no corpo do Outro<sup>(66)</sup>. Este é um ponto importante pois o interesse pelo buraco no corpo do Outro se repete como passo inevitável para qualquer melhora<sup>(66)</sup>.

Por exemplo, a criança com autismo é aquela que renunciou a fazer buraco, não opera sobre os objetos, não faz perfuração<sup>(66)</sup>. Pelo contrário, são normalmente crianças que arranham superfícies, deslizam sobre ela com delicadeza, o que difere do impulso perfurante primordial<sup>(66)</sup>.

Logo, é essencial que o brincar da criança tenha como função fazer buraco, visto que por meio desta ação ela retira e se apropria ativamente de significantes do Outro para constituir-se enquanto sujeito desejante, separando-se e diferenciando-se do corpo deste Outro<sup>(134)</sup>. Os significantes também são fundamentais para dar entrada à linguagem<sup>(47,66)</sup>.

Tal função tem início no primeiro ano de vida, mas se estende e se desdobra por toda a infância, principalmente nos casos de crianças que, por diversos motivos, tenham encontrado obstáculos para consolidar o esburacar e, por isso, o enfermeiro pode se deparar com o déficit dessa função nas sessões de BTB.

Este esburacar surge como uma das primeiras experiências de exploração, pois as crianças brincam com tudo que possam explorar enquanto buraco<sup>(226)</sup>. Alguns exemplos de esburacamento no brincar são: quebrar o brinquedo, tirar roupa

de boneca, colocar brinquedos na boca, entre outras práticas de buraco que o enfermeiro deve permitir nas sessões de BTB.

Os episódios psicossomáticos são outro exemplo do buraco como órgão libidinal<sup>(66)</sup>. Eles devem ser entendidos como a primeira inscrição de posse simbólica de uma parte do corpo, “esta borda dolorosa é minha, tenho que pôr uma porta neste buraco que, até o momento, era um buraco sem porta, totalmente desguarnecido e depredado pelo Outro”<sup>(66)</sup>.

O buraco produzido libidinalmente é uma formação erógena constituída por meio de uma carícia materna, que desenha bordas e permite a demasia de prazer para o sujeito<sup>(66)</sup>. Já o buraco devastado é aquele formado por uma intrusão agressiva, tanto literal quanto metaforicamente<sup>(66)</sup>.

Ou seja, durante o tratamento no BTB, é preciso que a criança incorpore buracos que funcionem como zonas erógenas e não como zonas de destruição, assoladas pelo gozo do Outro, pois brincar proporciona a incorporação do buraco enquanto função de ser.

Para atingir este objetivo, a criança deve poder perder o respeito pelo brinquedo, visto que a veneração possui efeitos inibidores, impedindo o esburacar e dificultando ou anulando a produção de significantes do sujeito<sup>(66)</sup>. O respeito, se existir, deve ser dirigido ao próprio sujeito, ao seu desejo, e quando direcionado ao brinquedo pode causar uma inibição lúdica<sup>(66)</sup>.

Esta etapa tem início ainda nas entrevistas preliminares e avança com a entrada no tratamento. Por isso, neste momento o enfermeiro também deve exercer as funções sintomal e diagnóstica, ou seja, transformar a queixa da criança em um enigma a ser decifrado por ela, entrelaçando a escuta, a palavra e o brincar, identificar a posição ocupada por ela na linguagem<sup>(68,152,215)</sup> e formular os DE.

Em conjunto com isso, o profissional deve dar continuidade à identificação dos principais traços de qual lugar a criança ocupa no mito familiar e qual o direcionamento dado por ela aos significantes herdados<sup>(216)</sup>. A atuação em conjunto com os pais também é presente neste momento.

Logo, na etapa “Explorando”, o enfermeiro dá continuidade à construção do Histórico de Enfermagem, elabora os DE e inicia o Planejamento de Enfermagem. Para tal, deve permitir que a criança explore a relação transferencial e o brincar por meio de sua repetição livre, espontânea e enquanto forma de esburacar.

Retomando o caso apresentado no capítulo 5.6 “O diagnóstico nas entrevistas preliminares”, é neste momento que o enfermeiro elenca os DE apontados e traça intervenções de enfermagem no brincar junto à criança, ou seja, dirige o tratamento considerando o tempo lógico.

### 5.7.3 Brincando

Nesta etapa do BTD, a criança efetivamente brinca, ou seja, se comunica com o enfermeiro. Para tal, cria situações imaginárias que permitem a ela exprimir e lidar com seu cotidiano, medos, angústias, conflitos e tensões, uma forma de verbalizar seus afetos e suas experiências de vida<sup>(51,65-66,68)</sup>.

Ou seja, o brincar não deve ser visto apenas como uma forma de catarse, e sim como uma articulação entre o real, o simbólico e o imaginário, essencial para a estruturação psíquica da criança<sup>(66,68)</sup>. Além disso, comporta sua verdade quando lida no campo dos significantes<sup>(68)</sup>.

Durante a articulação entre a situação imaginária e a circunstância real, a criança evidencia o significado que esta tem para ela, com o objetivo de elaborá-la<sup>(51,223)</sup>. Logo, é por meio da brincadeira que ela expressa seus desejos ou representa circunstâncias reais que a atemorizam, afligem, angustiam ou impressionam<sup>(51)</sup>.

O brincar também passa por diversos momentos, já descritos anteriormente: começa com sua função socioafetiva, é acrescido das brincadeiras sensório-motoras e, por fim, avança às brincadeiras simbólicas<sup>(34,37-38)</sup>. Da mesma forma, nos diferentes estágios da estruturação subjetiva é possível observar variações e transformações na função do brincar<sup>(66)</sup>.

Isto pois, ao longo do processo de estruturação, o brincar se ressignifica, sendo essencial não produzir interferências de importância nesse processo, que podem criar obstáculos no trabalho de ressignificação<sup>(66)</sup>.

O brincar tem como uma de suas funções, principalmente no primeiro ano de vida, a constituição libidinal do corpo, ou seja, possui caráter semelhante ao processo de extrair materiais do corpo do Outro para fabricar o próprio corpo<sup>(66,134)</sup>.

Vale ressaltar que a psicanálise não considera a criança como ente passivo em nenhuma etapa de seu desenvolvimento<sup>(66)</sup>. Por exemplo, é insensata a ideia de que a criança é passiva ao mamar, visto que o ato de mamar é o que proporciona a

fabricação do leite materno, ou seja, de certa forma a criança dá de comer a si mesma, por intermédio da mãe<sup>(66)</sup>.

Da mesma forma, o tratamento pela via da psicanálise acontece na medida em que o paciente analisa a si mesmo, utilizando o profissional como circuito da transferência mediante<sup>(66,152,215)</sup>. Por vezes, há uma fantasia onipotente que remete o paciente à passividade receptiva, muito perigosa quando assumida pelo profissional<sup>(66,216)</sup>.

Assim, o enfermeiro não deve confundir a passividade com a dependência da criança em relação aos materiais com os quais se estrutura<sup>(66)</sup>. Como função dos materiais extraídos, a criança os utiliza em sequência: extrair-fabricar superfícies contínuas, películas de continuidade, processo intenso e ativo em que o bebê extrai materiais do corpo do Outro, ou seja, os significantes dos quais se apropriará subjetivamente<sup>(66,227)</sup>.

Para isso, é preciso que o corpo materno seja perfurável e, assim sendo, o processo de esburacamento e extração de significantes acontece principalmente nos momentos de trocas entre mãe e bebê<sup>(227)</sup>. O reencontro frequente com o Outro perfurável permite ao bebê alcançar sua integração, ou seja, permite encontrar matéria-prima disponível para formação de superfícies contínuas<sup>(227)</sup>.

Como resultado, a função materna fornece as condições psíquicas e ambientais para que o bebê possa, brincando, formar superfícies de continuidade com o ambiente, o que permite a posterior diferenciação entre o eu e o Outro<sup>(227)</sup>.

Assim, a partir da estruturação primordial do corpo, por meio do brincar, a primeira coisa que se constrói não é um interior, e sim uma película em fita contínua<sup>(66)</sup>. Isto é, o brincar nessa etapa é imerso na tarefa de esburacar-fazer superfícies contínuas<sup>(227)</sup>. É essencial que a criança inscreva-se sob a forma de uma superfície, requisito para que consiga realizar operações do tipo dentro/fora<sup>(66,227)</sup>.

Por exemplo, é possível observar em desenhos de crianças psicóticas um contorno “em franjas”, ou seja, não há bordas firmes, ininterruptas, de silhueta; pelo contrário, as bordas apresentam consistência tremida<sup>(66)</sup>. Este é um índice da destruição de uma superfície corporal<sup>(66)</sup>.

Casos como esse, em que há passagem da não integração à desintegração, acontecem quando há graves falhas nas funções primordiais, em que prematuramente a criança precisa construir dispositivos de defesa frente ao potencial desintegrador, implicado por funções fracassadas para unificá-la<sup>(66)</sup>.

Uma recomendação comum na pediatria é a criação de rotinas para o bebê<sup>(66)</sup>. De fato, estas proporcionam regularidades e previsões para um sujeito em condições em que tudo é imprevisível ou impensável, visto que está em um mundo completamente novo<sup>(66)</sup>. Essas rotinas nada mais são do que a fabricação de superfície: o Outro deve oferecer, por meio delas, meios para construir uma cotidianidade<sup>(66)</sup>.

Logo, as rotinas são fundamentais para a construção de superfícies, pois com elas o bebê consegue antecipar algo conhecido, do que se repete dentro de uma regularidade organizadora, diante de um mundo completamente estranho<sup>(227)</sup>. Neste momento ainda não é possível a separação entre eu e não-eu, e o bebê não dispõe de noção corporal que lhe permita se diferenciar da realidade externa<sup>(227)</sup>.

Toda cotidianidade, considerando seu sentido de plataforma de apoio, é herdeira da função materna e, por isso, pressupõe um desenvolvimento simbólico já sofisticado<sup>(66)</sup>. Por exemplo, em uma família com potencial psicótico, é possível observar uma criança impossibilitada de prever o que vai acontecer, pois não há constituição de rotina<sup>(66)</sup>. Já a criança neurótica costuma se queixar desta e dos impasses que causa em seu desejo<sup>(66)</sup>.

As sessões de BTB, neste contexto, devem acontecer em um ambiente protegido, com constância do setting, longe de oscilações excessivas da realidade externa, ou seja, devem proporcionar a tranquilidade necessária para a construção de superfícies<sup>(227)</sup>.

Para permitir a constituição desta previsibilidade, tão importante à criança, o enfermeiro deve estar atento aos princípios do BTB: apresentação do profissional, convite ao brincar, adoção de um contrato de início e término da sessão e estabilidade do local<sup>(54,56)</sup>.

Assim, é oferecida à criança uma nova oportunidade de constituição da superfície de continuidade com o ambiente, primordial para o trabalho de construção da imagem integrada do eu<sup>(227)</sup>.

Porém, antes de formar hábitos, é preciso formar corpo<sup>(66)</sup>. O bebê de certa idade se lambuzava constantemente, com a papinha que lhe serve de alimento, formando uma película homogênea, e isto acontece pois o próprio corpo deste sujeito não é mais do que um grande emplastro<sup>(66)</sup>. Justamente por isso, o bebê fica muito zangado quando lhe tiram uma sujeira do rosto, visto que o despojamos de uma parte substancial de seu corpo<sup>(66)</sup>.

É preciso salientar uma observação: quando o bebê lambuza o lugar onde come, por exemplo, não se deve pensar que está efetuando uma intervenção sobre um objeto do mundo externo, pois nesta fase ainda não é possível imaginar uma separação, que está longe de se constituir, de corpo/espço, corpo/não-corpo<sup>(66)</sup>.

Ou seja, o espaço é o corpo, e toda operação que a criança faz sobre um “objeto externo” envolve, para ela, seu corpo<sup>(66)</sup>. Para uma criança pequena não há intervenção sobre o espaço que não seja também uma intervenção sobre seu corpo, pois a formação de superfícies relaciona-se à criação de uma extensa unidade com o ambiente<sup>(66,227)</sup>. Esta forma de espacialidade inconsciente é chamada de espaço de inclusões recíprocas. Nesta fase, a espacialidade é bidimensional<sup>(66)</sup>.

A vulnerabilidade neste ponto é frequentemente associada a fantasias paranóicas que discorrem no eixo limpo/sujo<sup>(66)</sup>. Assim, uma família que descarrega esta temática delirante sobre o filho, submetido muito cedo a políticas higienistas, expõe a criança à destruição do que ela tenha erguido como superfície<sup>(66)</sup>.

Logo, nas sessões de BTB, deve-se considerar os elementos que a criança se apegar não como meros objetos, pois estes podem ser o sujeito em sua corporalidade libidinal<sup>(66)</sup>. Por isso é preciso haver cuidado para tirá-los dela, pois sua perda traumática pode provocar desde uma ruptura narcisista até uma devastação psicótica<sup>(66)</sup>.

As manifestações de uma formação defeituosa de superfície são diversas: em crianças com autismo, por exemplo, é comum observar esboços amputados, restos de superfícies mal formadas, o que caracteriza as estereotipias<sup>(66)</sup>.

Estas simbolizam o que ficou de uma criança brincando, marcam um fragmento mutilado do que seria um movimento estendido no tempo e espaço, e podem constituir uma janela para que o profissional possa intervir, resgatando o que há de produção subjetiva na criança por trás de cada estereotipia<sup>(66,227)</sup>.

As falhas na formação de superfícies contínuas também se expressam com toda intensidade no período em que se esperava a conquista da simbolização, ou seja, se torna impossível para a criança separar-se do corpo materno caso ela ainda não tenha sido capaz de construir uma superfície para o próprio corpo<sup>(227)</sup>.

Alguns profissionais que trabalham com crianças optam por adotar um tipo de função materna errática, com alto grau de imprevisibilidade, que provoca problemas nesta fase de construção de superfícies, visto que não está ali onde e quando é procurada<sup>(66)</sup>.

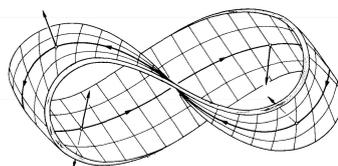
Esta maneira de atuar, adotando uma função materna inconsistente, é mais patogênica do que uma mobilidade mais contínua e menos errática, estilo que traz prejuízos, mas é mais prognosticável<sup>(66)</sup>.

