

MARIANE MOYSÉS DE QUEIROZ ALVES

DESEJAR, ELABORAR E CUIDAR:

SOBRE A FERIDA NARCÍSICA MATERNA E SEU NECESSÁRIO  
TRATAMENTO PARA A CLÍNICA DE CRIANÇAS

Monografia de Conclusão do Curso de  
Especialização em Psicologia Clínica:

Teoria Psicanalítica

Orientadora: Prof. Dra. Julieta Jerusalinsky

COGEAE – PUC/SP

**2017**

## RESUMO

DESEJAR, ELABORAR E CUIDAR: Sobre a ferida narcísica materna e seu necessário tratamento para a clínica de crianças

Esse trabalho aborda a importância da escuta do sofrimento no exercício da maternidade e suas implicações no tratamento de crianças com dificuldades de ordem psíquica a partir de experiência de atendimento na rede pública.

Partindo de referencial psicanalítico, procedeu-se ao levantamento bibliográfico dos textos freudianos que abordam as questões da feminilidade e das condições narcísicas da mulher ligadas à maternidade, bem como de autores dedicados às questões materno-infantis que comparecem no campo dos problemas de constituição psíquica e desenvolvimento de crianças.

**Palavras-chave:** maternidade, feminilidade, narcisismo, infância, transtornos de desenvolvimento.

## **AGRADECIMENTOS**

Aos meus familiares e amigos, pela compreensão quanto às incontáveis horas de convivência deixadas em prol do curso e da realização desse trabalho;

À equipe do CAPS ij Mooca, pelo apoio e incentivo carinhosos, além das muitas conversas fundamentais à articulação das ideias aqui apresentadas;

Aos companheiros de consultório, pelas inúmeras gentilezas que tornaram o processo de escrita menos solitário;

Aos pacientes e familiares atendidos, pela oportunidade dada a mim de tocar suas vidas por meio do trabalho, o que instigou a aprendizagem contínua;

Ao analista Fernando Megali e à supervisora Gisele Petri, por acolherem momentos de angústia e me ajudarem a acreditar que a empreitada seria alcançada;

À professora Julieta Jerusalinsky, pela leitura cuidadosa e orientação firme, sempre em busca do rigor terminológico;

Aos meus colegas de curso, parceiros nessa caminhada, por todo conhecimento obtido de modo informal e alegre;

Muito obrigada.

*Eu vi a mulher preparando outra pessoa  
O tempo parou pra eu olhar para aquela barriga*

(Caetano Veloso – Força Estranha)

## SUMÁRIO

1. Introdução.....	1
2. Sobre as pré-condições ao exercício da maternidade - o desejo de ter um bebê.....	3
3. A mãe diante e dentro do tratamento de uma criança com dificuldades.....	9
4. Casos clínicos.....	14
4.1. Vinheta clínica 1 Entre o ideal da autonomia e a repetição da solidão.....	15
4.2. Vinheta clínica 2 A certeza do diagnóstico sem lugar à interrogação pelo sujeito.....	18
4.3. Vinheta clínica 3 Em busca do olhar de Jorge.....	22
5. Considerações finais.....	25
6. Referências bibliográficas.....	27

## 1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho é fruto de inquietações advindas da experiência como psicóloga na atividade de atendimento a mães que buscam na rede pública de assistência tratamento em saúde mental para seus filhos. A relevância de nos determos em tais questões justifica-se na medida em que ainda que possamos observar profundas mudanças sociais que trazem novas possibilidades de configuração familiar e que tem como consequência uma maior participação do pai e de outras figuras nas diversas ações junto às crianças, frequentemente é mãe a pessoa sobre a qual recai a responsabilidade em relação aos tratamentos de saúde de forma geral e, mais especificamente, quanto aos cuidados em saúde mental.

Desse modo, na atividade clínica com crianças quem primeiro comparece é a mãe que se encontra diante de uma dificuldade nos cuidados do filho ou do temor de que este apresente um problema de saúde mental. Essa é uma constante no trabalho de acolhimento diário à população realizado no contexto público de atendimento (CAPS ij).

O CAPS ij - Centro de atenção psicossocial à infância e juventude é um dos pontos de atenção à saúde mental no âmbito da rede pública de assistência (SUS) e se destina prioritariamente ao atendimento de crianças e adolescentes com sofrimento decorrente de transtorno mental grave ou devido ao uso problemático de álcool e/ou drogas. O trabalho é realizado por uma equipe multidisciplinar que conta com psicólogo, fonoaudiólogo, enfermeiro, psiquiatra e técnico de enfermagem – a partir de demandas espontâneas e/ou referenciadas pelos demais serviços que pertencem ao território de abrangência. Para cada criança ou adolescente em acompanhamento no serviço é elaborado um *Projeto Terapêutico Individual* cuja construção é feita pela equipe que acompanha o caso em conjunto com a família e, quando é possível, com o próprio paciente.

Observamos que ao lado de famílias que espontaneamente buscam atendimento e se empenham em levá-lo adiante, há outras que iniciam uma avaliação, porém não dão continuidade. E ainda há aquelas que são insistentemente encaminhadas por terceiros para que o façam, seja a escola

ou outros serviços de saúde, mas nunca chegam a procurar tratamento para a criança. Compreender que fatores familiares, em especial em relação à mãe, podem incidir sobre a questão da adesão<sup>1</sup> é também um dos propósitos desse trabalho.

O cotidiano de atendimento revela que a clínica de crianças constitui um campo de intervenção do qual fazem parte não apenas as questões específicas referentes às dificuldades do pequeno paciente, mas também de todos aqueles que sustentam seus cuidados, como a escola e a família e, dentro desta, fundamentalmente a mãe – entendida como agente que exerce e encarna a função materna.

Lidamos, nesse contexto de trabalho, com situações que por vezes representam um fracasso quanto aos ideais edificados sobre a maternidade e com o sofrimento que disso decorre, e também com a atualização de construções psíquicas cujas origens remontam às experiências infantis da própria mãe. Assim, quando atendemos crianças em sofrimento inevitavelmente fará parte desse trabalho considerar a presença da dor psíquica por parte da mãe e o acolhimento dessa situação torna-se parte do tratamento.

Portanto, buscaremos nesse texto discutir elementos relacionados ao psiquismo materno que resultam no desejo de ter um bebê, ou seja, as condições femininas anteriores à experiência da maternidade. Também será objeto de nossa reflexão uma compreensão a respeito das implicações subjetivas desse percurso prévio diante de um filho com dificuldades, bem como a importância de colocar tais elementos subjacentes em questão para que se efetue o cuidado junto à criança.

