

## A CRIANÇA E O ADOLESCENTE EM SOFRIMENTO PSÍQUICO GRAVE: ESTUDO SOBRE O PERFIL DO PÚBLICO EM ATENDIMENTO

M. F. Soares<sup>1</sup>; K. P. Holanda Martins<sup>2</sup> & R. C. Campos<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Graduanda em Psicologia pela Universidade Federal do Ceará (UFC). E-mail: [marianafraga.mf@hotmail.com](mailto:marianafraga.mf@hotmail.com); <sup>2</sup> Professora do Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Ceará (UFC) e Coordenadora do Programa de Extensão Clínica, Estética e Política do Cuidado. E-mail: [kphm@uol.com.br](mailto:kphm@uol.com.br); <sup>3</sup>Doutoranda em Psicologia pela Universidade Federal do Ceará (UFC). E-mail: [renatacarvalhocampos@gmail.com](mailto:renatacarvalhocampos@gmail.com)

Artigo submetido em setembro/2018

### RESUMO

O Programa de Extensão Clínica, Estética e Política do Cuidado é um Programa do Departamento de Psicologia da UFC e realiza atendimento de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico grave, sob a perspectiva psicanalítica, desde 2015. Estudos sobre o perfil do público infanto-juvenil, usuários dos serviços públicos de saúde mental no município de Fortaleza, ainda são escassos na produção acadêmica. Desse modo, objetivamos realizar o levantamento do perfil dos usuários do programa em questão, no período de 2015 ao primeiro semestre de 2018, de maneira a verificar os diagnósticos e as terapêuticas mais frequentes e sua relação com os atuais problemas da clínica com crianças e adolescentes. A coleta de dados

deu-se através do formulário integrado dos pacientes, sendo uma pesquisa documental de orientação psicanalítica. Do público atendido, a hipótese diagnóstica mais frequente foi de autismo, equivalendo a 43% dos pacientes, acrescenta-se ainda que 31,7% dos pacientes fazem uso de psicofármacos, 12,9% não frequentam a escola, 46,3% recebem atendimento em outro serviço de saúde mental. Notamos que o perfil dos pacientes atendidos vai ao encontro dos problemas da clínica infanto-juvenil contemporânea, como a predominância da perspectiva diagnóstica do espectro do autismo e hegemonia da terapêutica de medicalização pedopsiquiátrica.

**PALAVRAS-CHAVE:** Clínica psicanalítica. Infância. Adolescência. Diagnóstico. Saúde mental.

## THE CHILD AND THE TEENAGER IN SEVERE PSYCHIC SUFFERING: A STUDY ON THE PROFILE OF THE PUBLIC IN TREATMENT

### ABSTRACT

The Extension Program "Clinic, Aesthetics and Care Policies" assists children and adolescents in severe psychic suffering from a psychoanalytic perspective, since 2015. Studies on the profile of the children and teenagers, users of public mental health services in the municipality of Fortaleza, are still scarce in academic production. Thus, we aim to survey the profile of the users of the program in question, from 2015 to the first half of 2018, in order to verify the most frequent diagnoses and therapeutics and their relationship with the current problems of the clinic with children and adolescents. The data collection was done through the

integrated database of the patients, being a documental research of psychoanalytic orientation. The most frequent diagnostic hypothesis found was autism, equivalent to 43% of the patients. 31.7% of the patients use psychoactive drugs, 12.9% do not attend school and 46.3% receive another mental health service. We note that the profile of the patients meets the problems of contemporary child and adolescent clinic, such as the predominance of the diagnostic perspective of the autism spectrum and the hegemony of pediatric psychiatric therapy.