Assim, a primeira grande função do brincar se relaciona à edificação do próprio corpo<sup>(66)</sup>. Ou seja, do traçado e da inscrição de uma superfície sem volume e sem solução de continuidade: superfície sem buracos<sup>(66)</sup>.

A segunda função do brincar diz respeito ao segundo momento na estruturação do corpo, ao qual se pode ver entregue um bebê: uma série de jogos de relação continente/conteúdo<sup>(66)</sup>. Por exemplo, é nesta fase que a criança pega a bolsa da mãe e tira coisas de dentro dela, ou se empenha em descobrir o que há no interior de uma caixa, tirar elementos e devolvê-los, sempre de uma maneira insistente e repetitiva<sup>(66)</sup>.

Contudo, é um equívoco supor que há um conteúdo interno diferente de um continente externo<sup>(66)</sup>. Considerando o conceito de inclusões recíprocas, é preciso olhar para a relação entre continente e conteúdo como reversível, de natureza ambígua, ou seja, a afirmação de que o continente deve ser maior que o conteúdo não tem validade<sup>(66,227)</sup>.

É possível pensar na banda de Moebius para esclarecer o que acontece nessa fase: a imagem de um tubo esmagado, sem volume, uma superfície unidimensional sem dentro e fora, sem interior e exterior, que representa a unidade que, neste momento, constitui o bebê e o Outro<sup>(66,227)</sup>.



**Figura 5.** Banda de Moebius para a psicanálise (Lacan, 1962-3, p. 110)

Consideremos um exemplo, expresso por uma criança durante o brincar: de acordo com a cena, tanto ela quanto o profissional estão no interior de uma nave espacial, mas, simultaneamente, ela é um robô que devora a nave em cujo ventre estava refugiada<sup>(66)</sup>.

Logo, as relações continente/conteúdo possuem um laço de ambiguidade e não de oposição, sendo reversíveis<sup>(66)</sup>. Cenas como a descrita acima são fantasias da onipotência no imaginário infantil<sup>(66)</sup>.

Também pode-se pensar em situações em que, na brincadeira, o brinquedo menor derrota facilmente um oponente maior, novamente demonstrando que as relações pequeno/grande ainda não possuem significado consistente<sup>(66)</sup>. Desta forma, é equivocado considerar a ideia simplista de que a mãe é o continente e a criança o conteúdo<sup>(66)</sup>.

É possível fazer uma relação entre a configuração continente/conteúdo com o campo transferencial construído entre profissional e paciente<sup>(66)</sup>. Quando aquele impõe demais que é ele quem fornece a interpretação, imposição prematura e favorecida pelo esquematismo dar/receber, o paciente permanece esburacado, pois é o profissional que o preenche com suas palavras<sup>(66)</sup>. Neste cenário, o paciente não cria e não participa da produção de interpretações<sup>(66)</sup>.

Nessa fase a criança ainda não tem noção de volume, está ocupada em colocar um objeto dentro do outro e, a partir da formação de superfícies contínuas e da elaboração de um tubo bidimensional, aos poucos a noção de volume pode ser adquirida no interior desse tubo, o que permite gradativamente o processo de diferenciação entre interno/externo, sujeito/objeto, tornando-o um tubo tridimensional<sup>(227)</sup>.

Assim, esta função do brincar acrescenta, em um espaço bidimensional e plano, uma certa dimensão de volume, em que, sem transição, passa-se do continente com conteúdos ao desaparecimento do continente, por exemplo<sup>(66)</sup>.

Como resultado, há a formação de um tubo tridimensional, caracterizado pela relação entre continente e conteúdo<sup>(66)</sup>. O efeito de entubamento se evidencia em jogos de inclusões de alguns objetos em outros, modalidade do buraco descoberta pela psicanálise e fundamental na construção do corpo<sup>(66)</sup>. Simultaneamente, é possível localizar uma atividade primordial de perfuração e extração, praticada no corpo do Outro, práxis cuja originalidade forma a pulsão<sup>(66)</sup>.

Como resultado, a segunda função do brincar possui estreita relação com o movimento de diferenciação e indiferenciação do corpo do Outro<sup>(66,227)</sup>. Para poder separar-se é preciso estar muito unido, em fusão, pois é esta que permite a separação<sup>(66,227)</sup>.

Quando esta função não encontra maneira de se desdobrar devido a imposição da diferenciação precoce entre o corpo da criança e o externo, ela fica novamente perfurada: na clínica, encontram-se diversas fantasias psicóticas, em que a criança encontra-se esburacada de um modo muitas vezes irremediável<sup>(66)</sup>. Ou seja, a separação antes do tempo altera a espontaneidade da criança, que se adapta compulsoriamente ao desejo do Outro<sup>(227)</sup>.

Neste contexto, o enfermeiro, durante as sessões de BTB, deve receber as brincadeiras de continente/conteúdo, ou seja, a repetição do brincar enquanto prática de tirar e pôr objetos dentro de uma caixa, abrir e fechar armários e gavetas de forma desorganizada, por exemplo.

A criança, passando por estas duas funções sem patologias, constitui um corpo em estado de relativa continuidade como superfície e entubado por meio de certas relações oscilatórias de continente/conteúdo, as quais insinuem a passagem ao volume, embora com refutabilidade<sup>(66)</sup>.

Todos estes resultados são fruto de um intenso trabalho subjetivo que acontece no primeiro ano de vida, e deixam a criança protegida de destruições autistas, depressivas ou psicóticas<sup>(66)</sup>.

Logo, por meio do brincar a criança se presenteia um corpo, o que depende do ambiente: este possibilita ou obstrui, acelera ou bloqueia, ajuda para a construção ou ajuda para a destruição de certos processos<sup>(66)</sup>. Neste contexto, o BTB mediado pelo enfermeiro deve contribuir para a estruturação corporal.

A terceira função do brincar aparece no último quarto do primeiro ano, por volta dos nove meses, e a forma mais segura de sua detecção é através de jogos de esconde-esconde, práticas de aparecimento e desaparecimento<sup>(66,227)</sup>.

Estas desembocam em brincadeiras mais complexas, em que o gozo de se ocultar é essencial<sup>(66)</sup>. O desaparecimento, que até então não causava nenhum prazer ou provocava angústia, passa a ser um acontecimento libidinal, a criança vê nele graça e pede repetição<sup>(66)</sup>.

A título de exemplo, pode-se recorrer à análise que Freud faz do jogo de seu neto, uma criança de 18 meses, ao observar uma experiência em que se pode notar a repetição de uma situação desagradável<sup>(228)</sup>. Tal brincadeira é um jogo de presença-ausência (fort/da), no qual a criança constrói as primeiras simbolizações<sup>(228)</sup>.

Certo dia, ele observou que seu neto portava uma linha atada a um carretel, e repetidas vezes segurava o cordão e atirava o objeto sobre a borda de sua cama, de modo que desaparecesse, ao mesmo tempo que vocalizava o distanciamento, pela palavra “fort”, que em alemão significa “ir embora”. Logo em seguida, puxava o objeto pelo cordão, resultando em seu reaparecimento, vocalizando “da”, traduzido por “achou”<sup>(228)</sup>.

Neste jogo em especial, de desaparecimento e retorno, há um alívio da angústia causada pelas saídas da mãe do menino, as quais representam uma experiência dolorosa<sup>(228-229)</sup>. Contudo, apesar de dolorosa, também é acompanhada de prazer, articulado ao jogo simbólico na medida que coloca a criança no lugar de agente e sujeito da ação<sup>(228-229)</sup>. Assim, nesta posição ativa e de domínio, a criança encontra prazer pela via da simbolização<sup>(229)</sup>.

Este jogo de fort/da ficou consagrado como a manifestação da atividade lúdica em sua originalidade, ao mesmo tempo que representa uma das funções atribuível ao brinquedo, a de simbolizar um desaparecimento, uma perda, dar representação à ausência<sup>(66)</sup>.

Ou seja, considerando o caso exposto, é por meio dele que a experiência de saída da mãe pode ser exprimida e simbolizada, pois essa ausência já não causa buracos desestruturantes nas superfícies formadas<sup>(227)</sup>.

Também é possível observar a terceira função do brincar nas brincadeiras de deixar cair coisas, seja soltando-as ou lançando-as<sup>(66)</sup>. A observação do fort/da mostra que, em primeira instância, a criança coloca relevância no lançar, ela valoriza o “fort”, que é precisamente o novo, a acentuação do gozo recai sobre este momento da operação<sup>(66)</sup>.

Ao lançar o objeto, a criança cria um espaço que antes não existia, ou seja, produz um fora, que lhe permite simbolizar o que antes era impensável: a saída da mãe, que antes era apenas um desaparecimento perigoso e insuportável<sup>(66)</sup>.

A partir da produção deste espaço, a ausência torna-se imaginável e representável e, como consequência, constrói uma regulação diferente da angústia, que até então era muito mais destrutiva e não manejável<sup>(66)</sup>.

Esta nova aquisição, a capacidade de desaparecer, é decisiva para que haja algo real, pois para que algo seja real é preciso fazer valer a possibilidade efetiva de seu desaparecimento<sup>(66)</sup>. Assim, constitui-se um par de opostos presença/ausência, antes inexistente: quando alguém desaparecia, não estava incluída a possibilidade

de seu retorno<sup>(66)</sup>. O fort/da estabilizado possibilita realizar algo sem que o olhar o suporte<sup>(66)</sup>.

Neste contexto, o desaparecimento do olhar do Outro já não causa fraturas desestruturantes nas superfícies contínuas e a criança experimenta sua existência na ausência do Outro<sup>(227)</sup>.

Quando ainda não se concretiza os primórdios desta categoria, toda separação imposta ao sujeito não tem nenhum efeito positivo ou produtivo em seu aparelho psíquico e causa apenas danos<sup>(66)</sup>.

Logo, antes da existência do presente/ausente, a separação não pode ser simbolizada e vai retornar no real em estado bruto, sob a forma de destruição corporal ou perfuração patológica<sup>(66)</sup>.

Vale um exposto: a criança é trazida ao consultório pois cortaram a água do edifício e, com isso, não pode se limpar, não se pode mandar longe o cocô, o que provocou uma emergência de angústia pois a criança começou a gritar que o cocô estava ali<sup>(66)</sup>. A crise se desencadeia por não haver água para atirar “fort” suas fezes, sendo que aquilo que não pode passar à categoria de ausente torna-se extremamente persecutório<sup>(66)</sup>.

Assim, a pergunta que a criança precisa encaminhar, por meio de múltiplos brincares nas sessões de BTB, é: como pode existir algo na qualidade de ausente, como pode existir algo que não é visível?

Esboçada a nova operação simbólica, a angústia volta-se para sua utilização possível como sinal, aos menores indícios de que o Outro se dispõe a partir<sup>(66)</sup>. Faz parte desta modificação subjetiva que a nova simbolização da separação só se sustenta por períodos limitados<sup>(66)</sup>.

Ou seja, a capacidade de simbolização da separação da mãe só é possível durante curtos períodos de tempo e, em situações que isso se prolonga, sua ausência torna-se insustentável para a criança, devido a grande angústia que a invade<sup>(227)</sup>.

Logo, a criança esburaca e perfura o corpo materno, há uma fascinação por ele, do qual não cansa de arrancar partículas<sup>(66)</sup>. Com esse material, gradativamente fabrica suas próprias imagens e, a partir de seu desenvolvimento, dispõe, aos poucos, da capacidade simbólica de auto-sustentar-se<sup>(66)</sup>. Podemos observar este fenômeno quando, em torno dos dois anos, ela separa-se por alguns momentos do adulto e vai brincar<sup>(66)</sup>.

O fracasso em obter o fort/da inevitavelmente complica toda a problemática edípica da criança<sup>(66)</sup>. Por exemplo, uma criança que demanda manter consigo o profissional, fazendo tudo com o olhar no rosto deste, perguntando a cada momento o que deseja que ele realize, como se suplicasse “não deixes de me olhar, pois caio em um vazio”<sup>(66)</sup>.

Nos casos de patologia decorrente da falha nesta operação, a criança não fabrica suas próprias imagos e também não encontra uma nova espacialidade fora do corpo materno, só conseguindo existir tentando se fundir continuamente ao Outro<sup>(66)</sup>.

Também é possível observar esta falha em uma situação clínica inversa: quando a criança se vincula facilmente a qualquer um, sendo desapegada em excesso desde pequena<sup>(66)</sup>. Neste caso, o ponto estrutural é o mesmo: não se construiu suficientemente o fort/da e não simbolizou o estranho como tal, ou seja, todos são mãe, o familiar campeia por todo o lugar, a anexação ao corpo do Outro está dissimulada no fenomenológico<sup>(66)</sup>.

É revolucionário quando a criança, consolidada em suas novas operações, desfruta de ignorar o retorno da mãe: o abraço alegre dá lugar à indiferença<sup>(66)</sup>. Este processo também acontece na transferência, quando a criança responde a separações prolongadas entre as sessões com comportamentos que prolongam ainda mais sua ausência<sup>(66)</sup>. Nestes casos, o enfermeiro deve tomar cuidado ao efetuar uma intromissão, impor sua presença, o que pode arruinar o esforço desempenhado até então.

Esta forma de brincar encontra-se ligada ao desmame, pois, da mesma forma, é a criança quem se desmama, quando encontra o mínimo de colaboração necessária<sup>(66)</sup>. O desmame não é centrado exclusivamente ao acontecimento oral e cobre uma série de aspectos na vida do sujeito<sup>(66)</sup>.

É possível também localizá-lo nas brincadeiras de esconder-se já mencionadas, que tematizam um desaparecimento agora gozado e o desprendimento do olhar do Outro e de sua forte ligação com o ser: “sou olhado, existo”<sup>(66)</sup>.

Logo, existe também um desmamar-se do olhar materno<sup>(66)</sup>. Esses momentos fugazes, quando a criança se deixa cair ou deixa cair o olhar que a sustenta, proporcionam o gozo duplicado do esconder-se e do reencontro<sup>(66)</sup>. Assim, há um triplo desprendimento: do olhar, do seio e do próprio sujeito<sup>(66,227)</sup>.

Vale ressaltar que, mesmo quando o bebê consegue diferenciar o pai e a mãe enquanto pessoas, no que concerne às categorias simbólicas, até certo momento todos são mãe, tudo é mãe<sup>(66)</sup>.