---

<sup>1</sup> *Adesão*: Partindo de uma compreensão pautada na psicanálise, entendemos que fenômenos transferenciais estabelecidos junto aos profissionais que se encarregam do tratamento incidem de maneira determinante no processo de tratamento, contribuindo para sua continuidade ou não. Entretanto, nesse momento do texto, optamos pela utilização do termo “adesão” em função de sua frequente utilização no âmbito da saúde pública.

## 2. SOBRE AS PRÉ-CONDIÇÕES AO EXERCÍCIO DA MATERNIDADE: O DESEJO DE TER UM BEBÊ

Considerar a existência de um percurso psíquico prévio ao exercício da maternidade de certo modo toca em premissas do discurso social que naturalizam a experiência de “ser mãe”. Isso se verifica em pressupostos que ligados à ideia de que toda mulher pretenderia ser mãe ou ao fato de que nascer mulher seria condição suficiente ao pleno exercício da maternidade. Nessa mesma direção de pensamento verificamos suposições de que toda mulher desejaria se dedicar a uma criança, pois nasceria dotada de *instinto materno*. Ora, certamente a sociedade se beneficia da devoção feminina à prole, pois isso de certo modo garante a preservação da espécie, porém com frequência cada vez maior essa tarefa não se coloca exclusivamente à mulher. Portanto, ainda que possua elementos advindos do social, este não pode ser considerado determinante, pois são os aspectos singulares do percurso de cada mulher a que permitem chegar (ou não) ao desejo de ter um filho.

Nesse sentido, recorreremos às proposições apresentadas por J. Jerusalinsky (2014) a cerca da maternidade como uma relação *não natural*, cabendo ser singularmente construída; *não simétrica*, pois se dá entre um sujeito constituído (a mãe) e outro em constituição (o bebê); e ainda *não dual*, na medida em que corresponde a uma criação singular para cada mulher. Sendo assim, o exercício da função materna implica numa série de elaborações psíquicas necessárias para que uma mulher possa acolher um recém-nascido como seu bebê.

Numa tentativa de compreender as condições presentes nesse percurso prévio, percorreremos na obra freudiana os principais pontos que iluminam as questões da feminilidade e do narcisismo para situar como elementos muito anteriores ao nascimento da criança se fazem presentes na experiência da maternidade para uma mulher e na conseqüente ligação que esta estabelece com o filho.

Em 1923, buscando esclarecer como ocorre a organização genital infantil, Freud afirma que para a criança de ambos os sexos o único genital que

é considerado é o masculino, sendo o falo um símbolo venerado de extrema importância na lógica inconsciente. Freud descreve que a descoberta, por parte do menino, de que nem todos os seres vivos possuem pênis terá consequências profundas em seu processo de constituição psíquica, porém assume nesse momento uma ausência de conhecimentos suficientes para compreender como a menina efetua esse percurso.

Será dois anos após essa exposição que o processo por parte da menina receberá esclarecimentos mais específicos. Em *Algumas consequências psíquicas da diferença anatômica entre os sexos* (1925), ao descrever o complexo de Édipo feminino, Freud retoma o momento da descoberta da diferença entre os genitais, afirmando que para a menina esse evento terá como efeito o reconhecimento de que há algo no corpo do menino que é apreciado, e que ela não o possui. Em consequência disso, considera o menino em vantagem e passa a invejar o pênis, podendo posteriormente assumir três possibilidades distintas no desenvolvimento da sexualidade: a postura de rivalidade com o masculino, o reconhecimento da ferida narcísica que a aprisiona num sentimento de inferioridade ou o desenvolvimento da feminilidade. Nessa última situação, a menina não mantém fixo o desejo possuir o pênis e passa a desejar ter um filho. Dessa maneira, o pai se torna o objeto amoroso da menina, por ser tomado como capaz de propiciar-lhe essa realização fálica.

A menina buscará um modo de compensar a renúncia ao pênis, operando uma substituição inconsciente do mesmo. Esclarece Freud (1924): “*A garota passa – ao longo de uma equação simbólica, poderíamos dizer – do pênis ao bebê, seu complexo de Édipo culmina no desejo, longamente mantido, de receber do pai um filho como presente, de lhe gerar um filho*” (p. 212). Assim a garota entra no complexo de Édipo, com a particularidade de que o conhecimento prévio de que não possui o pênis tem como consequência a formação de um supereu mais flexível na menina, pois para ela a ameaça de castração não a tem a mesma relevância que possui para o menino.

Ao abordar a sexualidade feminina Freud (1931) retoma características do complexo de Édipo, definindo-o como um momento de forte ligação da criança com o genitor do sexo oposto, enquanto em direção àquele do mesmo

sexo predominam afetos hostis. Aponta que num momento inicial do desenvolvimento infantil, a figura materna constitui, para ambos os sexos, o primeiro objeto de amor, por ser a mãe quem mais constantemente se encarrega dos cuidados à criança. Entretanto, essa similitude inicial não se prolonga e Freud chega a afirmar: *“Há muito tempo renunciamos à expectativa de um completo paralelismo entre o desenvolvimento sexual masculino e feminino”* (p. 373). Isso porque a menina na fase pré-edípica experimenta uma mudança quanto ao objeto de amor, ao desprender-se da mãe em direção ao pai. Mas essa não é a única tarefa que essa etapa lhe impõe, pois a menina também precisa efetuar um abandono da zona genital inicialmente predominante (clitóris) como análoga ao pênis, realizando uma transição para a vagina.

Tanto a proibição da masturbação clitoridiana imposta à menina no processo de educação quanto seu reconhecimento de que não possui um pênis constituem elementos que contribuem para o crescente afastamento da menina em relação à mãe. A menina atribui à mãe a desvantagem que reconhece em si e posteriormente perceberá que a própria mãe também não possui o pênis que ela não recebeu. Isso permite à garota representar a falta na mãe, ou seja, reconhecer que também a esta algo falta, portanto a mãe não é completa.

A relação entre o complexo de castração e a conseqüente hostilidade na relação da menina com a mãe são ainda mais enfatizados por Freud em 1933, tanto ao afirmar *“a garota responsabiliza a mãe por sua falta de pênis e não lhe perdoa essa desvantagem”* (p.279) quanto *“o afastamento em relação à mãe ocorre sob o signo da hostilidade, a ligação materna acaba em ódio”* (p.275).

Ao destacar a relação entre a escolha de objeto e a maior necessidade que a mulher apresenta de ser amada do que amar, Freud imputa à feminilidade um alto grau de narcisismo, resgatando nesse momento conceitos desenvolvidos por ele quase duas décadas antes, em *Introdução ao Narcisismo* (1914).