**KEYWORDS:** Psychoanalytic clinic. Childhood. Adolescence. Diagnosis. Mental health.

## INTRODUÇÃO

O Programa de Extensão Clínica, Estética e Política do Cuidado realiza atendimento psicanalítico a crianças e adolescentes em sofrimento psíquico grave no município de Fortaleza, estendendo-se atualmente ao município cearense de Quixeramobim, a partir da perspectiva interdisciplinar. A atuação do programa se dá em parceria com a Clínica-Escola de Psicologia da UFC, e com a Policlínica de Quixeramobim, locais em que os atendimentos são realizados, e com Centro de Referência à Infância (INCERE), que oferece apoio na transmissão da psicanálise mediante supervisão técnica com o psicanalista Elton Lucas Calixto Soares. O estudo da teoria psicanalítica ocorre via formações continuadas e grupos de estudos, facilitados pelos docentes e discentes do Programa e da Pós-graduação em Psicologia da UFC, como também por palestrantes convidados dos diversos dispositivos de saúde e educação.

No que se refere aos demais membros da equipe, o Programa é composto por três estudantes de psicologia da UFC<sup>1</sup>, três estudantes de psicologia da Unicatólica<sup>2</sup>, quatro graduados em psicologia<sup>3</sup>, duas mestras em psicologia<sup>4</sup> e a supervisora dos extensionistas de Quixeramobim, Carla Renata Braga de Souza, que é doutora em psicologia. Sob atual coordenação da professora Karla Patrícia Holanda Martins, o programa foi fundado em 2015 pela professora Taís Bleicher e surgiu a partir da constatação de uma incongruência entre as atuais políticas de saúde mental e a formação dos(as) estagiários(as) de Psicologia da Universidade Federal do Ceará (UFC) (Bleicher, 2016)

Com a Reforma Psiquiátrica, foram criados os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), um dos principais dispositivos da reforma, que se fundamentam no modelo interdisciplinar e têm como público prioritário pacientes com problemas psicológicos considerados graves, como psicoses e autismos. O estágio no curso de Psicologia da UFC, por sua vez, baseia-se no modelo de atendimento ambulatorial, não conta com equipe interdisciplinar e preconiza que pacientes graves e em crise sejam encaminhados para outros dispositivos, privilegiando o atendimento de pacientes neuróticos (Bleicher, 2016).

Outro aspecto que também tem forte impacto no trabalho realizado pelo programa é a fragilidade dos serviços de saúde mental ofertados a crianças e adolescentes em Fortaleza.

---

<sup>1</sup> Indirah Rabelo Granja, Mariana Fraga Soares, Myrella Raissa Caetano Linhares

<sup>2</sup> Lucas de Oliveira Saraiva Leão, Matheus Thierry Borges Lima Lopes, Patrícia Régia Oliveira de Araújo

<sup>3</sup> Carla Patricia de Pinho Costa, Eloá Bezerra de Mendonça Rodrigues, Emanuel Gonçalves da Silva, Marcella Érica Belchior de Oliveira

<sup>4</sup> Emilie Fonteles Boesmans, Sâmara Gurgel Aguiar

Consideramos que tal fragilidade tem estreita relação com a inclusão tardia desse público nas políticas de saúde mental (Couto & Delgado, 2015) e com a insuficiente expansão dos Centros de Atenção Psicossocial voltados ao público infantil (CAPSi), como aponta o relatório do Ministério da Saúde (Brasil, 2016). Além disso, de acordo com nossa experiência no programa, no estágio em psicologia da UFC, esse público frequentemente não é alvo do interesse de expressiva parte dos(as) estagiários(as) e até mesmo dos(as) supervisores(as), o que supomos ter relação, dentre outras questões, com a grade curricular do curso, que, em apenas duas disciplinas, aborda diretamente a infância e a adolescência, que são Psicologia do Desenvolvimento I e Psicopatologia Infanto-Juvenil.

Diante do cenário descrito acima, da demanda crescente de atendimento psicológico a crianças e adolescentes e do compromisso social da Universidade com a preparação de profissionais capazes de lidar responder a este desafio, é de grande relevância a existência de um programa de extensão que atenda a esse público e que questione os processos que permeiam o fazer clínico em suas dimensões éticas, estéticas e políticas. Com isso, neste trabalho, objetivamos realizar um levantamento inicial dos dados dos(as) pacientes atendidos(as) pelo programa, no período de 2015 ao primeiro semestre de 2018, observando os diagnósticos e/ou queixas mais frequentes, a incidência da terapêutica medicamentosa nos tratamentos, a integração no espaço escolar e na Rede de Atenção Psicossocial, de forma a começarmos a compreender o que caracteriza o público infanto-juvenil que chega até o programa de extensão e quais as suas principais demandas. Além disso, tendo como referência esses dados, discutiremos os efeitos do diagnóstico psiquiátrico na clínica psicanalítica com crianças e jovens.