A inscrição psíquica do estranho configura outro traço fundamental na operação desmame, tendo teor de “se nem tudo é mãe, se há elementos não-mãe, basta um, eu não sou ela e ela não é eu”<sup>(66)</sup>. Logo, um só estranho é suficiente para introduzir a queda do conjunto tudo mãe, que perde sua vigência e validade universais<sup>(66)</sup>.

Este movimento é conhecido como angústia do oitavo mês, e consiste na diferenciação, pelo bebê, da mãe em relação a outros estranhos, o que leva-o a não mais acreditar cegamente na ilusão fusional com o corpo materno<sup>(227)</sup>. Esta é uma grande mudança psíquica na criança, que começa a diferenciar a ilusão daquilo que faz parte da realidade compartilhada<sup>(227)</sup>.

É possível pensar em outro fenômeno lúdico, de proliferação no segundo ano de vida e no qual a operação fort/da se põe em jogo: a descoberta da porta, em especial sua função de fechar<sup>(66)</sup>.

Nos tempos de formação do tubo, quando a criança encontra objetos como continente de extração, a porta nada mais é que a borda de um entubamento sem exterioridade<sup>(66)</sup>. Já durante o segundo ano, ela dedica-se a fechar quantas portas encontre, desaparecendo ou fazendo desaparecer o Outro<sup>(66)</sup>.

Também a partir do fort/da, se atinge outra direção no segundo ano de vida: a do não, em que a criança brinca de não, brinca de ser não, responde com ele toda solicitação do Outro, mesmo que logo aceite o que lhe é oferecido<sup>(66)</sup>.

Esta fase não abarca apenas a linguagem oral do “não”, e sim toda uma gama de situações de vejo/não vejo, toco/não posso tocar, me aproximo/me afasto, entre uma infinidade de modulações válidas para categorizar esta operação<sup>(66)</sup>. Ou seja, através disso, a criança assume a função toda da palavra, do nomear agora ativamente assumido por ela<sup>(66)</sup>.

Vale o apontamento de outra conquista nesta idade: no espaço de inclusões recíprocas, a criança deduz que o que pensa é sabido por seus pais, pois ela é e existe em uma transparência<sup>(66)</sup>. A partir dos dois anos, vai aos poucos descobrindo que isto não acontece, o que tem como consequência o aparecimento da mentira, sendo esta uma conquista simbólica, pois pode mentir porque não é transparente<sup>(66)</sup>.

O sucesso de uma operação depende da aquisição da anterior, pois quando não há uma estrutura precedente, atingir o próximo passo eleva além do aconselhável o nível de angústia<sup>(66)</sup>.

Qualquer destruição produzida na superfície corporal prejudicará a operação do fort/da, pois a separação ficará implicada como sinônimo de destruição de si mesmo, de seu próprio corpo<sup>(66)</sup>. Ou seja, se a criança não conseguiu construir uma superfície suficientemente contínua, como e com que empreenderá uma diferenciação do corpo materno que ameaça desintegrá-lo?<sup>(66)</sup>

Logo, a pergunta pelo suportável, pelo que se tolera sem alteração patológica, é muito importante na clínica de crianças<sup>(66)</sup>. A simbolização deve ser sempre considerada, dentre outros elementos, sobre a base das primeiras distâncias do corpo da mãe e, quando esta simbolização é forçada inoportunamente, a angústia é tão grande que resulta em cisões, formações reativas de rigidez e violência<sup>(66)</sup>.

Por esse motivo, é preciso considerar a aplicação do BTD como um operador lógico para auxiliar no estabelecimento das funções que o brincar apresenta para a constituição psíquica e seu uso não deve ficar engessado numa faixa etária determinada, uma vez que o sofrimento psíquico infantil traz a precocidade ou o adiamento da constituição do sujeito.

Isto pois a separação prematura frequentemente causa efeitos negativos já ao bebê ou arrasta consequências à criança mais velha, pois altera sua espontaneidade e a orienta compulsoriamente a se adaptar ao desejo do Outro, o que difere do desenvolvimento simbólico típico<sup>(66)</sup>. Tal condição é tão angustiante, que favorece a inscrição de vivências de impotência e vazio<sup>(66)</sup>.

A dependência do bebê é tão extrema, não apenas referente a suas necessidades biológicas, que a única forma de suportá-la é não tendo consciência dela, até que seja alcançado um mínimo de autonomia<sup>(66)</sup>. A função estruturante de onipotência no imaginário infantil protege a criança de perceber precocemente que é o Outro que a sustenta e que este poderia desaparecer<sup>(66)</sup>.

Esse reconhecimento normalmente acontece por volta de um ano, como já visto, e causa crises de angústia<sup>(66)</sup>. Quando reconhecido aos poucos meses de vida, pode tornar-se aniquilante<sup>(66)</sup>.

Nos casos em que a criança é desprovida de função materna ou passa por outras deteriorações precoces, começa sua auto-sustentação, quando dispõe da

capacidade de fabricar imagos, ou seja, quando o Outro se vai, não se vai todo, em especial não vai embora seu corpo, pois é capaz de montar imagos que o ajudam a esperar<sup>(66)</sup>.

Quando ainda não dispõe deste recurso, a ausência do Outro equivale à sua destruição, principalmente nos primeiros tempos da vida pós-natal, pois ainda não dispõe de defesas<sup>(66)</sup>. Nestes casos, o bebê fica exposto à depressão psicótica, ou seja, à perda não limitada ao objeto, senão puro buraco no corporal<sup>(66)</sup>.

A manifestação clínica embrionária mais recorrente do que constitui o ponto de partida da depressão psicótica ou perfuração, se não for interrompida ou manejada, é encontrada em bebês presos em um pranto angustiado<sup>(66)</sup>. Quando não é acodido a tempo, o regular são doenças como: diarreias crônicas, meningites, vulnerabilidade à infecção; isto pois a criança responde com o corpo, pois não tem outro instrumento a seu alcance<sup>(66)</sup>.

Por isso a grande importância da fabricação de intermediários, sejam chamados de objetos transicionais ou objetos *a*<sup>(66)</sup>. Quando dispõe deles, a criança deixa de recorrer ao somático<sup>(66)</sup>. Neste contexto, o objeto *a* são os brinquedos oferecidos nas sessões de BTB. O enfermeiro deve se atentar a forma que a criança utiliza tais brinquedos, pois eles podem indicar a posição que ela ocupa no mito familiar.

Por outro lado, a criança que tem com o quê reverter uma situação desprazerosa ou potencialmente destrutiva, pode invertê-la e infringi-la imaginariamente a alguém, ou em um de seus bonecos<sup>(66)</sup>.

Assim, quando a criança se vê obrigada a adaptar-se a uma diferenciação prematura entre ela e o corpo materno, passa precocemente por experiências de perfuração, pois não há reversibilidade fluida de continente a conteúdo<sup>(66)</sup>.

Ou seja, para que se alcance com êxito o que tramita nesta multiplicidade de jogos que se desdobram como função fort/da, é necessário que a criança simbolize a diferença entre separar e destruir, pois quando diferenciação se compara com destruição, toda a separação, mesmo que mínima, é impossível e a obriga a se fundir para evitar danos maiores<sup>(66)</sup>.

Agora, vale uma consideração muito importante. Na literatura, a aplicação do BTB é recomendada para crianças de três a dez anos<sup>(56)</sup>. Como dito anteriormente, com os achados desenvolvidos neste trabalho, recomenda-se a utilização do BTB a partir da leitura lógica, quando a criança ainda necessita organizar a constituição de

superfícies contínuas, aquisição da noção de volume e ressignificação das separações. Isto pois o brincar apresenta funções essenciais à constituição do sujeito desde seu nascimento, e a falha na aquisição de tais funções pode causar repercussões para além dos dez anos.

As funções do brincar aqui apresentadas, considerando o referencial teórico adotado, acontecem até os dois anos de idade<sup>(66)</sup>. É importante ter conhecimento do tempo esperável da emergência destas, pois assim constitui-se um critério de avaliação clínica: quando trazem uma criança de certa idade à consulta, o enfermeiro tem o direito de supor que se cumpriram certas funções, dentro de certos limites.

Contudo, é essencial considerar que a idade em que se desdobram as três funções expostas possui um período de aparecimento mais ou menos flutuante e depois um de desdobramento, no qual se dá uma série de repetições, impasses, destinos, para que esta função se consolide ou não<sup>(66)</sup>.

Podemos recordar o caso já apresentado, de José<sup>(221)</sup>. Já com sete anos de idade, em seu brincar ele apresentava certa incapacidade de representar, em desenhos, seu próprio corpo. Este sintoma encontra-se extremamente relacionado com a principal função do brincar, ou seja, a constituição libidinal do corpo<sup>(66)</sup>. A depender dos traços encontrados no desenho, a falha nessa função pode ser identificada no momento da construção de superfícies contínuas, por exemplo<sup>(66,227)</sup>.

Como dito anteriormente, a falha na consolidação de uma função prejudica o desenvolvimento das demais<sup>(66)</sup>. José apresenta uma relação de extrema dependência com a mãe pois, ao não constituir o próprio corpo, a separação se torna sinônimo de destruição<sup>(66)</sup>.

Logo, o enfermeiro precisa considerar que a criança em idade para aplicação do BTB pode apresentar sintomas e necessidades que mostram que as funções estruturais do brincar foram falhas e, neste contexto, haverá nas sessões a repetição de brincadeiras que demonstram o déficit no desenvolvimento destas. Assim, o enfermeiro deve atuar justamente para que a criança alcance a conclusão de cada função.

Ou seja, neste trabalho recomendamos a aplicação do BTB às crianças com sofrimento psíquico a partir da avaliação da lógica de sua constituição enquanto sujeito, quando suas condições estruturais assim demandarem a fim de possibilitar a aquisição das três funções do brincar: fabricar superfícies contínuas, adquirir uma

noção de volume por meio da relação entre continente e conteúdo e ressignificar o desaparecimento.

Neste contexto, o papel do enfermeiro, utilizando como método as sessões de BT, é considerar os elementos apresentados pela criança em seu brincar e identificar por meio deles quais as dificuldades apresentadas por ela durante a formação de tais funções. A partir disso, o profissional deve fornecer os recursos necessários, durante as sessões, para que ela atinja o desenvolvimento psíquico que encontra-se defasado.

Logo, a terceira etapa do BT, Brincando, constitui o momento efetivo de comunicação entre a criança e o enfermeiro, por meio do brincar. Para tal, o profissional deve aceitar as brincadeiras da criança e, a partir do que é exposto, questionar-se: quais dificuldades lógicas tem a criança de se defrontar, em determinados momentos, e que com seu brincar tenta resolver?

A partir disso, a atuação do enfermeiro deve se debruçar em fornecer o cuidado que proporcione à criança uma forma de elaborar as questões apresentadas, por meio da etapa de Implementação do PE.

É preciso levar em conta que, como esta etapa pode revelar novas descobertas sobre a criança e seu sintoma, é possível também que o enfermeiro formule novos DE e pense em novas intervenções a serem implementadas, ou seja, este momento pode contribuir para diversas etapas do PE, como: Histórico, Diagnóstico, Planejamento de Enfermagem e Implementação.

#### **5.7.4 Encerrando a sessão**

A técnica do BT preconiza que a criança seja comunicada previamente que terá um tempo para brincar e, com alguns minutos de antecedência, seja avisada que o final da sessão se aproxima<sup>(51)</sup>.

No referencial psicanalítico, é feito um “contrato” com o paciente, que fixa o chamado setting analítico e determina o tempo das sessões, sua frequência, valor e forma de pagamento<sup>(215)</sup>. Contudo, este “contrato” deve ser considerado no âmbito da ética e não das regras, ou seja, deve ser construído em um ato psicanalítico em que o profissional dá existência ao inconsciente, promovendo o tratamento no particular de cada caso<sup>(215)</sup>.

Logo, o contrato das sessões de BTB deve possuir condições para sua realização, e não regras ou normas impostas. É preciso considerar também a questão já apresentada sobre o tempo lógico, diferente do cronológico: o respeito não é ao relógio e sim ao tempo da relação significativa<sup>(230)</sup>.

Desta forma, o contrato deve acontecer de maneira específica para cada criança, de acordo com as necessidades observadas pelo enfermeiro. Aspectos básicos como horários e frequência das sessões devem ser combinados de acordo com a particularidade de cada caso<sup>(231)</sup>.

Ao mesmo tempo que o reconhecimento da singularidade de cada criança é essencial para formular o contrato, o profissional deve proporcionar a constância do setting. Ou seja, apesar de não trabalhar com regras, o enfermeiro deve considerar algumas condições para que o contrato das sessões de BTB seja benéfico para a criança.

Isto pois, como dito anteriormente, as rotinas são fundamentais para a construção de superfícies, protegendo a criança de oscilações excessivas da realidade externa<sup>(227)</sup>. Para tal, vale reforçar a importância do enfermeiro proporcionar a constância do setting das sessões de BTB, ou seja: estipular a frequência das sessões, um horário de início e de término e a estabilidade do local<sup>(54,56)</sup>.

Além disso, o enfermeiro deve levar em consideração as diferentes reações da criança neste momento: algumas aceitam o fim da brincadeira, outras começam a brincar quando percebem o fim da sessão e, em alguns casos, a criança busca prolongá-la, o que indica que, para ela, o brincar ainda não terminou<sup>(51)</sup>.

Essas reações devem ser levadas em conta pelo profissional a fim de adequar o tempo de cada sessão à subjetividade de cada criança. Ou seja, o enfermeiro deve estipular um contrato determinando o horário de início e término da sessão, mas pode fazer mudanças em sua duração enquanto ela acontece, visto que seu encerramento também é considerado uma intervenção.

Por exemplo, nos casos em que a criança se mostra muito angustiada com o término da sessão, o enfermeiro pode prolongar sua duração para trabalhar neste momento a angústia de separação apresentada, que pode estar associada com um déficit na terceira função do brincar. Esta é a flexibilidade do contrato na clínica com crianças.

Vale ressaltar que o fim da sessão não indica o término do brincar, visto que o que considera-se no referencial psicanalítico é o tempo lógico<sup>(230)</sup>. A criança brinca nas sessões subsequentes como se não houvesse intervalo entre elas, de modo que uma sessão é continuidade da anterior, e quem decide o final é somente ela<sup>(51)</sup>. Logo, o enfermeiro deve estar atento pois o processo de brincar estende-se por mais de uma sessão<sup>(51)</sup>.