Nesse texto, Freud aponta que a vida amorosa dos seres humanos é uma das vias de acesso para estudar o narcisismo. Voltando-se para o

momento em que ocorrem as primeiras satisfações sexuais da criança, dirá que essas são de caráter autoerótico e experimentadas em conexão com as funções vitais de autoconservação. Como consequência, as primeiras pessoas que se encarregam pelos cuidados da criança tornam-se seus primeiros objetos sexuais. Freud afirma que nessa situação, temos um tipo de escolha de objeto que se denomina *de apoio*. No entanto, adverte que pode ocorrer também uma escolha do *tipo narcísico*, na qual o objeto de amor da criança será em conformidade com sua própria pessoa. Durante a puberdade, momento em que ocorrem alterações físicas incluindo a maturação dos órgãos sexuais, a mulher tende a tornar-se atraente aos olhos do outro, e assim vivencia um aumento do narcisismo em função de certa condição de autossuficiência. Ainda que mantenha predominante uma relação de objeto do tipo narcísico, a mulher pode chegar ao *amor objetal* ao tornar-se mãe, pois com o nascimento do filho parte de seu corpo se apresenta a ela como um outro objeto. Nesse mesmo texto, Freud esclarece que o amor dos pais se constitui a partir de um resíduo de seu próprio narcisismo e que desse modo se estabelece uma atitude terna com a criança, nas quais ficam temporariamente suspensas exigências externas as quais eles mesmos foram obrigados a submeter-se.

Uma estreita conexão entre narcisismo, maternidade e inveja do pênis vai sendo observada na edificação da teoria freudiana, mais precisamente evidenciada a seguir (1933):

*“O fato de que o velho fator da inveja do pênis ainda não perdeu sua força mostra-se nas diferentes reações ao nascimento de um filho ou uma filha. Apenas a relação com o filho produz satisfação ilimitada na mãe (...). A mãe pode transferir para o filho a ambição que teve de suprimir em si”* (p.291).

Ao discutir a doutrina freudiana e sua relação com a feminilidade, Kehl (2016) apresenta as distinções entre os planos imaginário e simbólico propostos por Lacan. Descreve que o plano imaginário se relaciona ao nível das imagens, enquanto a dimensão simbólica refere-se ao plano do significante e do inconsciente. Ressalta que no texto freudiano não há uma distinção plena

entre essas dimensões, ao menos como é proposta por Lacan. Isso posto, aponta que a menina, ao alcançar o complexo de Édipo, opera uma equação simbólica na qual ganham equivalência pênis = bebê = falo, porém destaca que, por poder ser simbolizado, o falo não corresponde concretamente ao pênis, ou seja, *“não está colado a objeto nenhum”* (p. 157). E assim a autora lança uma questão que nos interessa: *“Por que, então, na teoria freudiana, as possibilidades fálicas para as mulheres permanecem atadas aos limites do corpo?”* (p.158).

Ainda considerando a proposição freudiana de que a sexualidade feminina organiza-se em torno do falicismo, Roudinesco (2016) nota que a concepção de “inveja do pênis” parte das observações empíricas de Freud na construção de sua teoria da sexualidade infantil. Entretanto, autora adverte *“que essa tese seja exata empiricamente não significa que seja universalizável, na medida em que, mesmo quando em sintonia com a subjetividade infantil, ela pode se modificar em função das transformações da sociedade”* (p. 339).

Tais discussões se revelam necessárias ao estudo da feminilidade e da maternidade numa perspectiva freudiana, pois diferentemente do contexto sócio cultural em que Freud encontrava-se ao desenvolver suas considerações teórico clínicas, no qual a maternidade constituía a principal circunstância que permitiria a realização fálica para a mulher, nos dias atuais temos essa como sendo uma entre tantas possibilidades. A efetivação de sua entrada no mercado de trabalho trouxe mudanças significativas, com perspectivas mais ampliadas de ganho financeiro e intelectual, o que permitiu às mulheres considerável incremento da autonomia. Desse modo, em nossa contemporaneidade, configura-se um campo de inúmeras possibilidades de realização para a mulher para além daquelas restritas ao ambiente doméstico, especialmente o casamento e a maternidade.

Entretanto, gerar uma criança permanece como um dos feitos mais significativos (só) possíveis ao sexo feminino. Nesse sentido, as proposições apresentadas pela doutrina freudiana nos auxiliam a compreender a magnitude dessa experiência para a mulher, pois nos colocam diante de um complexo percurso que diz respeito a condições muito arcaicas de seu desenvolvimento

sexual. Num plano subjetivo, a maternidade constitui para a mulher, além da já citada possibilidade de realização fálica, uma revivência de seu próprio narcisismo.

É frente a essa complexidade de circunstâncias prévias que recebemos uma mãe trazendo sua criança para tratamento. Orientados pela psicanálise, oferecemos uma escuta que nunca é “linear”, ela nos apresenta como um campo de atenção flutuante, no qual vamos atentar não apenas para o que é manifesto no discurso, mas também ao que é latente, ouvimos o que é dito, mas também para o que não é dito e se faz presente sob a forma de produções inconscientes, entre elas aquilo que chamamos sintoma.

### 3. A MÃE DIANTE E DENTRO DO TRATAMENTO DE UMA CRIANÇA COM DIFICULDADES

No momento da chegada ao tratamento, ou seja, durante as entrevistas que antecedem o atendimento da criança, percebemos que ao mesmo tempo em que a mãe busca no profissional ou na equipe um outro que possa auxiliá-la em relação ao que acontece com o filho, ela também apresenta movimentos que vão na direção oposta, que apontam para o que pode parecer um “não querer” aproximar-se de tais questões. Apoiados em um referencial psicanalítico, se faz necessária a compreensão do eixo transferência – resistência para que não se achate a questão sobre vontade ou falta de vontade consciente.

Antes de avançarmos nessa discussão, é preciso retomar o conceito de transferência desenvolvido por Freud em 1912, no texto *A dinâmica da transferência*. O autor observa que o ser humano, a partir da ação conjunta de suas disposições inatas somadas às experiências infantis, adquire “*um certo modo característico de conduzir sua vida amorosa*” (p.134) que resulta num padrão de relação que se repete de acordo com as circunstâncias externas e a natureza dos objetos amorosos. Trata-se de um “clichê” que se atualiza diante das relações significativas estabelecidas, portanto não constitui uma prerrogativa exclusiva da situação de tratamento. Entretanto, nesse contexto a transferência assume um lugar central. Isso porque na situação de tratamento, a transferência constitui “*a mais forte alavanca do sucesso*”, e ao mesmo tempo representa “*o mais poderoso meio de resistência*” (p. 137). É característico do tratamento analítico o fato de ser acompanhado de resistência, na medida em que o psiquismo é marcado por uma dualidade inconsciente que, por um lado, busca a cura e, por outro, se opõe a ela.