## **2 DESENVOLVIMENTO**

De forma a estabelecer uma aproximação dos aspectos que tem caracterizado a criança e o adolescente que chegam aos serviços de saúde mental e, com isso, entender o lugar do programa de extensão nessa rede, faremos um breve histórico da inserção desse público nas políticas de saúde. Logo depois, situaremos o problema sobre o diagnóstico na clínica contemporânea.

### **2.1 Antecedentes da atual política de saúde mental para crianças e adolescentes**

Até o final do século XX, segundo Couto e Delgado (2015), não havia uma política de saúde mental para crianças e adolescentes no Brasil. As políticas públicas, desde o final do século XIX, eram voltadas para a institucionalização, necessariamente daqueles(as) em situação de pobreza. Com isso, ficavam internados(as) no mesmo local crianças e adolescentes que haviam sido abandonados(as) pela família, que tinham envolvimento com delinquência e que apresentavam algum problema mental. Estes eram nomeados “menores”, pois para ser considerado criança era preciso gozar da proteção de uma família (Couto & Delgado, 2015). Tal distinção permanece até hoje, em geral, no discurso daqueles que pretendem criminalizar a infância.

Os setores responsáveis pelo tratamento desse público eram a assistência social e os educadores, com intervenções de natureza mais disciplinar e corretiva do que clínica e psicossocial, já que o objetivo principal era resolver o problema do abandono e da delinquência (Couto & Delgado, 2015), e não proporcionar um tipo de cuidado que contemplasse as várias dimensões do sujeito. O Estado exercia a função de tutela e controle, sob a doutrina da situação irregular, o que culminou em práticas de exclusão e segregação social. As primeiras iniciativas da psiquiatria voltadas para o público infanto-juvenil se deram no Rio de Janeiro, então capital do Governo Federal, com o Pavilhão Bourneville (1904), a Liga Brasileira de Higiene Mental (1923) e o Hospital de Neuropsiquiatria Infantil (1942), que, embora sejam marcos para esse tipo de psiquiatria, pouco contribuíram à formulação de uma agenda política para crianças e adolescentes (Couto & Delgado, 2015).

Com o processo de redemocratização brasileiro no final dos anos 1970 e início da década de 1980, começou-se a delinear uma nova compreensão acerca da criança e do adolescente, alçando-os ao estatuto de sujeitos de direito, com base na doutrina jurídica de proteção integral e na proposta de intervenção do cuidado em liberdade. Alguns eventos importantes dessa época são Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança, realizada pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 1989 e a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) em 1990 no Brasil (Couto & Delgado, 2015). Entretanto, isso não foi suficiente para que as políticas de saúde mental se efetivassem para esse público, pois, como afirmam ainda Cristina Couto e Paulo Delgado (2015), o tema da saúde mental infanto-juvenil não foi privilegiado nas instâncias deliberativas, como a Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM) de 1987 e de 1992, indicando certa invisibilidade da infância e da adolescência pelo

relevante movimento da Reforma Psiquiátrica.

Apenas na III CNSM, em 2001, junto à Lei 10.216/01 (Lei da Reforma Psiquiátrica), que foi delineada uma proposta de política de saúde mental para o público infanto-juvenil, a partir da qual foram apresentadas as ações prioritárias a serem desenvolvidas pelo SUS. Após dois meses da III CNSM, no início de 2002, houve a publicação da Portaria 336/2002, que deu início ao processo de criação dos CAPSi, sendo este dispositivo a primeira ação do Estado frente à nova perspectiva de saúde mental infanto-juvenil (Couto & Delgado, 2015).