Também é preciso considerar que o brincar não se acaba com a infância. Uma das tarefas que especificam, em psicanálise, a adolescência e a vida adulta, é a transformação do brincar, enquanto prática significante, em trabalho<sup>(66)</sup>. Assim, as formações de desejo, desenvolvidas no brincar infantil e na adolescência, passam e cedem grande parte de sua força ao ato de trabalhar, como atividade central da existência adulta<sup>(66)</sup>.

Para que tal passagem seja decisiva, é preciso que uma quantidade significativa da ordem do desejo, que se manifesta ou desdobra no brincar, passe para a atividade que chamamos de trabalhar<sup>(66)</sup>. Ou seja, o brincar proporciona uma base pulsional decisiva e, onde cala o desejo, onde se acaba o brincar, o sujeito está perdido<sup>(66)</sup>.

A função do enfermeiro, nesta etapa do BTD, é se atentar ao contrato das sessões considerando a especificidade de cada caso e proporcionar a constância do setting. Além disso, deve pensar o brincar como uma prática contínua, que não se inicia e encerra nas sessões, dando continuidade, com as devidas adequações, às funções essenciais na adolescência e vida adulta.

É também nesse momento, considerando o PE, que o enfermeiro realizará a Avaliação de Enfermagem, ou seja, avaliará como a criança responde às intervenções implementadas e dará continuidade ao cuidado ou pensará novas estratégias mais adequadas ao tratamento.

### **5.7.5 Proposta de cuidado de enfermagem para crianças com transtornos mentais: aplicação do Brinquedo Terapêutico Dramático**

É oportuno a construção de Quadros sinópticos para sintetizar e sistematizar as ações do enfermeiro que opta pelo uso do BTD no cuidado de crianças com transtornos mentais.

Neles, constam as etapas do BTB e qual o suporte teórico utilizado em cada uma delas, para que o enfermeiro saiba quais teorias deve buscar para sustentar seu cuidado. Também há neles as fases do PE utilizadas em cada etapa e quais ações o enfermeiro deve adotar especificamente em cada momento do BTB para realização do cuidado.

Desta forma, pode servir como guia e facilitar o trabalho do enfermeiro.

### Quadro 3 - Teoria, fases do Processo de Enfermagem e ações do enfermeiro a serem consideradas na etapa Estabelecendo Relação

<p><b>Etapas do Brinquedo Terapêutico dramático</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estabelecendo relação</li> </ul>				
<p><b>Suporte teórico</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Modelo de atenção biopsicossocial: cuidado integral à criança com respeito à sua singularidade;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Registro infantil;</li> <li>Entrevistas preliminares: funções transferencial e sintomai;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Significantes;</li> <li>Histerização: transformar o sintoma em enigma;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Associação livre;</li> <li>Pedido de cura endereçado ao profissional;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cuidado centrado na família: inclusão dos pais no tratamento;</li> <li>Mito familiar;</li> <li>Endereçar-se à criança: há sofrimento?</li> </ul>
<p><b>Fases do Processo de Enfermagem</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Histórico de Enfermagem</li> </ul>				
<p><b>Ações do enfermeiro</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Considerar o registro infantil, associado à constituição do sujeito do inconsciente, para que o cuidado aconteça tendo em vista a singularidade da criança, o que possibilita o cuidado integral defendido no modelo de atenção biopsicossocial;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Apresentar-se, convidar a brincar e estipular os princípios que vão conformar as sessões (dias, horário, duração e local);</li> <li>Estabelecer a relação transferencial nas entrevistas preliminares, permitindo à criança endereçar-lhe uma demanda, a ser transformada em sintoma e este em enigma;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Proporcionar o brincar livre e o "tudo pode servir" para surgimento da associação livre;</li> <li>Incluir os pais no tratamento e fornecer-lhes escuta, à fim de descobrir os principais traços do mito familiar e o lugar ocupado pela criança;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Permitir à criança expressar-se subjetivamente para além de sua posição ocupada no mito familiar, descobrindo se há sofrimento por parte dela.</li> </ul>	

**Quadro 4 - Teoria, fases do Processo de Enfermagem e ações do enfermeiro a serem consideradas na etapa Explorando**

<b>Etapas do Brinquedo Terapêutico dramático</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Explorando</li> </ul>		
<b>Suporte teórico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Caixa de brinquedos do Brinquedo Terapêutico dramático;</li> <li>Repetição significativa;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mito familiar: o Outro como corpo materno e tesouro de significantes;</li> <li>Acting out;</li> <li>Espontaneidade do brincar;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Esburacar;</li> <li>Os destinos da criança: falo, sintoma ou fantasma;</li> <li>Complexo de Édipo;</li> <li>Entrevistas preliminares: funções transferencial, sintoma e diagnóstica;</li> <li>Entrada no tratamento.</li> </ul>
<b>Fases do Processo de Enfermagem</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Histórico de Enfermagem</li> <li>Diagnósticos de Enfermagem;</li> <li>Planejamento de Enfermagem.</li> </ul>		
<b>Ações do enfermeiro</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Permitir à criança explorar os brinquedos e repetir a brincadeira, para que encene os significantes herdados do Outro enquanto mito familiar;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reconhecer os significantes para possibilitar à criança encontrar novos ou recolocar sua relação com eles; desobstruindo uma cadeia de significantes;</li> <li>Permitir o brincar como acting out mediador do cuidado;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Identificar se há espontaneidade do brincar e estimular a criança a recuperar sua capacidade brincante, para que não haja nela apenas desejo familiar;</li> <li>Permitir à criança esburacar, perder o respeito ao brinquedo, como condição para ser;</li> <li>Atuar em conjunto com os pais para identificar os mitos familiares; o lugar ocupado pela criança na família e no desejo do Outro;</li> <li>Transformar o sintoma em enigma e traçar hipóteses sobre o diagnóstico estrutural.</li> </ul>

**Quadro 5** - Teoria, fases do Processo de Enfermagem e ações do enfermeiro a serem consideradas na etapa Brincando

<p><b>Etapas do Brinquedo Terapêutico dramático</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Brincando</li> </ul>				
<p><b>Suporte teórico</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O brincar como meio de comunicação da criança;</li> <li>• Transferência;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formação de superfícies contínuas;</li> <li>• Aquisição da noção de volume: continente/contêido;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inclusões recíprocas;</li> <li>• Simbolização do desaparecimento;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relação de objeto e linguagem: fort/da;</li> <li>• Desmame;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Idade do Brinquedo Terapêutico dramático;</li> <li>• Constituição libidinal e estruturação do corpo.</li> </ul>
<p><b>Fases do Processo de Enfermagem</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Histórico de Enfermagem;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnóstico de Enfermagem;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Planejamento de Enfermagem;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementação.</li> </ul>	
<p><b>Ações do enfermeiro</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilizar a transferência para estabelecer a comunicação com a criança, por meio do brincar;</li> <li>• Considerar os elementos que a criança se apega como essenciais para constituição do sujeito em sua corporalidade libidinal;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporcionar a constância do setting e permitir à criança formar continuidade com o ambiente para que inscreva-se sob a forma de uma superfície e consiga realizar operações de dentro/fora;</li> <li>• Receber as brincadeiras de relação continente/contêido para que a criança elabore um tubo tridimensional e adquira a noção de volume;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Possibilitar brincadeiras que permitam à criança simbolizar o desaparecimento do Outro, para que a separação não se torne sinônimo de destruição corporal;</li> <li>• Aplicar o Brinquedo Terapêutico dramático como operador lógico para auxiliar no estabelecimento das funções do brincar, contribuindo para a constituição psíquica e estruturação corporal da criança;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar quais dificuldades lógicas a criança tenta resolver por meio do brincar e fornecer recursos para que ela atinja o desenvolvimento psíquico que encontra-se defasado.</li> </ul>	

**Quadro 6** - Teoria, fases do Processo de Enfermagem e ações do enfermeiro a serem consideradas na etapa Encerrando a sessão

<p><b>Etapas do Brinquedo Terapêutico dramático</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Encerrando sessão</li> </ul>
<p><b>Suporte teórico</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Setting analítico;</li> <li>• Constância do setting;</li> <li>• Funções do brincar: formação de superfícies contínuas e simbolização da separação;</li> <li>• Subjetividade da criança;</li> <li>• Tempo lógico.</li> </ul>
<p><b>Fases do Processo de Enfermagem</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliação de Enfermagem.</li> </ul>
<p><b>Ações do enfermeiro</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Construir um contrato com a criança respeitando sua singularidade, considerando a particularidade de cada caso e possibilitando a emergência do inconsciente;</li> <li>• Manter a constância do setting, respeitando o contrato feito com a criança referente aos dias, horário, duração e local das sessões de Brinquedo Terapêutico dramático, o que auxilia na construção de superfícies contínuas;</li> <li>• Considerar as reações da criança frente ao fim da brincadeira e construir intervenções que contribuam para que ela elabore a separação;</li> <li>• Considerar o tempo lógico e estar ciente que o brincar pode estender-se por mais de uma sessão.</li> </ul>

## 6. CONCLUSÃO

Este trabalho respondeu ao objetivo de elaborar uma proposta de cuidado em enfermagem para crianças com transtornos mentais, considerando a estruturação do sujeito do inconsciente para o estabelecimento da relação enfermeiro-paciente por meio do BTd.

Para tal, foi realizado um percurso teórico sobre a trajetória histórica do tratamento de pessoas em sofrimento psíquico, considerando em especial o movimento da RP brasileira, que possibilitou o cuidado realizado atualmente às crianças com transtornos mentais, por meio principalmente da atenção em saúde realizada nos CAPSij.

Considerando o brincar como a forma básica da comunicação infantil, foi feito um levantamento das principais atribuições do brincar em diversos campos, como suas funções para o desenvolvimento infantil, sua utilização pela enfermagem, por meio principalmente da aplicação do BT e, por fim, sua importância para a clínica psicanalítica.

Também foram abordados aspectos iniciais sobre o uso do BTd na atuação do enfermeiro pediatra e a implementação do PE no cuidado ao público estudado.

Como primeira etapa para construção da proposta de cuidado defendida, foi realizada uma revisão integrativa com o objetivo de descobrir quais as evidências encontradas na literatura sobre o cuidado de enfermagem realizado com crianças com transtornos mentais. Foi possível identificar que esse cuidado acontece pautado em modelos de atenção à saúde, com ênfase no modelo biomédico e biopsicossocial.

As principais atribuições do enfermeiro nesta modalidade de cuidado, segundo o levantamento, são: coleta de dados e construção do histórico; observação da criança e de seu comportamento; investigação, identificação e intervenção nos sintomas; participação no diagnóstico médico; encaminhamento para avaliação e tratamento; monitoramento da saúde física e mental; manejo comportamental do transtorno; prescrição de medicamentos; e educação em saúde.

Além disso, os estudos defendem que o enfermeiro deve estabelecer rapport e relacionamento interpessoal e construir parceria com os pais e familiares da criança.

A partir destes achados, foram elencados conceitos significantes do cuidado de enfermagem às crianças com transtornos mentais, ao observar os aspectos que se repetem nos artigos, que são: modelos de atenção à saúde, família, diagnóstico e manejo.

Em conjunto, foi realizada a leitura do texto “O brincar e o significante”, que possibilitou a apreensão do referencial teórico adotado e dos conceitos psicanalíticos do brincar como linguagem do inconsciente para leitura da articulação significante, os quais são: criança, significante, mito familiar, entrevistas preliminares e brincar.

Por meio da articulação dos pontos de nodulação entre os conceitos significantes e psicanalíticos identificados, foi possível desenvolver a proposta de cuidado de enfermagem às crianças com transtornos mentais, com os devidos ajustes teóricos.

Assim, primeiramente considerou-se a importância do enfermeiro ultrapassar a demarcação puramente corporal para definição de criança e avançar no cuidado considerando o tempo lógico para formação do sujeito do inconsciente. O profissional então deixa de ter um olhar meramente sobre a infância e passa a considerar o infantil, o que possibilita a oferta de um cuidado de enfermagem integral e em consonância com o modelo de atenção biopsicossocial.

Também foi possível identificar a necessidade de que a criança seja falizada e ocupe um lugar no desejo do Outro, responsável por inscrever os significantes fundamentais que darão entrada à linguagem, o que possibilita a formação de sua estrutura significante. Na proposta defendida, considerar estes aspectos é fundamental para atuar com crianças na saúde mental infantil.

No âmbito familiar, é imperativo que o enfermeiro considere o mito familiar como essencial para compreensão do lugar ocupado pela criança na família, pois tal posição reverbera nas brincadeiras apresentadas por ela nas sessões de BTB.

Logo, o enfermeiro deve atuar em parceria com a família e considerar a possibilidade, de acordo com a particularidade de cada caso, de incluir os pais no tratamento, fornecendo-lhes escuta e pinçando os significantes do mito familiar que repercutem na sintomatologia da criança.

Como proposta de cuidado de enfermagem à criança com transtorno mental, propõe-se que o enfermeiro utilize do BTB, pensando as sessões como espaço para

construção da relação enfermeiro-paciente, em que atuará considerando a estruturação do sujeito do inconsciente.

Na primeira etapa do BTM, Estabelecendo relação, a qual é desenvolvida nas entrevistas preliminares, o enfermeiro deve estabelecer uma relação transferencial com a criança. Em conjunto, é preciso considerá-la como efeito do significante e apreender seu sofrimento psíquico com respeito à singularidade.

Também é neste momento que o enfermeiro possibilita o brincar livre e oferta escuta aos pais. Assim, abre-se a possibilidade de apreensão da criança e de seu mito familiar e dá-se início à construção do Histórico de Enfermagem.

Após estabelecer a relação transferencial, o enfermeiro avança para a segunda etapa do BTM, Explorando. Neste momento, deve prover a exploração, ou seja, permitir que a criança explore livremente o ambiente, as relações e a caixa de brinquedos, descobrindo as possibilidades do brincar. Além disso, o brincar deve ser espontâneo e como ato de esburacar.

É nesta etapa que o brincar se reproduz infatigavelmente para elaboração simbólica de experiências desagradáveis e possibilita o encontro de um novo significante ou a re colocação da relação da criança com os significantes que já possui.