Portanto a transferência refere-se a uma relação imaginária por parte do sujeito em tratamento face ao psicanalista trazendo para a situação do presente elementos relativos à sua história de vida anterior. Segundo Dolto (1979), a transferência compõe o meio específico do tratamento psicanalítico sendo que “*a sua instalação, a sua evolução e o seu desaparecimento final*

*constituem a característica de cada tratamento”* (Dolto, 1979 apud Mannoni, 2004, p. 11).

Essa observação nos auxilia compreender a proposição de Freud (1912) de que *“todos os conflitos têm que ser decididos no âmbito da transferência”* (p. 141), ou seja, é na transferência que se configura o campo de cura.

Ora, na clínica com crianças a transferência se apresenta não apenas por parte do sujeito em tratamento (a criança), mas também oriunda daqueles que constituem o outro encarnado dessa criança, responsáveis por tornarem possível seu tratamento. Como afirma Calligaris (2013) *“a grande maioria dos laços transferenciais com crianças começam com um laço transferencial colocado pela demanda dos pais”* (p.33).

Sobre a questão da demanda de tratamento, é preciso considerar também que nas entrevistas iniciais aquilo que é trazido por parte dos genitores como motivo para o tratamento não necessariamente coincide com o que se revela como desejo inconsciente. Verificamos essa situação em casos de crianças trazidas pelos pais para atendimento a partir de um encaminhamento escolar referindo agressividade como queixa da criança. Não raro observamos, durante as entrevistas iniciais, certa satisfação no relato dos adultos quanto à expressão de tais comportamentos por parte da criança, numa condição indicativa de que se identificam inconscientemente com a potência do filho.

Nesse sentido, A. Jerusalinsky (2010) observa a importância de o clínico devolver aos pais aquilo que é percebido como demanda de tratamento e atenta ainda para o caráter duplo da demanda parental: o de reparar na criança aquilo que se encontra estragado em seu organismo e também o de poder circular algo do seu “desejo de filho” na criança com dificuldades (p. 18).

Nesse primeiríssimo momento de trabalho, relativo às entrevistas iniciais, nos encontramos diante de um campo amplo de intervenção. Pouco sabemos ainda a respeito da história da criança e de suas dificuldades, porém estamos sempre diante de pais que buscam um terceiro a quem se dirigem a partir de uma situação frente a qual não sabem como proceder (Mannoni, 1979). O profissional fica então colocado pelos pais no lugar denominado por

Lacan como o do *sujeito suposto saber*, condição para que se estabeleça uma relação de confiança.

Entretanto, nos adverte A. Jerusalinsky (2010) sobre a importância do clínico não colocar-se no lugar de quem sabe, mas sim no ponto em que esse saber corresponde a um sujeito a quem nada se perguntou (p.93). Acrescenta que o sujeito da criança pequena está mais localizado no discurso parental do que nela própria, e é a dificuldade de os pais se interrogarem a respeito que faz com que desviem a pergunta para o suposto saber do profissional (p. 94).

Apoiados em um referencial psicanalítico, podemos supor que o encontro dos pais com o diagnóstico e a necessidade de tratamento especializado para o filho remetem à vivência de uma “falha” de ordem subjetiva de grande magnitude psíquica, pois apontam para a presença de uma ferida narcísica constantemente atualizada na situação de tratamento.

A relevância de nos determos nas questões maternas decorre da compreensão de que o sintoma da criança não se restringe a um processo de caráter individual, e sim proveniente da relação que esta estabelece com as pessoas mais significativas de seu convívio. Nesse sentido, se levarmos em consideração que toda relação se compõe como uma via de “mão dupla” nos veremos diante de questões tanto a cerca do que se passa com a criança quanto sobre o que ocorre em seu contexto de vida. Assim, a clínica aponta para a importância de incluirmos no processo de atendimento da criança uma escuta a esses outros com os quais ela se relaciona – seja a família, a escola ou os profissionais que atuam em abrigos - que lhes possibilite se interrogar a respeito de suas implicações no(s) sintoma(s) referido(s).

É indispensável ainda que possamos atentar aos aspectos relacionados ao contexto social em que ocorrem os cuidados diretos à criança, compreendendo que esses constituem uma espécie de “pano de fundo” que devem ser levados em consideração no processo de avaliação e tratamento. Isso porque no cotidiano de atendimento verificamos uma enorme distância entre as condições ditas *ideais* e aquelas de fato *possíveis* diante das circunstâncias de vida das famílias. Esse é um aspecto que merece atenção para que nossa intervenção não incorra num discurso “psicologizante” que

atribui as dificuldades da criança a uma (falta de) competência individual por parte da mãe.

Cabe lembrarmos que não se trata de tomarmos a mãe em tratamento em lugar do filho, mas considerarmos que o sintoma da criança apresenta uma pluralidade de fatores determinantes, pois todo sintoma é sobredeterminado.

Segundo J. Jerusalinsky (2002), a intervenção clínica com crianças pequenas ocorre num momento em que esta ainda está adquirindo os aspectos instrumentais e sua estrutura psíquica ainda não está decidida (p.258). Nesse momento em que ocorrem as primeiras experiências de vida, a criança encontra-se *“radicalmente à mercê do desejo e da rede de representações do Outro encarnado”* (p. 265), o que aponta para o sintoma da criança como sendo uma resposta que a situa como sujeito diante dessa sobredeterminação simbólica.

Portanto é necessário destacar que na clínica com crianças a constituição ocorre na relação com o Outro como estrutura simbólica que antecede o nascimento e que sobredetermina um lugar, além da própria relação com o Outro encarnado.

Sendo assim, questões maternas inconscientes de caráter narcísico constituem elementos que podem estar relacionados não apenas à gênese das dificuldades observadas, mas também a todo o curso do tratamento da criança. Como aponta A. Jerusalinsky (2010) há uma influência quase sempre decisiva na reabilitação de crianças das atitudes e sentimentos dos pais, o que nos coloca diante da tarefa de incluirmos nesse contexto de trabalho conhecimentos advindos da psicanálise a cerca da criança e sua família, na medida em que a intervenção do clínico possui uma dimensão que transcende a doença da criança (p.13).

Nota-se que a questão da escuta à família, com sua inclusão no processo de tratamento, se justifica por uma particularidade da clínica da infância: a criança é *levada* pelo adulto para o tratamento e permanece numa situação de dependência em relação a esse, pois não possui condições de buscar de forma autônoma o cuidado para si.

Mas essa situação de dependência da criança em relação à família não se limita à questão pontuada acima. Na medida em que a criança também é *falada* pelos pais, a fantasia que se faz a respeito do filho é um aspecto significativo, sendo uma das tarefas do analista acolher o discurso familiar, compreendendo-o como constituinte do psiquismo.