## **2.2 Configuração da atual política de saúde mental para crianças e adolescentes**

Os princípios da política de saúde mental para crianças e adolescentes foram elaborados tendo como referência a Reforma Psiquiátrica e o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Tais princípios estabelecem que a criança e o adolescente são sujeitos e, portanto, são também responsáveis por sua demanda e seu sintoma e que seu tratamento deve considerar o acolhimento universal, o encaminhamento implicado e corresponsável, a construção permanente da rede e da intersetorialidade, o trabalho no território e a avaliação das demandas e construção compartilhada das necessidades de saúde mental (Brasil, 2014).

Embora a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) seja composta por diversos dispositivos, os CAPSi são ainda a principal referência para o tratamento do sofrimento psicológicos graves e mais complexos, de acordo com a recomendação da III CNSM. (Brasil, 2001). Os CAPSi, segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2016), devem estar presentes em municípios ou regiões de médio porte com população acima de 70 mil habitantes. No Brasil, há 2.328 CAPS, dos quais 210 são CAPSi e, destes, sete são localizados no Ceará, sendo o quarto estado com maior número desse tipo de dispositivo de saúde mental. Em Fortaleza, os CAPS são divididos por Secretaria Regional (SER), dispondo de dois CAPSi, um pertencente à SER III, responsável pelo atendimento de todas as regionais ímpares, e outro à SER IV, responsável pelo atendimento de todas as regionais pares, assim são apenas dois CAPSi para atender um município com cerca de dois milhões e meio de habitantes (IBGE, 2018).

Garcia, Santos e Machado (2015) afirmam que a cobertura dos CAPSi nos municípios brasileiros é de apenas 60,4% da quantidade recomendada e que a capacidade atual de atendimento está muito abaixo da demanda. Sobre o perfil nosológico dos atendimentos, os

autores encontraram que 29,7% foram diagnosticados com transtornos do comportamento e transtornos que aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência, 23,6% com transtornos do desenvolvimento psicológico e 12,5% com retardo mental. Já os diagnósticos menos frequentes e suas respectivas porcentagens foram “os transtornos neuróticos, transtornos relacionados com estresse e transtornos somatoformes com 10,4% e os transtornos pelo uso de substâncias psicoativas com 1,8%” (GARCIA; SANTOS; MACHADO, 2015, p.2651), dados que demonstram coerência com a caracterização da resolução normativa para criação do CAPSi.

### 2.3 O diagnóstico na clínica contemporânea

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Distúrbios Mentais (DSM) e o Código Internacional de Doenças (CID) têm pautado o diagnóstico, em maior ou menor medida, nas áreas *psi*, notadamente na psiquiatria. Embora não seja possível pensar a psiquiatria descolada do diagnóstico, a natureza deste passou por várias mudanças ao longo da história do saber psiquiátrico. O diagnóstico foi se afastando do modelo psicodinâmico e psicossocial para um modelo descritivo e estatístico dos fenômenos observáveis e que se pretende ateuico (Derbli, 2011). Embora a psicologia, em sua história epistemológica, tenha subsídios para resistir a esse modelo, também vem sofrendo os efeitos restritivos desse novo horizonte ideológico em suas práticas.

Dunker (2012) afirma que a razão diagnóstica se organiza a partir de três operações fundamentais e articuladas: uma semiologia que delimita o reconhecimento dos signos do patológico, uma prática de tratamento e uma etiologia. Nesse sentido, não é possível fazer diagnóstico sem implicações teóricas e sem finalidade. No entanto, como efeito da lógica dos manuais diagnósticos, o clínico tem se desautorizado do seu ato diante do seu paciente, aderindo ao discurso universitário, no qual o saber dos manuais ocupa o lugar do sujeito. Em consequência, o saber que pode se construir na relação clínico-paciente não é privilegiado.