Considerando o PE, em Explorando o enfermeiro dá continuidade à construção do Histórico de Enfermagem, elenca os DE e inicia o Planejamento de Enfermagem.

Na próxima etapa, Brincando, o enfermeiro efetivamente brinca com a criança, possibilitando que ela expresse em suas brincadeiras as dificuldades simbólicas que apresentou durante a constituição libidinal de seu corpo, ou seja, na constituição de superfícies contínuas, na formação da noção de volume por meio da relação entre continente e conteúdo e na ressignificação da ausência pela consolidação do fort/da.

É neste momento que o enfermeiro identifica os déficits na consolidação destas funções, em qualquer idade da criança, por meio do que ela apresenta em seu brincar. No PE, continua a construção do Histórico, Diagnósticos e Planejamento de Enfermagem e dá ênfase na Implementação.

Por fim, em Encerrando a sessão, o enfermeiro encerra a sessão de BTM de acordo com o que foi estabelecido no contrato construído entre profissional e criança, tendo conhecimento de que o brincar acontece no tempo lógico e, portanto,

não se finaliza na sessão. Nesta etapa, o profissional realiza a Avaliação de Enfermagem.

Esta proposta de cuidado instrumentaliza o enfermeiro ao cuidado à criança com transtorno mental, tendo como referencial teórico a psicanálise para aplicação das sessões de BTB. Assim, o cuidado passa a ser embasado cientificamente e preenche a lacuna de conhecimento teórico desta área assistencial do cuidado de enfermagem.

## REFERÊNCIAS

1. Rocha RM. Enfermagem em Saúde Mental. 2. ed. São Paulo: Senac; 2019.
2. Amarante P, Torre EHG. "Back to the city, Mr. citizen!" - psychiatric reform and social participation: from institutional isolation to the anti-asylum movement. *Rev Adm Pública*. 2018;52(6):1090-107. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-761220170130>.
3. Braga CP. A perspectiva da desinstitucionalização: chaves de leitura para compreensão de uma política nacional de saúde mental alinhada à Reforma Psiquiátrica. *Saúde Soc*. 2019;28(4):198-213. DOI: <https://doi.org/10.1590/s0104-12902019190125>.
4. Amarante P, Nunes MO. Psychiatric reform in the SUS and the struggle for a society without asylums. *Ciênc Saúde Colet*. 2018;23(6):2067-74. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>.
5. Cézar MA, Melo W. Centro de Atenção Psicossocial e território: espaço humano, comunicação e interdisciplinaridade. *Hist Ciênc Saúde*. 2018;25(1):127-42. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702018000100008>.
6. Souza VA. Atuação da(o) enfermeira(o) no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Brasília. Trabalho de Conclusão de Curso [Graduação de Enfermagem] - UniCEUB [Internet]. 2019 [acesso em 15 abr 2020]. Disponível em: <https://repositorio.uniceub.br/jspui/bitstream/prefix/13592/1/21498484.pdf>.
7. Silva RBP. Proposta de cuidado de enfermagem à criança autista: contribuições da psicanálise. Campinas. Dissertação [Mestrado em Ciências da Saúde] - Universidade Estadual de Campinas; 2015. DOI: <https://doi.org/10.47749/T/UNICAMP.2015.958343>.
8. Chen YL, Chen WJ, Lin KC, Shen LJ, Gau SSF. Prevalence of DSM-5 mental disorders in a nationally representative sample of children in Taiwan: methodology and main findings. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2020;29:e15. DOI: [10.1017/S2045796018000793](https://doi.org/10.1017/S2045796018000793).
9. Vallières-Noël MM, Garçon S, Rosmus C, Goulnik F, Lavoie-Tremblay M. Exploring the needs for support of pediatric nurses caring for children with a mental health disorder hospitalized in non-psychiatric units. *Arch Psychiatr Nurs*. 2016;30(2):170-7. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.08.008>.
10. Delaney KR. Child psychiatric nursing: shaping a future vision of our work with children. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs*. 2020;33(1):5-6. DOI: [10.1111/jcap.12264](https://doi.org/10.1111/jcap.12264).
11. Gomes FMA, Cintra AMO, Ricas J, Vecchia MD. Saúde mental infantil na atenção primária à saúde: discursos de profissionais médicos. *Saúde Soc*. 2015;24(1):244-58. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015000100019>.

- 12.** Couto MCV, Delgado PGG. Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. *Psicol Clin.* 2015;27(1):17-40. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-56652015000100002>.
- 13.** Couto MCV, Duarte CS, Delgado PGG. A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. *Rev Bras Psiquiatr.* 2008;30(4):390-8. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462008000400015>.
- 14.** Carvalho J, Duarte MLC, Glanzner CH. Child mental health care in the context of the Family Health Strategy: an evaluative study. *Rev Gaúcha Enferm.* 2020;41(esp):e20190113. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190113>.
- 15.** Filho NCA, Souza AMP. A percepção sobre o trabalho em equipe multiprofissional dos trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. *Interface.* 2017;21(60):63-76. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0428>.
- 16.** Ministério da Saúde (Brasil). Portaria n°. 336, de 19 de fevereiro de 2002. 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* 20 fev 2002.
- 17.** Rodrigues J, Kempfer SS, Lenz JR, Oliveira SN. Influence of curricular reforms in mental health nursing education between 1969 and 2014. *Rev Gaúcha Enferm.* 2017;38(3):1-9. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.03.67850>.
- 18.** Martins GCS, Peres MAA, Santos TCF, Queirós PJP, Paiva CF, Filho AJA. Teaching undergraduate nursing in mental health as allied to the consolidation of the Psychiatric Reform movement. *Esc Anna Nery.* 2018;22(4):1-8. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0164>.
- 19.** Rodrigues J, Lazzari DD, Martini JG, Testoni AK. Professors' perception of mental health teaching in nursing. *Texto Contexto Enferm.* 2019;28:e20170012. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2017-0012>.
- 20.** Toledo VP, Motobu SN, Garcia APF. Sistematização da assistência de enfermagem em unidade de internação psiquiátrica. *Rev Baiana Enferm.* 2015;29(2):172-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v29i2.11707>.
- 21.** Garcia APRF, Freitas MIP, Lamas JLT, Toledo VP. Nursing process in mental health: an integrative literature review. *Rev Bras Enferm.* 2017;70(1):209-18. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0031>.
- 22.** Costa PCP, Garcia APRF, Toledo VP. Welcoming and nursing care: a phenomenological study. *Texto Contexto Enferm.* 2016;25(1):1-7. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072016004550014>.

- 23.** Freud S. Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia (“O caso Schreber”), artigos sobre técnica e outros textos (1911-1913). São Paulo: Companhia das Letras; 2010.
- 24.** Badin M, Toledo VP, Garcia APRF. Contribution of transference to the psychiatric nursing process. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(supl 5):2290-7. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0640>.
- 25.** Monteiro ARM, Martins MGQ, Lobô SA, Freitas PCA, Barros KM, Tavares SFVTF. Systematization of nursing care to children and adolescents in psychological distress. *J Res: Fundam Care.* 2015;7(4):1732-43. DOI: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2015.v7i4.3185-3196>.
- 26.** Ministério da Educação. Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em enfermagem. Resolução CNE/CES n°. 3, de 7 nov 2001.
- 27.** Kaye L, Warner LA, Lewandowski CA, Greene R, Acker JK, Chiarella N. The role of Nurse Practitioners in meeting the need for child and adolescent psychiatric services: a statewide survey. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.* 2009;47(3):34-40. DOI: [10.3928/02793695-20090301-07](https://doi.org/10.3928/02793695-20090301-07).
- 28.** Dias JCB, Carvalho JC. Enfermagem em pedopsiquiatria: especificidade do cuidar. *Rev Portuguesa de Enferm de Saúde Mental [Internet].* 2017 [acesso em 15 abr 2020];17:65-70. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/319931690\\_Enfermagem\\_em\\_pedopsiquiatria\\_especificidades\\_do\\_cuidar/fulltext/5a1c49ef0f7e9bd1be5c5bca/Enfermagem-em-pedopsiquiatria-especificidades-do-cuidar.pdf](https://www.researchgate.net/publication/319931690_Enfermagem_em_pedopsiquiatria_especificidades_do_cuidar/fulltext/5a1c49ef0f7e9bd1be5c5bca/Enfermagem-em-pedopsiquiatria-especificidades-do-cuidar.pdf).
- 29.** Wieczorkiewicz AM, Raissa CM, Magro IN, Mazon LM, Sprotte NL. Contribuições da enfermagem brasileira na saúde mental infantil: Uma pesquisa de revisão. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental [Internet].* 2016 [acesso em 15 abr 2020];8(18). Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/69435>.
- 30.** Oliveira CS, Maia EBS, Borba RIH, Ribeiro CA. Brinquedo Terapêutico na assistência à criança: percepção de enfermeiros das unidades pediátricas de um hospital universitário. *Rev Soc Bras Enferm Ped [Internet].* 2015 [acesso em 16 abr 2020];15(1):21-30. Disponível em: [https://journal.sobep.org.br/wp-content/uploads/articles\\_xml/2238-202X-sobep-S1676-3793201500004/2238-202X-sobep-S1676-3793201500004.x65337.pdf](https://journal.sobep.org.br/wp-content/uploads/articles_xml/2238-202X-sobep-S1676-3793201500004/2238-202X-sobep-S1676-3793201500004.x65337.pdf).
- 31.** Calegari T, Gimenes BP, Luz JH, Campos YAES, Borba RIH, Ribeiro CA. A criança autista em sessão de brinquedo terapêutico dramático: uma análise winnicottiana. *Rev Soc Bras Enferm Ped.* 2018;18(1):43-8. DOI: [10.31508/1676-3793201800007](https://doi.org/10.31508/1676-3793201800007).

- 32.** Garcia APRF. O ensino do processo de enfermagem em saúde mental: proposta metodológica a partir da psicanálise. Campinas. Tese [Doutorado em Ciências da Saúde] - Universidade Estadual de Campinas; 2017. DOI: <https://doi.org/10.47749/T/UNICAMP.2017.1059499>.
- 33.** Fonteles CSL, Coutinho DMB, Hoffmann C. A pesquisa psicanalítica e suas relações com a universidade. *Ágora*. 2018;21(1):138-48. DOI: <https://doi.org/10.1590/1809-44142018001013>.
- 34.** Hockenberry MJ, Wilson D, Rodgers CC. Wong. Fundamentos de Enfermagem Pediátrica. 10. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2017.
- 35.** Sezici E, Ocakci AF, Kadioglu H. Use of play therapy in nursing process: a prospective randomized controlled study. *J Nurs Scholarsh*. 2017;49(2):162-9. DOI: [10.1111/jnu.12277](https://doi.org/10.1111/jnu.12277).
- 36.** Brasil. Lei nº. 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 16 jul 1990. Seção 1, p. 13563.
- 37.** Yogman M, Garner A, Hutchinson J, Hirsh-Pasek K, Golinkoff RM. The power of play: a pediatric role in enhancing development in young children. *Pediatrics*. 2018;142(3):e20182058. DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.2018-2058>.
- 38.** Li WH, Chung JO, Ho KY, Kwok BM. Play interventions to reduce anxiety and negative emotions in hospitalized children. *BMC Pediatrics*. 2016;16(1):36. DOI: [10.1186/s12887-016-0570-5](https://doi.org/10.1186/s12887-016-0570-5).
- 39.** Silva C, Schmidt FM, Grigol AM, Schultz LF. O enfermeiro e a criança: a prática do brincar e do brinquedo terapêutico durante a hospitalização. *Semina Ciênc Biol Saúde*. 2020;41(1):95-106. DOI: [10.5433/1679-0367.2020v41n1p95](https://doi.org/10.5433/1679-0367.2020v41n1p95).
- 40.** Milteer RM, Ginsburg KR. The importance of play in promoting healthy child development and maintaining strong parent-child bond: focus on children in poverty. *Pediatrics*. 2012;129(1):e204-13. DOI: [10.1542/peds.2011-2953](https://doi.org/10.1542/peds.2011-2953).
- 41.** Santos DR, Bonfim CMS, Mazza VA, Wall ML, Mercês NNA. Processo de brincar da criança hospitalizada guiado pelo modelo lúdico. *Cogitare Enferm*. 2014;19(3):617-20. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v19i3.36669>.
- 42.** Kool R, Lawver T. Play therapy: considerations and applications for the practitioner. *Psychiatry MMC [Internet]*. 2010 [acesso em 16 abr 2020];7(10):19-23. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2989834/>.
- 43.** Medrano CA. Saúde pública, psicanálise e infância: do silêncio ao brincar. Florianópolis. Dissertação [Mestrado em Saúde Pública] - Universidade Federal de Santa Catarina; 2003.

44. Nightingale F. Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é (1860). São Paulo: Cortez; 1989.
45. Rocha PK, Caleffi CCF, Anders JC, Souza AIJ, Burciaga VB, Serapião LS. Contribution of structured therapeutic play in a nursing care model for hospitalized children. *Rev Gaúcha Enferm.* 2016;37(2):1-8. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.02.58131>.
46. Fernandes MNF, Chaves FL, Nunes JT, Costa ACPJ. O brincar na percepção de enfermeiros em um Hospital Pediátrico do Maranhão. *J Health Sci [Internet]*. 2017 [acesso em 16 abr 2020];19(2):120-5. Disponível em: <https://revista.pgsskroton.com/index.php/JHealthSci/article/view/3553>.
47. Delfini G, Pereira RROO, Melo LL, Garcia APRF. The act of playing as a signifier for the application of the dramatic Therapeutic Toy performed by the nurse: theoretical reflection. *Rev Bras Enferm.* 2022;75(2):e20210062. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0062>.
48. Pessoa ACB, Souza MHF, Fontes FCO. O lúdico no ambiente hospitalar: algumas reflexões. In: *Anais IV FIPED*. Campina Grande: Realize Editora; 2012. Disponível em: <https://www.editorarealize.com.br/index.php/artigo/visualizar/35>.
49. Green CS. Understanding children's needs through therapeutic play. *Nursing.* 1974;4(10):31-2.
50. Steele S. Child health and the family. In: *Concept of communication*. 1981.
51. Santos VLA, Almeida FA, Ceribelli C, Ribeiro CA. Understanding the dramatic therapeutic play session: a contribution to pediatric nursing. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(4):e20180812. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0812>.
52. Canêz JB, Gabatz RIB, Hense TD, Vaz VG, Marques RS, Milbrath VM. O brinquedo terapêutico no cuidado de enfermagem à criança hospitalizada. *Rev Enferm Atual In Derme.* 2019;88(26):1-9. DOI: <https://doi.org/10.31011/reaid-2019-v.88-n.26-art.129>.
53. Aranha BF, Souza MA, Pedroso GER, Maia EBS, Melo LL. Using the instructional therapeutic play during admission of children to hospital: the perception of the family. *Rev Gaúcha Enferm.* 2020;41:e20180413. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20180413>.
54. Pedroso GER. Visita de irmãos em terapia intensiva pediátrica: experiência revelada por meio do Brinquedo Terapêutico. Campinas. Tese [Doutorado em Ciências da Saúde] - Universidade Estadual de Campinas; 2019.
55. Maia EBS, Banca RO, Rodrigues S, Pontes ECD, Sulino MC, Lima RAG. The power of play in pediatric nursing: the perspectives of nurses participating in focal

groups. Texto Contexto Enferm. 2022;31:e20210170. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2021-0170>.