Como aponta Mannoni (1988), ocupar-se das reações da mãe frente a uma criança com dificuldades, sejam elas inatas ou adquiridas, implica em *“compreender no seu conjunto a variedade das reações fantasmáticas da maternidade”* (Introdução – XVI). Portanto, nossa compreensão sobre o que ocorre com a criança deve, necessariamente, incluir a dimensão materna no que tange à representação fantasmática do filho em seu psiquismo.

A escuta atenta do discurso parental assume ainda maior relevância na medida em que será partindo desta que o clínico poderá situar os sintomas apresentados pela criança; não apenas a partir do real de seu quadro orgânico, mas também compreendê-los em conexão com o contexto imaginário e simbólico dos pais. Isso porque os sintomas da criança se articulam às marcas simbólicas efetuadas a partir da relação com as figuras de cuidado mais íntimo e que organizam seu corpo (J. Jerusalinsky, 2002)

O momento de acolhimento às famílias ganha complexidade na medida em revela a necessidade de uma escuta que possa considerar, entre outros aspectos, a ambivalência materna diante da doença do filho. Por vezes observamos que aproximar-se do diagnóstico pode ser o que a mãe mais procura, mas ao mesmo tempo, o que mais teme. Nas palavras de Mannoni (1985): *“A mãe deseja obscuramente que sua pergunta nunca receba resposta, para que possa continuar a fazê-la.”* (p.3). Negligenciar a sutileza dessa variável põe em risco a possibilidade de entrada da criança e da família no tratamento, pois a intensificação da angústia materna pode determinar um afastamento do contexto de atendimento, impedindo que ele possa acontecer.

#### 4. CASOS CLÍNICOS

É na atividade clínica que nos deparamos com obstáculos que apontam para a necessidade do aprofundamento teórico com o intuito de que os mesmos possam ser eventualmente superados. A psicanálise, desde seu início, tem como marca fundamental essa articulação teórico-prática, pois é na situação de atendimento de seus pacientes que Freud se depara com questões que o obrigam a formular hipóteses e não apenas construir conceitos, mas também revê-los diante de novas observações advindas da clínica. Alinhados a esse modo de construção do conhecimento nos propomos à apresentação de alguns recortes clínicos que nos auxiliem em nossa reflexão, buscando com essa exposição um olhar sobre os fenômenos que nos permita avançar na compreensão e assim pensar a direção de tratamento que guiará nossa intervenção.

As vinhetas clínicas aqui trazidas são fragmentos das primeiras entrevistas realizadas com mães que por diversos motivos buscaram atendimento em saúde mental para os filhos.<sup>2</sup> Tais excertos refletem discursos nos quais podemos observar elementos referentes à representação imaginária das mães sobre as crianças e à situação de tratamento e nos permitem problematizar diferentes questões presentes no contexto de trabalho clínico.

---

<sup>2</sup> Os nomes com os quais nos referimos às mães e às crianças foram alterados buscando manter o sigilo quanto às características individuais das pessoas atendidas. Trazemos aqui o mínimo de dados necessários à compreensão dos casos, preservando absolutamente a identidade dos pacientes, já que nosso propósito é que se possa refletir sobre as intervenções do clínico.

#### 4.1. VINHETA CLÍNICA 1

##### ENTRE O IDEAL DA AUTONOMIA E A REPETIÇÃO DA SOLIDÃO

*Marlene comparece buscando avaliação para o filho César, um menino de dois anos e nove meses, encaminhada pela escola da criança. Apresenta relatório escolar referindo atraso no desenvolvimento da fala da e suspeita de autismo.*

*Ela conta que se descobriu grávida no quarto mês de gestação. Na época, dedicava-se diariamente a treinos físicos e considerava seu abdome rígido uma consequência da prática dos exercícios, sem reconhecer que as modificações que percebia em seu corpo deviam-se ao fato de que um bebê ali se desenvolvia. Observa que essa rotina de atividade física constituía um modo de buscar uma sensação de bem estar, pois se sentia muito deprimida. Conta que já tinha duas filhas mais velhas que residiam com a família paterna em outra cidade e que mantinha uma relação instável com o então namorado e que ambas as situações que lhe propiciavam intenso sofrimento. Marlene relata que após cometer uma tentativa de suicídio ingerindo medicamentos ela foi hospitalizada e submetida a exames que lhe revelaram a gravidez de César. Considera que a gestação a “salvou” da depressão e que o filho foi seu “remédio”, pois passou a dedicar-se com afinco a tudo que lhe dizia respeito. Acrescenta, no entanto, que atravessou toda a gestação sozinha, pois o relacionamento com o pai da criança não foi adiante.*

*Marlene relata que ao sentir as dores que anunciavam o trabalho de parto utilizou duas conduções coletivas para chegar ao hospital, destacando essa cena como uma entre tantas situações que enfrentou sem ajuda de outros. Reconhece que desde o nascimento da criança o incentiva em relação à autonomia, e considera que por vezes o faz de maneira excessiva, chegando a afirmar “só faço o que ele não pode mesmo fazer”. A mãe conta que com meses de vida Cesar segurava sem ajuda a mamadeira que ela lhe entregava no berço e descreve o desenvolvimento neuropsicomotor do filho como “precoce”, destacando*

*a fala como a única aquisição não alcançada pela criança. Relata que o filho sempre foi saudável e por isso o levou pouquíssimas vezes ao médico, tendo sido orientada sobre a necessidade de uma avaliação a respeito do atraso de fala da criança pelos profissionais da creche que Cesar frequenta desde um ano e nove meses de idade. Marlene afirma que aceitou trazer o filho para tratamento considerando que ele precisa de sessões de fonoterapia para começar a falar.*

Observamos aqui uma mulher descrente de si que, de modo inconsciente, apoia na gravidez de um filho a possibilidade de tornar-se potente. Entretanto, permanece numa condição de fragilidade e a percepção de que é exclusivamente responsável pelo filho parece promover incremento da angústia para a mãe. Marlene se aflige por não reconhecer a existência de alguém que possa auxiliá-la em seu dia a dia com o filho ou mesmo oferecer um suporte à criança caso ela venha a faltar. Essa condição materna parece ser determinante no modo como são exercidas as ações cotidianas junto ao filho e promovem marcas no psiquismo em constituição da criança. O brincar solitário de Cesar, tomado pela mãe como positivo por representar uma mostra de sua “autonomia” parece, ao contrário, representar uma circunstância prejudicial em seu modo de estar no mundo desde o qual prescindir do Outro e se refugia nos objetos. A criança assume uma postura excessivamente independente e passa a não buscar o Outro, condição essa que termina por comprometer o desenvolvimento da linguagem, especialmente em relação à fala.