As famílias que recebem o diagnóstico da criança e do adolescente, por seu turno, parecem cada vez mais desimplicadas do seu mal-estar, limitando-se ao universal da classificação, o que tem levado à homogeneização das experiências subjetivas (Mariotto, 2015). Já que o diagnóstico não é referido a um singular, o tratamento do mal-estar psíquico passa a ser também homogeneizado. Tal concepção, somada à força do discurso biomédico, que atribui

ao sofrimento psicológico o mau funcionamento do cérebro, coloca nos fármacos a solução mais eficiente para que o sujeito restitua sua saúde nesta lógica traduzida por um ideal normativo. (Mariotto, 2015).

Para a psicanálise, entretanto, “o diagnóstico não é uma nomeação dada pelo analista, referido em posição de autoridade, visando à naturalização do mal-estar expresso em seu sofrimento” (DUNKER, 2012, p.33), o analista levanta uma hipótese diagnóstica, dentre as estruturas neurótica, psicótica ou perversa, apenas para orientar a condução da análise (Quinet, 2009). Longe de ser uma clínica orientada pelo sintoma como sinal de determinada doença, a psicanálise, então, propõe um trabalho a partir da escuta do mal-estar subjetivo e da transferência como elementos essenciais para o diagnóstico. O sintoma não responde a uma lógica causal de doença, tal qual na medicina, mas ao contrário, apresenta-se multifacetado, segundo os arranjos possíveis para cada indivíduo e cuja significação constitui um enigma a ser decifrado na análise.

É preciso considerar ainda, que, na infância, o diagnóstico assume caráter processual, uma leitura “do andamento do processo de constituição subjetiva da criança” (Bernardino, 2015, p.59), de forma que o diagnóstico não funcione como um rótulo imutável, mas que coloque a possibilidade de construção de uma singularidade. Como o sintoma da criança diz respeito também aos pais, é preciso, portanto, não só a escuta do pequeno paciente, como também da família, a fim de localizar os jogos de força determinantes do sintoma e a posição da criança no contexto familiar até que se possa pensar num diagnóstico e tratamento. (Flesler, 2012).

Lacan em “Nota sobre a criança” (1969/2003), afirma que a criança responde ao que existe de sintomático na estrutura familiar de duas maneiras: ou seu sintoma corresponde à verdade do casal parental ou a pessoa da criança funciona como objeto a para a mãe, tamponando sua falta. O que sugere essa afirmação é que, de todo modo, o sintoma da criança está referido aos pais. Dessa forma, ou o sintoma é uma produção da criança enquanto mensagem endereçada aos pais, denunciando o mal-estar do casal, ou seu próprio ser (da criança) corresponde a um sintoma da mãe, o que, segundo Lacan, é mais problemático.

Mas se o adoecimento da criança diz respeito aos pais, seu desejo não compareceria para produzir seus próprios conflitos e conseqüentemente, seus sintomas? Sem dúvida, o sintoma da criança conserva o que há de singular do seu desejo. Quando Lacan (1969/2003) afirma que a criança se insere nos conflitos parentais pelo seu sintoma ou como sintoma, ele



não exclui a possibilidade de escolha, ainda que forçada, que a criança é capaz de fazer quando produz seu sintoma. O que ele procura destacar é a relevância de distinguir de qual caso se trata, pois poderia situar-se aí a diferença entre o diagnóstico de neurose ou de psicose. Se a criança responde com seu sintoma estaria no campo da neurose, mas se responde com seu ser, funcionando como objeto na fantasia da mãe, estaria na psicose e isso implica diferenças na condução do tratamento.

### 3 MÉTODO

A partir da leitura do formulário integrado dos pacientes – documento que contém o registro de todos os pacientes recebidos pelo programa com informações sobre suas queixas iniciais, histórias clínicas e dados biográficos, foi realizada uma análise documental (Lüdke; André, 1986) quantitativa e qualitativa das informações contidas nesses documentos, com discussão orientada pela perspectiva psicanalítica. Convém ressaltar, ainda sobre a natureza do documento, que os(as) extensionistas preenchem o formulário a partir das informações coletadas na entrevista inicial com os responsáveis e com a criança ou adolescente.