**56.** Pedroso GER, Garcia APRF, Melo LL. Visiting a hospitalized child in intensive care: experiences of siblings revealed through the dramatic therapeutic play. Esc Anna Nery. 2022;26:e20210088. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0088>.

**57.** Ribeiro CA, Almeida FA, Borba RIH. A criança e o brinquedo no hospital. In: Enfermagem Pediátrica: a criança, o adolescente e sua família no hospital. Barueri: Manole; 2008.

**58.** Pedrinho LR, Shibukawa BMC, Rissi GP, Uema RTB, Merino MFGL, Higarashi IH. Therapeutic toy in primary care: contributions for the systematization of nursing care. Texto Contexto Enferm. 2021;30:e20200616. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0616>.

**59.** Klein M. O desenvolvimento de uma criança (1921). In: Amor, culpa e reparação e outros trabalhos. Rio de Janeiro: Imago; 1996.

**60.** Freud S. O método psicanalítico freudiano (1904 [1905]). In: Fundamentos da clínica psicanalítica. Belo Horizonte: Autêntica; 2017.

**61.** Winnicott D. A criança e o seu mundo (1982). 7. ed. Rio de Janeiro: LTC; 2021.

**62.** Winnicott D. Privação e delinquência (1978). 5. ed. São Paulo: Martins Fontes; 2012.

**63.** Winnicott D. O brincar: uma exposição teórica (1968). In: O brincar e a realidade. Rio de Janeiro: Imago; 2019.

**64.** Winnicott D. Objetos transicionais e fenômenos transicionais (1975). In: O brincar e a realidade. Rio de Janeiro: Imago; 2019.

**65.** Dolto F. Psicanálise e pediatria (1971). 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 1988.

**66.** Rodolfo R. O brincar e o significante: um estudo psicanalítico sobre a constituição precoce. Porto Alegre: Artes Médicas; 1990.

**67.** Saussure F. Curso de linguística geral (1916). 28. ed. São Paulo: Cultrix; 2012.

**68.** Leitão IB, Cacciari MB. A demanda clínica da criança: Uma psicanálise possível. Estilos Clin. 2017;22(1):64-82. DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v22i1p64-82>.

**69.** Simões LMG, Pontes VV. O brincar como instrumento de linguagem da criança: um estudo de caso. Psicologia.pt [Internet]. 2014 [acesso em 16 abr 2020];1-18. Disponível em: <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0810.pdf>.

- 70.** Medrano CA. Para uma história do presente do brincar e das práticas em saúde. Rev Bras Enferm. 2004;57(3):306-10. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672004000300010>.
- 71.** Araujo AK. Importância do brincar na clínica psicanalítica: uma visão kleiniana. III Congresso Internacional de Investigação e Prática Profissional em Psicologia. Buenos Aires; 2011.
- 72.** Limeira VM, Costa MCS, Rodrigues SM. Fundamentos metodológicos da pesquisa teórica em psicanálise. Rev Subjetividades. 2017;17(1):68-78. DOI: <https://doi.org/10.5020/23590777.rs.v17i1.4861>.
- 73.** Delfini G, Toledo VP, Garcia APRF. The nursing team work process in Children and Adolescents Psychosocial Care Centers. Rev Esc Enferm USP. 2021;55:e03775. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020044403775>.
- 74.** Whittmore R, Knaf K. The integrative review: updated methodology. J Adv Nurs. 2005;52(5):546-53. DOI: [10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x).
- 75.** Sousa LMM, Marques-Vieira CMA, Severino SSP, Antunes AV. A metodologia de revisão integrativa da literatura em enfermagem. Rev Investig em Enferm [Internet]. 2017 [acesso em 15 jun 2021];(21):17-46. Disponível em: <http://www.sinaisvitalis.pt/images/stories/Rie/RIE21.pdf#page=17>.
- 76.** Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: and updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ. 2021;372:n71. DOI: [10.1136/bmj.n71](https://doi.org/10.1136/bmj.n71).
- 77.** Eriksen MB, Frandsen TF. The impact of patient, intervention, comparison, outcome (PICO) as a search strategy tool on literature search quality: a systematic review. J Med Libr Assoc. 2018;106(4):420-31. DOI: [10.5195/jmla.2018.345](https://doi.org/10.5195/jmla.2018.345).
- 78.** World Health Organization. Mental Health Policy and Service Guidance Package. Child and adolescent mental health policies and plans. Geneva: WHO; 2005.
- 79.** Ursi ES. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. Dissertação [Mestre em Enfermagem] - Universidade de São Paulo; 2005.
- 80.** Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Evidence-based practice in nursing and healthcare: a guide to best practice. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2011.
- 81.** Caldwell CL, Wasson D, Anderson MA, Brighton V, Dixon L. Development of the Nursing Outcome (NOC) label: hyperactivity level. J Child Adolesc Psychiatr Nurs. 2005;18(3):95-102. DOI: [10.1111/j.1744-6171.2005.00004.x](https://doi.org/10.1111/j.1744-6171.2005.00004.x).

- 82.** Galinat K, Barcalow K, Krivda B. Caring for children with autism in the school setting. *J Sch Nurs.* 2005;21(4):208-17. DOI: <https://doi.org/10.1177/10598405050210040501>.
- 83.** Olson PM, Pacheco MR. Bipolar disorder in school-age children. *J Sch Nurs.* 2005;21(3):152-7. DOI: [10.1177/10598405050210030501](https://doi.org/10.1177/10598405050210030501).
- 84.** Barcalow K. Oppositional defiant disorder: information for school nurses. *J Sch Nurs.* 2006;22(1):9-16. DOI: <https://doi.org/10.1177/10598405060220010301>.
- 85.** Courey TJ. Mental health needs of children and adolescents at camp: are they being assessed and treated appropriately by the camp nurse? *J Child Adolesc Psychiatr Nurs.* 2006;19(4):215-23. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1744-6171.2006.00074.x>.
- 86.** Keeley ML, Storch EA, Dhungana P, Geffken GR. Pediatric obsessive-compulsive disorder: a guide to assessment and treatment. *Issues Ment Health Nurs.* 2007;28(6):555-74. DOI: <https://doi.org/10.1080/01612840701354570>.
- 87.** Lobar SL, Fritts MK, Arbide Z, Russell D. The role of the nurse practitioner in an individualized education plan and coordination of care for the child with Asperger's syndrome. *J Pediatr Health Care.* 2008;22(2):111-9. DOI: [10.1016/j.pedhc.2007.04.001](https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2007.04.001).
- 88.** Breitenstein SM, Hill C, Gross D. Understanding disruptive behavior problems in preschool children. *J Pediatr Nurs.* 2009;24(1):3-12. DOI: [10.1016/j.pedn.2007.10.007](https://doi.org/10.1016/j.pedn.2007.10.007).
- 89.** Helbing MC, Ficca M. Obsessive-compulsive disorder in school-age children. *J Sch Nurs.* 2009;25(1):15-26. DOI: [10.1177/1059840508328199](https://doi.org/10.1177/1059840508328199).
- 90.** Inglese MD. Caring for children with autism spectrum disorder, part II: screening, diagnosis, and management. *J Pediatr Nurs.* 2009;24(1):49-59. DOI: [10.1016/j.pedn.2008.06.005](https://doi.org/10.1016/j.pedn.2008.06.005).
- 91.** Keeley ML, Storch EA. Anxiety disorders in youth. *J Pediatr Nurs.* 2009;24(1):26-40. DOI: [10.1016/j.pedn.2007.08.021](https://doi.org/10.1016/j.pedn.2007.08.021).
- 92.** Lack CW, Green AL. Mood disorders in children and adolescents. *J Pediatr Nurs.* 2009;24(1):13-25. DOI: [10.1016/j.pedn.2008.04.007](https://doi.org/10.1016/j.pedn.2008.04.007).
- 93.** Schmid AM, Truog AW, Damian FJ. Care of the suicidal pediatric patient in the ED: a case study. *Am J Nurs.* 2011;111(9):34-43. DOI: [10.1097/01.NAJ.0000405060.13022.b7](https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000405060.13022.b7).
- 94.** Gilbert SB. Beyond acting out: managing pediatric psychiatric emergencies in the emergency department. *Adv Emerg Nurs J.* 2012;34(2):147-63. DOI: [10.1097/TME.0b013e318251a2ea](https://doi.org/10.1097/TME.0b013e318251a2ea).

- 95.** Pereira AK, Maia EBS, Borba RIH, Ribeiro CA. The play of the child with ADHD. *Ciênc Cuid Saúde*. 2015;14(2):1175-83. DOI: [10.4025/ciencucuidaude.v14i2.25410](https://doi.org/10.4025/ciencucuidaude.v14i2.25410).
- 96.** Kameg KM, Richardson L, Szpak JL. Pediatric obsessive-compulsive disorder: an update for advanced practice psychiatric nurses. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs*. 2015;28(2):84-91. DOI: [10.1111/jcap.12111](https://doi.org/10.1111/jcap.12111).
- 97.** Gardiner S, Lowe L. Staff perspectives on two rare mental health disorders. *Nurs Child Young People*. 2016;28(3):28-37. DOI: [10.7748/ncyp.28.3.28.s22](https://doi.org/10.7748/ncyp.28.3.28.s22).
- 98.** Kirk S, Pryjmachuk S. Self-care of young people with long-term physical and mental health conditions. *Nurs Child Young People*. 2016;28(7):20-8. DOI: [10.7748/ncyp.2016.e761](https://doi.org/10.7748/ncyp.2016.e761).
- 99.** Bruder N, Gettings S, Grealish A. Engagement and effective information provision to promote recovery from depression. *Nurs Child Young People*. 2017;29(2):38-43. DOI: [10.7748/ncyp.2017.e733](https://doi.org/10.7748/ncyp.2017.e733).
- 100.** Delaney KR. Nursing in child psychiatric milieus: what nurses do: an update. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs*. 2017;30(4):201-8. DOI: <https://doi.org/10.1111/jcap.12204>.
- 101.** Leahy LG. Diagnosis and treatment of ADHD in children vs adults: what nurses should know. *Arch Psychiatr Nurs*. 2018;32(6):890-5. DOI: [10.1016/j.apnu.2018.06.013](https://doi.org/10.1016/j.apnu.2018.06.013).
- 102.** Wade DT, Halligan PW. The biopsychosocial model of illness: a model whose time has come. *Clin Rehabil*. 2017;31(8):995-1004. DOI: [10.1177/0269215517709890](https://doi.org/10.1177/0269215517709890).
- 103.** Garner AS. Thinking developmentally: the next evolution in models of health. *J Dev Behav Pediatr*. 2016;37(7):579-84. DOI: [10.1097/DBP.0000000000000326](https://doi.org/10.1097/DBP.0000000000000326).
- 104.** Lacan J. *Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise (1966)*. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1998.
- 105.** Lacan J. *O seminário, livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; 1985.
- 106.** Kusnanto H, Agustian D, Hilmanto D. Biopsychosocial model of illnesses in primary care: a hermeneutic literature review. *J Family Med Prim Care*. 2018;7(3):497-500. DOI: [10.4103/jfmpc.jfmpc\\_145\\_17](https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_145_17).
- 107.** Torezan ZCF, Aguiar F. O sujeito da psicanálise: particularidades na contemporaneidade. *Rev Mal-estar Subj [Internet]*. 2011 [acesso em 17 set 2020];11(2):525-54. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/rmes/article/view/4993>.

- 108.** Kaszubowski E, Aguiar F. O registro imaginário nos antecedentes lacanianos. *Agora* (Rio J.). 2015;18(1):85-100. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-14982015000100007>.
- 109.** Karunamuni N, Imayama I, Goonetilleke D. Pathways to well-being: untangling the causal relationships among biopsychosocial variables. *Soc Sci Med*. 2021;272:112846. DOI: [10.1016/j.socscimed.2020.112846](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.112846).
- 110.** Dominguez-Cancino K, Palmieri PA, Martinez-Gutierrez MS. National health policy reform for primary care in Chile: a qualitative analysis of the health program documents. *J Prim Care Community Health*. 2020;11:2150132720924884. DOI: <https://doi.org/10.1177/2150132720924884>.
- 111.** Silva TG, Santana RF, Dutra VFD, Souza PA. Nursing process implantation in mental health: a convergent-care research. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(Suppl 1):e20190579. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0579>.
- 112.** Moreira RM, Rocha KB. O trabalho na gestão dos serviços substitutivos de saúde mental: aproximações entre Saúde Coletiva, Saúde Mental e Psicanálise. *Physis*. 2019;29(2):e290216. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290216>.
- 113.** DeRobertis EM, Bland AM. Humanistic and positive psychologies: the continuing narrative after two decades. *J Humanist Psychol*. 2021:1-33. DOI: <https://doi.org/10.1177/00221678211008353>.
- 114.** Campos DB, Bezerra IC, Jorge MSB. Produção do cuidado em saúde mental: práticas territoriais na rede psicossocial. *Trab Educ Saúde*. 2020;18(1):e0023167. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00231>.
- 115.** Kappel VB, Goulart BF, Pereira AR, Chaves LDP, Iwamoto HH, Barbosa MH. Professional-family communication in a children's psychosocial care center: practicalities and difficulties. *Texto Contexto Enferm*. 2020;29:e20190025. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0025>.
- 116.** Newcomb AB, Duval M, Bachman SL, Mohess D, Dort J, Kapadia MR. Building rapport and earning the surgical patient's trust in the era of social distancing: teaching patient-centered communication during video conference encounters to medical students. *J Surg Educ*. 2021;78(1):336-41. DOI: [10.1016/j.jsurg.2020.06.018](https://doi.org/10.1016/j.jsurg.2020.06.018).
- 117.** Dias JS, Rocha LP, Carvalho DP, Tomaschewski-Barlem JG, Barlem ELD, Dalmolin GL. Construction and validation of a tool to assess nursing interpersonal relations. 2019;72(2):426-32. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0229>.
- 118.** Mousavinasab ES, Kalhori SRN, Zarifsanaiey N, Rakhshan M, Ghazisaeedi M. Nursing process education: a review of methods and characteristics. *Nurse Educ Pract*. 2020;48:102886. DOI: [10.1016/j.nepr.2020.102886](https://doi.org/10.1016/j.nepr.2020.102886).