Assim, a fala se destaca em relação às demais aquisições no que se refere ao ritmo de desenvolvimento, sempre precoce, referido pela mãe. O desejo materno revela seu caráter decisivo quando consideramos a discrepância temporal em relação às aquisições da criança. Como nos ensina A. Jerusalinsky (2010): “O que marca o ritmo do desenvolvimento é o desejo do Outro que opera sobre a criança através de seu discurso. O maturativo se mantém simplesmente como limite, mas não como causa.” (p. 29). Essa compreensão nos permite dimensionar a extensão da questão materna e incluí-la como uma variável fundamental no tratamento da criança.

O tratamento das questões no campo da saúde mental de crianças oferece dificuldades adicionais de simbolização para a mãe pelo fato de tais questões não poderem ser evidenciadas por meio de elementos concretos que evidenciem uma desordem ou alteração (Bèrges, 1986). Isso nos permite compreender o pedido da mãe quanto à terapia fonoaudiológica, na medida em que é considerada como uma intervenção que pontualmente poderia ajustar a dificuldade que se mostra mais evidente na criança. No entanto, não falta ao menino apenas a palavra pronunciada, mas principalmente as condições que o permitem sustentar seu ato de enunciação em uma relação que o tome como interlocutor, que aposte que é capaz de entender o que é dito e em seu desejo de dizer.

Cesar é uma criança que não apresenta estereotípias e siderações sensoriais, como produções que nos indiquem um maior fechamento em uma resposta autística, porém evidencia uma impossibilidade de contar com o Outro, não buscando os demais ativamente e defendendo-se da possibilidade de envolvimento. No entanto, diante das tentativas de contato nas cenas de atendimento, ele acaba entrando em relação. Verificamos que o menino aparenta estar só, assim como a mãe, o que afeta sua condição de estabelecer uma ligação. O que podemos perceber nessa circunstância é que a mãe coloca em ato na relação uma condição de transmitir para o filho que é preciso não contar com o Outro porque isso representa uma constante possibilidade de abandono.

Uma oferta de escuta à mãe permite que ela possa considerar Cesar em sua condição de criança que como tal precisa do cuidado do Outro para crescer. Alguns encontros possibilitaram à Marlene reconhecer que na convivência com o filho pouco se voltava a ele como uma criança pequena, alguém em constituição que necessita de afeto e atenção. Ao fim de um desses encontros Marlene, rindo, pôde traduzir o que se passava na relação com o filho com as seguintes palavras: “Acho que antes eu pensava que ele já tinha nascido com 18 anos”.

## 4.2. VINHETA CLÍNICA 2

### A CERTEZA DO DIAGNÓSTICO SEM LUGAR À INTERROGAÇÃO PELO SUJEITO

*Amanda, mãe de Rafael, de dois anos e dez meses traz o filho buscando não uma avaliação, tampouco tratamento: a mãe pede que “apenas” lhe seja entregue uma carta encaminhando Rafael para outro local (documento por escrito atestando a necessidade de tratamento em unidade de referência ao autismo). Apresenta uma volumosa pasta na qual constam diversos relatórios, nos quais constam tabelas e escores que documentam as avaliações pelas quais a criança vem passando desde muito pequena, tendo em vista que desde o nascimento “desconfiou” que seu filho pudesse ser autista. Conta que costuma mostrar esse material para “todo mundo” que eventualmente atenda a criança e é categórica ao afirmar que “todos os profissionais deram autismo”.*

*Amanda utiliza termos técnicos para referir-se ao filho e descreve Rafael como um menino “com atraso de fala”, “irritadiço, agressivo e violento” especialmente diante de situações de frustração, porém refere que tais comportamentos também ocorrem sem motivo aparente. Relata que por esse motivo buscou um neurologista e que este prescreveu Risperidona, medicação que a criança faz uso há seis meses. A mãe enfatiza que sua solicitação de encaminhamento refere-se ao fato de que Rafael “precisa de terapia comportamental específica”, e após se informar tanto pela internet quanto por outros meios concluiu que “o melhor é o método ABBA, porque a inteligência está preservada, mas o comportamento não”. Sobre a rotina da criança, conta que recentemente matriculou Rafael na escola, porém considera que o ingresso do filho no ambiente escolar é de “caráter experimental”.*

*Durante a observação da criança, Rafael manifestou interesse por alguns brinquedos explorando com curiosidade, mas sem utilizá-los para brincar. Rafael aceitou separar-se da mãe sem dificuldade e*

*manteve-se tranquilo na companhia de outras crianças, nos momentos em que foi convocado a uma interação pela equipe, Rafael sorria.*

*Quando perguntada sobre a história de vida da criança, Amanda conta que sempre se dedicou ao trabalho com afinco, que teve bons empregos e alcançou sucesso profissional em função de seu compromisso e dedicação. Relata que tanto ela quanto o marido não programavam filhos na época da gravidez, que ocorreu “por acidente”. Acrescenta que ainda que não houvesse planejamento, ela tinha ciência de que o aumento de sua idade poderia representar um impedimento a uma futura gravidez. Descreve a gestação e o parto como “ótimos”, “prefeitos”, sendo o período pós-parto um momento de angústia em função de sua pouca familiaridade com a rotina de um bebê.*

Amanda traz em seu relato uma situação frequente na contemporaneidade: a da mulher que, ainda que possua conquistas em outros campos, supõe a maternidade como uma realização indispensável. Observamos que para algumas mulheres, uma determinação social de caráter mais anônimo parece associar-se à elevada expectativa sobre sua capacidade de produção e assim ser mãe torna-se uma aquisição imaginariamente capaz de torná-las *completas*. Porém essa é uma condição ilusória que em algum momento não se sustenta e as dificuldades de certa forma “naturais” da maternidade passam a ser tomadas como um erro. Ora, se a mulher se coloca numa condição infalível, eventuais problemas nesse percurso podem a ser atribuídos à própria criança, a partir de uma leitura que de maneira inconsciente a preserva do encontro com algo que possa apontar para uma falha sua. Como nos aponta J. Jerusalinsky (2014) ser mulher e ser mãe não são condições equivalentes e a maternidade, ao oferecer à mulher uma nova condição simbólica por meio do deslizamento entre termos da equação fálica (pênis – falo – bebê), *“mais do que responder ao que é ser mulher, relança e atualiza para ela os efeitos da castração”* (p.166).