### 4 RESULTADOS

Durante o período de 2015 a meados de 2018, o total de pacientes atendidos(as) pelo programa foi 41, destes, nove continuam em atendimento. O diagnóstico psiquiátrico mais frequente, com o qual os pacientes já chegaram no programa, foi Transtorno<sup>5</sup> do Espectro Autista (TEA), com 14 pacientes, o que corresponde a 34,1% do total. Dentre os pacientes diagnosticados com autismo, quatro casos estão associados a outros diagnósticos, equivalente a 28,5% dos diagnósticos de autismo. A seguir é possível ver os diagnósticos aos quais o autismo foi associado:

**TABELA I – DIAGNÓSTICOS ASSOCIADOS AO AUTISMO**

1. Autismo, Transtorno Bipolar, Epilepsia
2. Autismo Leve, Esquizofrenia Paranoide, Retardo Mental
3. Autismo, Distúrbio Mental Leve, Hiperatividade
4. Autismo, Hiperatividade

Fonte: dados da pesquisa

<sup>5</sup> Utilizamos a palavra “transtorno” apenas quando nos referimos ao modo de operar dos sistemas classificatórios



Além disso, há quatro casos em que a suspeita de autismo é levantada, nos quais não conseguimos saber se a hipótese partiu de um profissional ou da família. Com isso, em 18 pacientes (43,9%) há referência ao autismo, enquanto confirmação ou possibilidade diagnóstica, o que equivale quase à metade de todos(as) pacientes atendidos(as). Notamos que, em algumas descrições sobre o quadro do paciente, mesmo que não se mencione o autismo, o vocabulário é permeado por descritores relativos a esse diagnóstico, por exemplo: “estereotípias”.

A segunda palavra mais frequente no quesito diagnóstico ou queixa, foi agressividade, com cinco casos no total (12,1%). Dentre estes, três casos (60%) são de pacientes institucionalizados e sem contato com os pais. Em relação aos outros dois pacientes, havia um caso em que a morte do pai da criança era recente e sobre o outro não havia informações adicionais acerca dos dados biográficos. Dificuldade ou *déficit* de aprendizagem foi a terceira nomenclatura mais frequente, equivalente a 7,3% dos pacientes.

Ademais, verificamos dois pacientes diagnosticados com retardo mental, dois com Transtorno de *Déficit* de Atenção/Hiperatividade (TDAH) (4,8%), dois com ideação suicida (4,8%), dois com esquizofrenia (4,8%), dois com transtorno bipolar (4,8%). Em seis casos (14,6%) não há referência a uma classificação diagnóstica específica, mas havia a descrição do(a) paciente.

No que se refere ao uso de medicamentos, em 15 pacientes (36,5%) há referência ao uso de medicamentos, dos quais 13 fazem uso, equivalente a 31,7%. Os pacientes com autismo são os mais medicados; dentre eles, 46,1% utilizam algum psicofármaco. Sobre os dois pacientes em que havia referência ao uso, mas não havia uso atual, um deve-se à interrupção do medicamento – caso em que uma paciente com autismo havia feito uso de ritalina e fluoxetina, e outro caso de autismo em que o psiquiatra receitou carbamazepina, mas a mãe se recusou a oferecer para a criança. Em relação à associação entre uso de medicamentos e diagnóstico ou queixa, ver tabela abaixo:

**TABELA II – ASSOCIAÇÃO ENTRE DIAGNÓSTICO OU QUEIXA E PSICOFÁRMACO**

<b>DIAGNÓSTICO OU QUEIXA</b>	<b>Nº DE PACIENTES</b>	<b>PSICOFÁRMACO</b>
Transtorno do Espectro Autista (TEA)	6	Anticonvulsivante fenobarbital; Risperidona; Associação de Neuleptil e Risperidona; Tofranil; Neuleptil; Daforin
Esquizofrenia paranoide, retardo mental e autismo leve	1	Associação de Olanzapina e Diazepam
Retardo Mental	2	Risperidona; Fenergan; Associação de Risperidona e Paroxetina
Agressividade	2	Risperidona e fenobarbital; Em um dos casos, o nome do fármaco não foi informado.
Déficit de aprendizagem	1	Risperidona
Agressividade e problemas com a sexualidade	1	Associação de Risperidona, Depakene, Carbonato de Lítio e Fluoxetina

Fonte: dados da pesquisa

Enfatiza-se que dentre os pacientes que fazem uso de medicamento, 46,1% tem o diagnóstico de autismo.