- 119.** Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. 1ª ed. Brasília; 2012.
- 120.** Salberg J, Bäckström J, Röing M, Öster C. Ways of understanding nursing in psychiatric inpatient care: a phenomenographic study. *J Nurs Manag.* 2019;27:1826-34. DOI: <https://doi.org/10.1111/jonm.12882>.
- 121.** Barreto ACO, Rebouças CBA, Aguiar MIF, Barbosa RB, Rocha SR, Cordeiro LM, Melo KM, et al. Perception of the Primary Care multiprofessional team on health education. *Rev Bras Enferm.* 2019;72(suppl 1):266-73. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0702>.
- 122.** Galheigo SM. Occupational therapy, everyday life and the fabric of life: theoretical-conceptual contributions for the construction of critical and emancipatory perspectives. *Cad Bras Ter Ocup.* 2020;28(1):5-25. DOI: <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO2590>.
- 123.** Godoi BS. A lógica do significante como um método de pesquisa em psicanálise. *Estud Interdiscip Psicol.* 2020;11(3):196-217. DOI: <https://doi.org/10.5433/2236-6407.2020v11n3p196>.
- 124.** Lang CE, Andrade HV. Formalização e clínica psicanalítica: a estrutura, o significante e o sujeito. *Cad Psicanal [Internet].* 2019 [acesso em 16 fev 2022];41(40):99-119. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-62952019000100007](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-62952019000100007).
- 125.** Lacan J. Posição do inconsciente no Congresso de Bonneval (1960). In: Lacan J. Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1998.
- 126.** Lacan J. A instância da letra no inconsciente ou a razão desde Freud (1957). In: Lacan J. Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1998.
- 127.** Lacan J. O seminário, livro 3: as psicoses (1955-6). Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1985.
- 128.** Silva LC, Carvalho IS, Chatelard DS. Considerações sobre a noção de nome próprio em Lacan: entre o significante e a letra. *Cad Psicanal [Internet].* 2017 [acesso em 16 fev 2022];39(36):161-74. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-62952017000100009](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-62952017000100009).
- 129.** Lacan J. Conferencia en Ginebra sobre el sintoma (1975). In: *Intervenciones y textos.* Buenos Aires: Manantial; 1988.
- 130.** Lacan J. O seminário, livro 6: o desejo e sua interpretação (1958-9). Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2016.

- 131.** Lacan J. O seminário, livro 4: a relação de objeto (1956-7). Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2004.
- 132.** Lacan J. O seminário, livro 23: o sintoma (1975-6). Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2007.
- 133.** Lefort R. Nascimento do Outro. Salvador: Fator; 1984.
- 134.** Scherbaum DG. O brincar na clínica psicanalítica com crianças. Rio Grande do Sul. Trabalho de Conclusão de Curso [Graduação em Psicologia] - Universidade Regional do Estado do Rio Grande do Sul; 2017.
- 135.** Lacan J. Subversão do sujeito e dialética do sujeito no inconsciente freudiano (1960). In: Lacan J. Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1998.
- 136.** Jorge MAC. Fundamentos da psicanálise de Freud a Lacan, vol. 1: as bases conceituais. Rio de Janeiro: Zahar; 2005.
- 137.** Lacan J. O Simbólico, o Imaginário e o Real. Conferência de 8 de julho de 1953.
- 138.** Lacan J. Da estrutura como intromistura de um pré-requisito de alteridade e um sujeito qualquer. In: Macksey, R. & Donato. A controvérsia estruturalista. São Paulo: Cultrix; 1976.
- 139.** Lacan J. O seminário, livro 21: os não-tolos erram/os nomes do pai (1973-4). Porto Alegre: Editora Fi; 2018.
- 140.** Pinho GS. O brincar na clínica interdisciplinar com crianças. In: Escritos da criança. Porto Alegre: Centro Lydia Coriat; 2001.
- 141.** Papadimitriou GN. The "Biopsychosocial Model": 40 years of application in Psychiatry. *Psychiatriki*. 2017;28:109-10. DOI: [10.22365/jpsych.2017.282.107](https://doi.org/10.22365/jpsych.2017.282.107).
- 142.** Maranhão JH, Vieira CLA. Reflexões sobre os conceitos de cidadania e sujeito em psicanálise na Atenção Psicossocial. *Estud Pesqui Psicol*. 2019;19(3):753-71. DOI: <https://doi.org/10.12957/epp.2019.46916>.
- 143.** Lacan J. O seminário, livro 20: mais, ainda (1972-3). Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1985.
- 144.** Lacan J. O estádio do espelho como formador da função do eu tal como nos é revelada na experiência psicanalítica (1949). In: Lacan J. Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1998.
- 145.** Freud S. Introdução ao Narcisismo (1914). In: Obras completas: Introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos (vol 12). São Paulo: Cia da Letras; 2010.

- 146.** Costa MAF. Uma clínica para a atualidade: transformações técnicas em psicanálise de crianças. Assis. Dissertação [Mestrado em Psicologia] - Universidade Estadual Paulista; 2020.
- 147.** Aberastury A. Teoria y técnica del psicoanálisis de niños. Buenos Aires: Paidós; 1984.
- 148.** Freud S. A dinâmica da transferência (1912). In: Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia (“o caso Schreber”), artigos sobre técnica e outros textos. São Paulo: Companhia das Letras; 2010.
- 149.** Pergola AM, Garcia APRF. O aprendizado da construção de caso clínico em saúde mental. Rev Esc Enferm USP. 2008;42(2):383-8. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342008000200024>.
- 150.** McSherry A. Jacques Lacan’s theory of the subject as real, symbolic and imaginary: how can Lacanian theory be of help to mental health nursing practice? J Psychiatr Ment Health Nurs. 2013;20(9):776-81. DOI: <https://doi.org/10.1111/jpm.12011>.
- 151.** Tanis B. A formação psicanalítica: especificidade e transformações. J Psicanal [Internet]. 2018 [acesso em 18 fev 2022];51(95):29-41. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-58352018000200004](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352018000200004).
- 152.** Vasconcelos LLG, Rebouças DPS, Albuquerque KM. A função das entrevistas preliminares na clínica psicanalítica com crianças. Rev InterScientia [Internet]. 2017 [acesso em 18 fev 2022];5(1):47-63. Disponível em: <https://periodicos.unipe.br/index.php/interscientia/article/view/396>.
- 153.** Manzi R. Um sintoma de patologia do social: a homofobia. Revista Educação - UNG-SER [Internet]. 2017 [acesso em 18 fev 2022];12(1):23-40. Disponível em: <http://revistas.ung.br/index.php/educacao/article/view/2882/2117>.
- 154.** Ross G, Mello MM. Reflexões acerca do TDAH - transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. Diaphora [Internet]. 2019 [acesso em 18 fev 2022];8(1):63-70. Disponível em: <http://www.sprgs.org.br/diaphora/ojs/index.php/diaphora/article/view/174/172>.
- 155.** Barbarini TA. A medicalização da vida e os mecanismos de controle: reflexões sobre o TDAH. Plural. 2011;18(1):93-116. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2176-8099.pcs0.2011.74523>.
- 156.** Tuchtenhagen MBP. Hiperatividade e déficit de atenção: um olhar psicanalítico. Porto Alegre. Dissertação [Mestrado em Psicologia Clínica] - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2007.

- 157.** Bernardino LMF. A questão da psicose na infância, seu diagnóstico e tratamento, diante do seu “desaparecimento” da atual nosografia (2011). In: Livro negro da psicopatologia contemporânea. São Paulo: Via Lettera; 2011.
- 158.** Neves TI, Santos AS. A direção da cura na clínica lacaniana das psicoses. Contextos Clínicos. 2017;10(2):257-67. DOI: <https://doi.org/10.4013/ctc.2017.102.10>.
- 159.** Kurimoto TCS, Penna CMM, Nitkin DIRK. Knowledge and practice in mental health nursing care. Rev Bras Enferm. 2017;70(5):1024-31. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0343>.
- 160.** Lacan J. Outros escritos (1953). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores; 2003.
- 161.** Furtado MCC, Mello DF, Pina JC, Vicente JB, Lima PR, Rezende VD. Nurses' actions and articulations in child care in primary health care. Texto Contexto Enferm. 2017;27(1):e0930016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072018000930016>.
- 162.** Hanzen IP, Zanotelli SS, Zanatta EA. Diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem para a consulta de enfermagem à criança. Enferm Foco. 2019;10(7):16-21. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n7.2683>.
- 163.** Tofani LFN, Furtado LAC, Guimarães CF, Feliciano DGCF, Silva GR, Bragagnolo LM, et al. Chaos, organization and creativity: integrative review on Health Care Networks. Ciênc Saúde Coletiva. 2021;26(10):4769-82. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212610.26102020>.
- 164.** Lima DKRR, Guimarães J. Articulação da Rede de Atenção Psicossocial e continuidade do cuidado em território: problematizando possíveis relações. Physis. 29(3):e290310. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312019290310>.
- 165.** Macedo JP, Fontenele MG, Dimenstein M. Saúde mental infantojuvenil: desafios da regionalização da assistência no Brasil. Rev Polis Psique. 2018;8(1):112-31. DOI: <http://dx.doi.org/10.22456/2238-152X.80421>.
- 166.** Nóbrega PA. Psicanálise com crianças: transferência e entrada em análise. VI Congresso Nacional de Psicanálise. 2011;26-28. Fortaleza, Brasil.
- 167.** Ariès P. História social da criança e da família. 2. ed. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos; 1981.
- 168.** Campos RC. Infância e infantil: diferenciação conceitual e repercussões clínicas. Revista Psicologia [Internet]. 2014 [acesso em 25 mai 2022];5(1):58-71. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/psicologiaufc/article/view/1002>.
- 169.** Freud S. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade (1905). In: Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (volume VII). Rio de Janeiro: Imago; 1996.
- 170.** Roudinesco E, Plon M. Dicionário de psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar; 1998.

- 171.** Freud S. A pulsão e suas vicissitudes (1915). In: Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (volume XIV). Rio de Janeiro: Imago; 1996.
- 172.** Freud S. Sobre o início do tratamento (Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise I) (1913). In: Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (volume XI). Rio de Janeiro: Imago; 1996.
- 173.** Torossian S, Ribeiro MDA, Silva TP, Barbosa MRO. “Eu queria mudar”: a psicanálise face à adolescência pobre e sem lugar. *Rev Subjetividades*. 2017;17(3): 57-69. DOI: <https://doi.org/10.5020/23590777.rs.v17i3.5575>.
- 174.** Pena BF, Moreira JO, Guerra AMC. O supereu em Freud e Lacan: da moralidade à amoralidade, uma gula estrutural. *Rev Latinoam Psicopatol*. 2020;23(1):37-56. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1415-4714.2020v23n1p37.4>.
- 175.** Freud S. Conferência XXXI: a dissecção da personalidade psíquica (1933). In: Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (volume XXII). Rio de Janeiro: Imago; 1996.
- 176.** Freud S. O problema econômico do masoquismo (1924). In: Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (volume XIX). Rio de Janeiro: Imago; 1996.
- 177.** Medeiros CB. A psicanálise no gerúndio: questões para a psicopatologia da infância. Trabalho de Conclusão de Curso [Graduação em Psicologia] - Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2019.
- 178.** Bernardino LMF. O psicanalista e as psicopatologias da infância (2015). In: Por uma (nova) psicopatologia da infância e da adolescência. São Paulo: Escuta; 2015.
- 179.** Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação. Brasília, 2018.
- 180.** Lopes OCA, Henriques SH, Soares MI, Celestino LC, Leal LA. Competences of nurses in the Family Health Strategy. *Esc Anna Nery*. 2020;24(2):1-8. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0145>.
- 181.** Nunes VV, Feitosa LGGC, Fernandes MA, Almeida CAPL, Ramos CV. Primary care mental health: nurses’ activities in the psychosocial care network. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(Suppl 1):e20190104. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0104>.
- 182.** Almeida DL, Alvim RG, Cota ALS, Pereira TS. Saberes em saúde mental e a prática profissional na estratégia saúde da família. *Interfaces Científicas*. 2022;9(3):27-42. DOI: <https://doi.org/10.17564/2316-3801.2022v9n3p27-42>.

- 183.** Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011: Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, 2011.
- 184.** Tavares MNM, Filho JAS, Silva CRL, Pinto AGA. Consulta de enfermagem em puericultura na estratégia saúde da família: revisão integrativa. Rev Nursing [Internet]. 2019 [acesso em 21 jun 2022];22(256):3144-9. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta//resource/pt/biblio-1026015>.
- 185.** Diogo PMJ, Freitas BHBM, Costa AIL, Gaíva MAM. Care in pediatric nursing from the perspective of emotions: from Nightingale to the present. Rev Bras Enferm. 2021;74(4):e20200377. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0377>.
- 186.** Felipin LCS, Merino MFGL, Baena JA, Oliveira RBSR, Borghesan NBA, Higarashi IH. Cuidado centrado na família em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica: visão do enfermeiro. Ciênc Cuid Saúde. 2018;17(2):1-7. DOI: <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v17i2.41001>.
- 187.** Nóbrega MPSS, Fernandes CSNN, Zerbetto SR, Sampaio FMC, Duarte E, Chaves SCS, et al. Nurses' attitudes facing the family involvement in caring for people with mental disorder. Rev Bras Enferm. 2020;73(Suppl 1):e20200041. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0041>.
- 188.** Lacan J. O seminário, livro 5: as formações do inconsciente (1957-8). Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1999.
- 189.** Checchinato D. Psicanálise de pais: criança, sintoma dos pais. Rio de Janeiro: Cia de Freud; 2007.
- 190.** Lacan J. Os complexos familiares na formação do indivíduo (1938). In: Lacan J. Outros escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores; 2003.
- 191.** Mattos JB, Costa AMM. O corpo enquanto produto da escrita na fantasia. Rev Latinoam Psicopatol Fundam. 2021;24(2):333-55. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1415-4714.2021v24n2p333.6>.
- 192.** Moutella BR. A Majestade e a Senhora dos significantes: o drama da constituição do sujeito. Brasília. Dissertação [Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura] - Universidade de Brasília; 2021.
- 193.** Estrada DD. Constitui-se um sujeito. Rio de Janeiro: Anais da 1ª Jornada Clínica da Sociedade Pestalozzi; 1998.
- 194.** Mieli P. Sobre as manifestações irreversíveis do corpo e outros textos psicanalíticos. Rio de Janeiro: Contra Capa; 2002.