As queixas em relação ao comportamento de Rafael podem ser percebidas como manifestação do comportamento de birra, tão presente no

desenvolvimento da criança pequena que opera as primeiras tentativas de intervir mais ativamente no mundo. A dificuldade de manejo por parte dos pais (que não desejam renunciar ao próprio narcisismo, como descreve Freud em 1914) proporciona à birra o *status* de patologia, condição que passa a permitir a intervenção especializada pela via medicamentosa. Além disso, exime os adultos responsáveis pela criança da parcela que os cabe nesse “circuito” estabelecido na relação.

A dificuldade de conectar-se à maternidade, momento cercado por incertezas, deixa suas marcas no discurso de Amanda, que se serve de termos técnicos para se referir ao filho. Na busca empreendida pela mãe para cuidar da criança, o termo “autismo” parece oferecer uma perspectiva passível de correção e, nesse sentido, a mãe se mobiliza para alcançar o recurso tido como certo desde o qual a condição patológica da criança é situada como definitiva, e disso decorre a impossibilidade de considerar a intervenção como uma aposta na constituição. Essa é uma questão central ao tratamento da criança justamente por tratar-se, acima de tudo de um menino tão pequeno, com menos de 36 meses, idade na qual, em termos psíquicos não temos uma estrutura decidida.

As condições percebidas durante a observação de Rafael, indicativas da existência de recursos capazes de favorecer sua relação com o Outro, parecem não ter lugar no olhar da mãe desde a certeza do diagnóstico, o que representa um apagamento quanto ao reconhecimento das potencialidades da criança. O diagnóstico anunciado pela mãe passa a descrever Rafael em sua totalidade, abarcando não apenas seu olhar em direção à criança, mas também o discurso que a introduz no mundo.

Ao destacar que a queixa relacionada às dificuldades de comportamento não afetam a inteligência da criança, a mãe parece preservar no filho aspectos valoriza em si mesma, numa tentativa inconsciente de restaurar o narcisismo afetado pelas dificuldades da criança.

Passadas as primeiras entrevistas, Amanda vai sendo convocada a refletir a respeito de seus próprios aspectos implicados na queixa dirigida à criança e termina por encerrar suas vindas às consultas sem conseguir encontrar nos

atendimentos algo que resulte além do seu pedido pelo encaminhamento para a terapia inicialmente solicitada.

Observamos nesse caso uma situação em que o quadro patológico assume um caráter ôntico, ou seja, passa a definir o ser. Nessa vertente da psicopatologia contemporânea, que faz do diagnóstico o principal atributo da situação de tratamento, se solidifica um saber, que muitas vezes passa a ser assim acolhido pelos pais. Desse modo, se opera uma certeza, se cristaliza um olhar em relação à criança e não uma interrogação que abra lugar à invenção do sujeito, que o permita manifestar seus gostos, preferências ou narrativas singulares a cerca de seu sofrimento. Situações como essa nos apresentam como impasses que impedem uma intervenção na medida em que a mãe busca um discurso que confirme o diagnóstico, recusando qualquer possibilidade de questioná-lo, fixando-se no sintoma da criança.

### 4.3. VINHETA CLÍNICA 3

#### EM BUSCA DO OLHAR DE JORGE

*Erica, mãe de Jorge, um menino de três anos, o traz para avaliação em função de importantes dificuldades de fala e interação (ecolalia). Conta que o filho se interessa por slogans que observa na rua e teme que isso signifique um “autismo escondido”.*

*A mãe refere ter empreendido uma busca por bons profissionais para acompanhamento desde antes do nascimento da criança (pré-natal) e lamenta que ainda assim tenha feito o que considera uma má escolha quanto ao pediatra do filho. Isso porque o médico demorou a diagnosticar um grave quadro oftalmológico (catarata) que teve progressão muito acelerada e que esse erro expôs o filho a duas cirurgias corretivas antes dos seis meses de vida. A mãe relata que os cuidados pós-operatórios exigiram muitos cuidados e restrições: além das internações para a realização das cirurgias, Jorge não podia machucar-se “de jeito nenhum”, precisou ser imobilizado no berço para evitar movimentos bruscos e não podia ser banhado com muita água, bem como proceder à alterações na alimentação. Além disso, o menino passou a utilizar lentes corretivas muito grossas “fundo de garrafa que todo mundo repara”, o que também requeria vigilância permanente para não serem retiradas.*

*Erica conta que sempre trabalhou como gerente de RH, inclusive durante a gestação e após o parto, porém a necessidade de cuidados em relação à criança propiciou sua saída do trabalho oito meses após o nascimento de Jorge, afastamento que se estende até o momento.*

No caso de Jorge, observamos uma situação em o momento das primeiras inscrições psíquicas encontra-se afetado pela presença de questões orgânicas de base. A intervenção aqui se caracteriza pela prevenção em nível

secundário, tendo em vista um desenvolvimento comprometido por uma deficiência sensorial já estabelecida (J. Jerusalinsky, 2002, p. 225).

A incidência de patologias psíquicas em crianças que apresentam danos orgânicos se mostra muito mais frequente do que naquelas que não experimentaram dificuldades dessa ordem nos primeiros tempos de vida. Isso porque tais condições afetam o momento mais inicial do seu processo de constituição psíquica. Entretanto, se faz necessário considerar que ainda que não seja possível reverter as condições físicas alteradas da criança, seja ela uma perda ou déficit, a intervenção no âmbito psíquico deve cuidar para que o dano se reduza ao imposto pelo real do corpo.

As dificuldades enfrentadas precocemente pela criança afetam seu contato com o mundo em função da ausência brusca da mãe em decorrência do afastamento imposto pelo tratamento. Segundo Dolto (1996)

*“Não é a doença que está na origem das perturbações graves que vemos em crianças cujas sérias enfermidades da primeira infância são invocadas para explicar sua inadaptação atual, são as condições de relação simbólica perturbada (...) que geraram ferimentos simbólicos irreversíveis para algumas crianças a despeito de excelente saúde física adquirida”* (p.152).

No caso de Jorge, temos uma condição de fala que não corresponde a um sujeito falante, e sim uma repetição (ecolalia). Como nos aponta A. Jerusalinsky (2010) o pequeno cego tende se mostrar um precoce falante, porém isso não representa exatamente a aquisição da fala e sim um falar vazio. A fala que inicialmente constitui um ponto de apoio passa a ser um obstáculo, pois a criança estrutura em si mesma o Outro, sem distância simbólica. No lugar de especularização, ocorre o espelhamento (p. 42-43).

Diante da catarata e das cirurgias corretivas que limitam fisicamente a criança e passam a requerer o uso constante dos óculos “fundo de garrafa” Erica coloca o déficit visual no centro de sua relação com o filho. Como descreve Bèrges (1988) *“a parte faltante ou evidente de um defeito situa-se como objeto fóbico, posto avançado de luta contra a angústia”* (p.39). E assim a mãe passa enfatizar, em seu discurso, a função orgânica afetada, e é a partir

dessa condição que reconhece o filho e o nomeia para o mundo. As implicações dessa configuração podem ser observadas na atitude acentuadamente protetora por parte da mãe, o que impede uma aposta em relação às capacidades da criança.