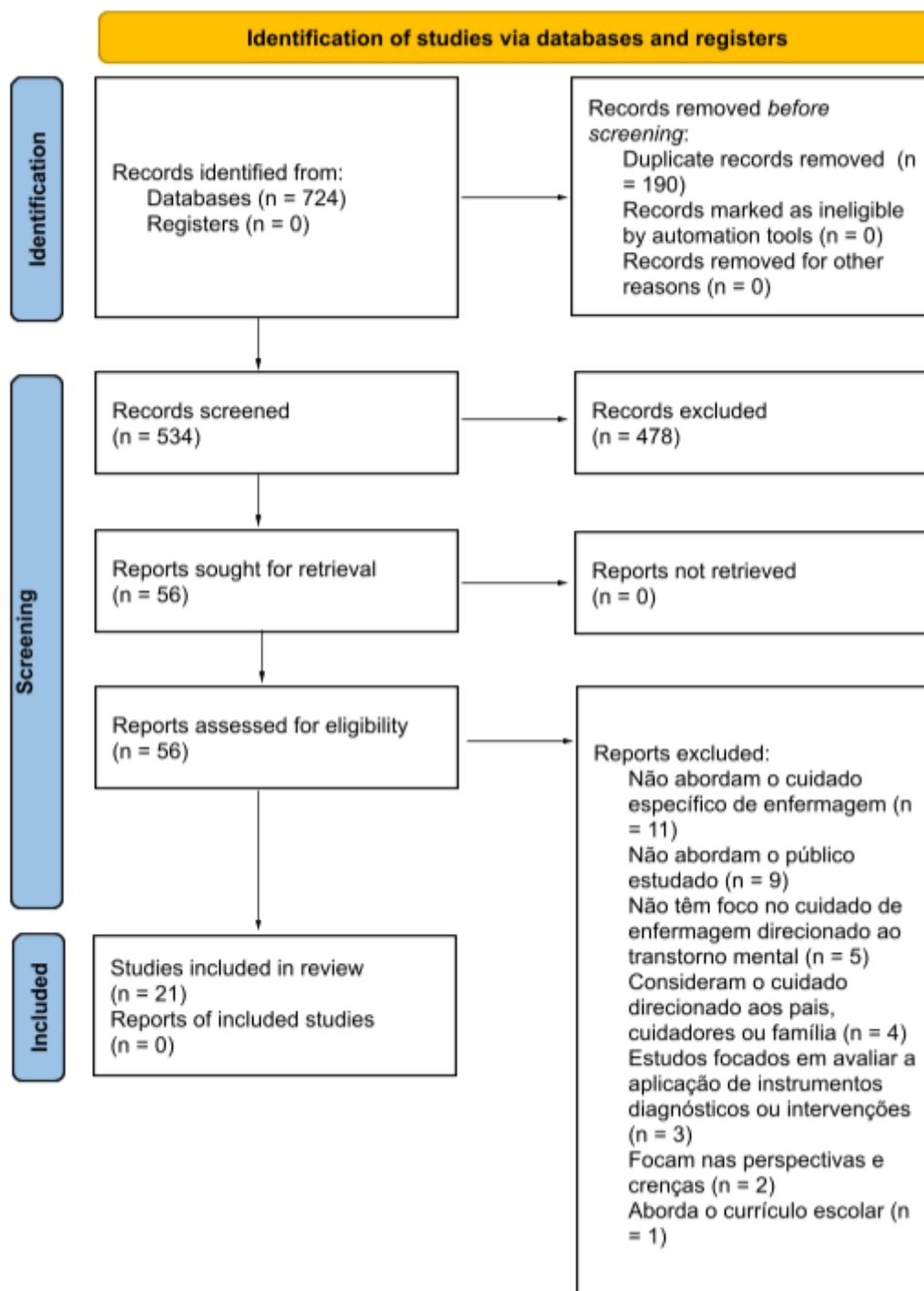
- 195.** Pommier G. O conceito psicanalítico de infância. In: Congresso Internacional de Psicanálise e suas Conexões. Rio de Janeiro: Companhia de Freud; 1999.
- 196.** Ramalho RM. Função materna na constituição do sujeito. Porto Alegre: Colóquios II Escritos Psicanalíticos - Centro de trabalho em psicanálise; 1989.
- 197.** Vilanova LM. A in-sustentação da cura em psicanálise. Porto Alegre. Trabalho de Conclusão de Curso [Graduação em Psicologia] - Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2021.
- 198.** Lazzarini ER, Carvalho MC. Os casos-limite e os limites da técnica psicanalítica: subversão e cura nos fundamentos da psicanálise. *Psic: Teor e Pesq.* 2020;36(spe):1-11. DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/0102.3772e36nspe5>.
- 199.** Lacan J. Prefácio a: O despertar da primavera (1974). In: Outros escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.
- 200.** Freud S. O mal-estar na cultura (1939). Porto Alegre: L&PM, 2015.
- 201.** Freud S. A análise finita e infinita (1937). In: Fundamentos da clínica psicanalítica. São Paulo: Autêntica, 2017.
- 202.** Quinet A. A descoberta do inconsciente: do desejo ao sintoma. Rio de Janeiro: Zahar; 2000.
- 203.** Lopes LJOF, Machado MS, Andrade FWC. Entre o desejo de engravidar/parir um filho e o desejo de ser mãe: vicissitudes da feminilidade. In: Anais do XIV Congresso NUPIC. Recife; 2018.
- 204.** Zornig S. Construção da parentalidade: da infância dos pais ao nascimento do filho. In: Maternidade e paternidade: a parentalidade em diferentes contextos. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2012.
- 205.** Camarotti MC. O nascimento da psicanálise de criança: uma história para contar. *Reverso [Internet]*. 2012 [acesso em 21 jun 2022];32(60):49-53. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-73952010000300007](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-73952010000300007).
- 206.** Lacan J. Nota sobre a criança (1969). In: Outros escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.
- 207.** Ruthes FR, Lustoza RZ. Passagem ao ato e acting out: função e sentido da distinção. *Analytica [Internet]*. 2018 [acesso em 21 jun 2022];7(12):120-32. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/analytica/article/view/3236/2033>.
- 208.** Lacan J. O seminário, livro 10: a angústia (1962-3). Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2005.

- 209.** Petri R. *Psicanálise e infância: clínica com crianças*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2008.
- 210.** Gusmão ROM, Santos NHF, Silva DVA, Moreira DFN, Vieira MA, Araújo DD. Depression in patients treated in a mental health service: prevalence and associated factors. *Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.* 2021;17(2):44-53. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2021.171786>.
- 211.** Borges LTD, Wanderley TPSP, Nobre IRS, Costa SS, Batello GVVAT. Processo de enfermagem na saúde mental. *Braz J Health Rev.* 2020;3(1):396-405. DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n1-030>.
- 212.** Pinho ES, Souza ACS, Moreira ACGC, Nogueira LEFL, Limongi AMS, Silva NS, et al. Mental health assistance: identification of nursing diagnoses in a community mental health service. *Rev Bras Enferm.* 2022;75(2):e20201175. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1175>.
- 213.** Tavares CM, Mesquita LM. Sistematização da Assistência de Enfermagem e clínica ampliada: desafios para o ensino de saúde mental. *Enferm Foco.* 2019;10(7):121-6. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n7.2810>.
- 214.** Pessan JE. *Implantação e avaliação de um subconjunto terminológico da CIPE para transtornos mentais*. Botucatu. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] - Universidade Estadual Paulista; 2019.
- 215.** Quinet A. *As 4+1 condições da análise*. Rio de Janeiro: Zahar; 1991.
- 216.** Carneiro NBF, Pena BF, Cardoso IM. Entrevistas preliminares: marcos orientadores do tratamento psicanalítico. *Reverso [Internet]*. 2016 [acesso em 03 ago 2022];38(71):27-36. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-73952016000100003](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-73952016000100003).
- 217.** Santos RAN, Fonseca T, Neto FK. Reforma Psiquiátrica e lógica diagnóstica psicanalítica: discussões acerca de uma possível tecitura. *Ágora (Rio J)*. 2020;23(1):12-20. DOI: <https://doi.org/10.1590/1809-44142020001002>.
- 218.** Araújo ML. O discurso dos pais na clínica psicanalítica com crianças: significantes transgeracionais em questão. In: 3. Colóquio do LEPSI IP/FE-USP, 2001, São Paulo. Disponível em: [http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=MSC0000000032001000300025&lng=en&nrm=iso](http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000032001000300025&lng=en&nrm=iso).
- 219.** Brauer JF. *A criança no discurso do Outro*. São Paulo: Iluminuras; 1994.
- 220.** Freud S. Fetichismo (1927). In: *Obras completas: O futuro de uma ilusão e outros trabalhos (vol 17)*. São Paulo: Cia da Letras; 2014.

- 221.** Reis CAM. Uma reflexão acerca do diagnóstico de psicose infantil: uma abordagem psicanalítica. *Psicol USP*. 2000;11(1):. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-65642000000100012>.
- 222.** Lacan J. *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar; 1998.
- 223.** Freud S. Recordar, repetir e elaborar (1914). In: *Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (volume XII)*. Rio de Janeiro: Imago; 2006.
- 224.** Bôas BGV. A experiência do brincar na clínica psicanalítica Winnicottiana: uma revisão teórica. Atibaia. Trabalho de Conclusão de Curso [Graduação em Psicologia] - Centro Universitário UNIFAAT; 2021.
- 225.** Sousa TR, Pedroza RLS, Maciel MR. O brincar como experiência criativa na psicanálise com crianças. *Fractal, Rev Psicol*. 2020;32(3):269-76. DOI: <https://doi.org/10.22409/1984-0292/v32i3/5754>.
- 226.** Vieira DSM, Villela FCB. A importância do brincar e do brinquedo para o desenvolvimento infantil. *Colloquium Humanarum*. 2016;13:76-82. DOI: 10.5747/ch.2016.v13.nesp.000815.
- 227.** Tavares TA. O brincar na clínica psicanalítica de crianças com autismo. São Paulo. Dissertação [Mestrado em Psicologia] - Universidade de São Paulo; 2016.
- 228.** Freud S. Além do princípio do prazer (1920). In: *Obras completas, v. 18*. Rio de Janeiro: Imago; 1980.
- 229.** Miranda CES, Cohen RHP. O brincar como modo de tratamento ao real da doença. *Estud Pesqui Psicol [Internet]*. 2013;13(1):205-14. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1808-42812013000100013&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1808-42812013000100013&lng=pt&nrm=iso).
- 230.** Rocha THR, Santos YL. Coletivo psicanálise na praça Roosevelt: um contexto de psicanálise extramuros. *Revista Subjetividades*. 2022;22(2):e12117. DOI: <https://doi.org/10.5020/23590777.rs.v22i2.e12117>.
- 231.** Oliveira MS. Os aspectos da perversão na Clínica Psicanalítica. São Paulo. Trabalho de Conclusão de Curso [Graduação em Psicologia] - Pontifícia Universidade Católica; 2021.

## APÊNDICES

### Apêndice 1: PRISMA



## ANEXOS

### Anexo 1: Extração de dados

#### A. Identificação

Título do artigo:

Título do periódico:

Autores:

1. Nome:

Local de Trabalho:

Graduação:

País:

Idioma:

Ano de publicação:

#### B. Instituição sede do estudo

( ) Hospital ( ) Universidade ( ) Centro de pesquisa ( ) Instituição única ( ) Pesquisa multicêntrica ( ) Outras instituições ( ) Não identifica o local

#### C. Tipo de publicação

( ) Publicação de enfermagem ( ) Publicação médica ( ) Publicação de outra área da saúde. Qual?

#### D. Características metodológicas do estudo

1. Tipo de publicação:

1.1 Pesquisa

( ) Abordagem quantitativa: ( ) Delineamento experimental ( ) Delineamento quase-experimental ( ) Delineamento não-experimental

( ) Abordagem qualitativa

1.2 Não pesquisa

( ) Revisão de literatura ( ) Relato de experiência ( ) Outras:

2. Objetivo ou questão de investigação:

3. Amostra:

3.1 Seleção

( ) Randômica ( ) Conveniência ( ) Outra

3.2 Tamanho (n)

( ) Inicial ( ) Final

### 3.3 Características

Idade:

Sexo: M ( ) F ( )

Raça:

Diagnóstico:

Tipo de cirurgia:

### 3.4 Critérios de inclusão/exclusão dos sujeitos:

#### 4. Tratamento dos dados:

#### 5. Intervenções realizadas:

5.1 Variável independente:

5.2 Variável dependente:

5.3 Grupo controle: sim ( ) não ( )

5.4 Instrumento de medida: sim ( ) não ( )

5.5 Duração do estudo:

5.6 Métodos empregados para mensuração da intervenção:

#### 6. Resultados:

#### 7. Análise:

7.1 Tratamento estatístico:

7.2 Nível de significância:

#### 8. Implicações:

8.1 As conclusões são justificadas com base nos resultados:

8.2 Quais são as recomendações dos autores:

#### 9. Nível de evidência:

### E. Avaliação do rigor metodológico

( ) Clareza na identificação da trajetória metodológica no texto (método empregado, sujeitos participantes, critérios de inclusão/exclusão, intervenção, resultados)

( ) Identificação de limitações ou vieses