Outro aspecto refere-se à perda do lugar profissional da mãe em função dos problemas enfrentados pela criança, o que representa uma queda na realização fálica anteriormente alcançada por ela através do trabalho. Também nesse âmbito, os problemas relacionados ao filho passam a constituir um signo da perda, da incapacidade e da impotência. Tais aspectos narcísicos afetados ficam assim indiscriminados e permanecem depositados sobre a criança, à espera de uma elaboração que a permita à mãe melhor reconhecer o filho e a si própria em suas potencialidades.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tratamento de crianças que apresentam dificuldades em relação à constituição psíquica aponta para a importância de incluirmos na situação de atendimento o cuidado junto à família, mais especificamente junto à mãe. Esse é um desdobramento dessa clínica que, longe de representar um “algo a mais” no trabalho com crianças (especialmente aquelas muito pequenas) revela, ao contrário, seu caráter central, devendo ser considerado de maneira integrada às intervenções junto à criança.

A possibilidade de estabelecimento de uma relação transferencial positiva, na qual prevalece a confiança da mãe junto ao profissional que recebe a criança para tratamento, constitui condição fundamental para que o trabalho possa acontecer. É da natureza da clínica de crianças o fato de que são os adultos que a levam para tratamento e lá chegando são também esses mesmos os encarregados de falar sobre o sofrimento que a acomete. Ainda que no momento inicial do trabalho o clínico esteja construindo uma compreensão a respeito das dificuldades referidas, observa-se a importância de que este possa ocupar junto aos pais o lugar de *sujeito suposto saber*, pois essa posição permite manter aberta a condição de reflexão e implicação por parte dos adultos em relação ao sintoma da criança.

É importante que possamos ter em mente que atribuir à mãe a responsabilidade pelas dificuldades da criança em nada acrescenta à possibilidade de uma intervenção que tenha como objetivo favorecer tanto a criança quanto a família que busca tratamento, portanto não se trata de considerar a dor materna numa perspectiva culpabilizante. Observa-se, ao contrário, a necessidade de que a mãe possa receber uma escuta capaz de acolher o sofrimento que um filho com problemas em sua constituição psíquica e/ou desenvolvimento representa, para que não permaneçam indiscriminadas as suas dificuldades e as dificuldades da criança.

O estudo teórico aqui apresentado nos permite compreender que o processo de aproximação da mãe às dificuldades do filho não é livre de sofrimento, pois toca em questões maternas ligadas ao percurso vivido pela

mulher em seu processo de constituição psíquica que resulta no desejo de ter um filho. Assim, na situação de tratamento, *“a mãe vê quebrado seu encontro narcísico com essa criança”* (A. Jerusalinsky, 1989, p.40) e esse é um ponto crucial a ser observado com cuidado pelo clínico. Nesse sentido, ainda que não se trate de tomar a mãe em tratamento, reconhecemos a importância de dar lugar a seu sofrimento psíquico. Somente desse modo algum percurso elaborativo por parte desta poderá acontecer, permitindo que se possa efetivar o cuidado da criança.

O acolhimento das fantasias maternas e da dor que as acompanham se faz necessário na clínica da infância para que não se perpetuem elementos capazes de aprisionar a criança em profecias autorrealizadoras, ou ainda, para que se possam discriminar aspectos relacionados a lesões de caráter fantasmático que ultrapassam as reais limitações do pequeno paciente.

Há que se pensar a ampliação de possibilidades que essa clínica oferece ao incluir as questões maternas numa perspectiva de cuidado integral, porém sempre tendo em vista a criança em sua condição de sujeito ainda em constituição. Essa compreensão permite que o campo de intervenção adquira sua dimensão mais efetiva, incidindo sobre condições ainda não definidas, porém passíveis de se abrirem na direção da potência da criança e seu futuro porvir.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BERGÈS, Jean. (1988). Lesão real e lesão fantasmática, *Escritos da criança*, n.2, terceira edição, Porto Alegre: Centro Lydia Coriat de Porto Alegre, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS – Tecendo redes para garantir direitos*. Brasília, 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Linha de cuidado para atenção às pessoas com transtorno do espectro do autismo e suas famílias na rede de atenção psicossocial do sistema único de saúde*. Brasília, 2015.

CALLIGARIS, Contardo. (1989) *Introdução a uma clínica diferencial das psicoses*. São Paulo: Zagodoni, 2013.

DOLTO, Françoise. (1971) *O caso Dominique*. Rio de Janeiro: Zahar, 2010.

\_\_\_\_\_. (1982) *Sexualidade feminina: libido, erotismo, frigidez*. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

FREUD, Sigmund. (1905) Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: *Obras Completas volume 6* São Paulo: Companhia das Letras, 2016.

\_\_\_\_\_. (1912) A dinâmica da transferência. In: *Obras Completas volume 10* São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

\_\_\_\_\_. (1914) Introdução ao Narcisismo. In: *Obras Completas volume 12* São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

\_\_\_\_\_. (1923) A organização genital infantil. In: *Obras completas volume 16* São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

\_\_\_\_\_. (1924) A dissolução do complexo de Édipo. In: *Obras Completas volume 16* São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

\_\_\_\_\_. (1924) Algumas consequências psíquicas da diferença anatômica entre os sexos. In: *Obras Completas volume 16* São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

\_\_\_\_\_. (1931) Sobre a sexualidade feminina. In: *Obras Completas volume 18* São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

\_\_\_\_\_. (1933) Novas conferências introdutórias à psicanálise. In: *Obras Completas volume 18* São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

JERUSALINSKY, Alfredo e colaboradores. (1989) *Psicanálise e desenvolvimento infantil – Um enfoque transdisciplinar*. Porto Alegre: Artes e ofícios, 2010.

JERUSALINSKY, Julieta. *Enquanto o futuro não vem*. Salvador: Ágalma, 2002.

JERUSALINSKY, Julieta. *A criação da criança: brincar, gozo e fala entre a mãe e o bebê*. Salvador: Ágalma, 2014.

KEHL, Maria Rita. *Os deslocamentos do feminino: a mulher freudiana na passagem para a modernidade*. São Paulo: Boitempo, 2016.

MANNONI, Maud. (1979) *A primeira entrevista em psicanálise: um clássico da psicanálise*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

MANNONI, Maud. (1985) *A criança retardada e a mãe*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

ROUDINESCO, Elisabeth. *Sigmund Freud na sua época e em nosso tempo*. Rio de Janeiro: Zahar, 2016.