Sobre a relação entre a inserção na escola e o diagnóstico, cinco pacientes (12,2%) não frequentam a escola, quatro com o diagnóstico de autismo e um com a queixa de agressividade. Neste último, a justificativa para tal situação é justamente o comportamento agressivo na escola. Em outros dois casos também aparecem justificativas que são, respectivamente, que o(a) paciente atrapalhava as outras crianças na escola e que mãe não poderia acompanhá-lo(a); nos demais casos não havia justificativa. No que se refere à inserção em outros dispositivos de saúde mental, no formulário menciona-se que 19 pacientes (46,3%) recebem atendimento.

## **5 DISCUSSÃO**

Em dois anos e meio de atendimento, 41 pacientes foram atendidos, um número que pode parecer, a princípio, não muito elevado. Entretanto, essa quantidade se justifica pela particularidade da clínica com crianças e adolescentes em sofrimento psíquico grave, que comumente demanda um tempo de trabalho mais longo, e à própria organização do programa, que é formado, em sua maioria, por extensionistas voluntários, que prestam sua contribuição não-remunerada, apenas pela concordância com os princípios éticos e políticos do programa.

No que tange ao diagnóstico psiquiátrico, o alto número de pacientes com o

diagnóstico ou com a hipótese diagnóstica de autismo, embora tenha estreita relação com o tipo de paciente que o programa recebe, vai ao encontro do número crescente de casos de autismo. Segundo *Centers for Disease Control and Prevention* (2014), de 2000 a 2014, houve crescimento de 120% do diagnóstico de autismo e a estimativa atual é que uma criança, a cada 68, seja autista.

Sobre isso, Kupfer (2015) argumenta que, com a mudança dos critérios diagnósticos dos manuais, passou-se a incluir no espectro autista quadros clínicos que faziam parte de outras classificações, resultando em uma falsa epidemia, como no caso da psicose. Essa passou a ser definida como transtorno do espectro do autismo não-especificado, anulando as particularidades desse quadro e equivalendo-o a uma derivação do autismo, o que produz inúmeros efeitos, inclusive para a direção do tratamento. Nesse sentido, o aumento do diagnóstico de autismo não se deve à precisão científica desses critérios, mas à modificação deles (Kupfer, 2015). Bernardino (2016) acrescenta que as condições simbólico-culturais da atualidade têm favorecido sintomas próprios do autismo, o que pode levar, inclusive, ao equívoco no diagnóstico, caso o clínico não perceba, por exemplo, que certo retraimento social pode indicar uma posição depressiva na criança, não necessariamente autismo.

Outro dado curioso e também tributário da mudança dos critérios diagnósticos é atribuição de vários transtornos a um único paciente. No vocabulário dos manuais, essa associação de diagnósticos é chamada de comorbidade. Dunker (2014), ao discutir a história das transformações do DSM, coloca que a relação entre sintoma e funcionamento psíquico foi excluída desde o DSM-3; com isso, a prática de sobrepor diagnósticos psiquiátricos começou a se expandir. Em casos em que há os sintomas de Depressão e Ansiedade, ou de TDAH e Transtornos Específicos de Aprendizagem, diagnósticos que apresentam uma indissociabilidade própria, essas associações são compreendidas, no modelo DSM, como mera casualidade, o que enfatiza o diagnóstico por comorbidades. (Silveira, 2015). O caso clássico o Homem dos Ratos, que se organizava a partir de uma neurose obsessiva, seria facilmente classificado com 7 ou 8 transtornos, de acordo com Dunker (2014).

A partir da lógica DSM, o mal-estar fica separado da experiência coletiva e reduz-se ao sintoma, sobre o qual não é necessário que o clínico ou aquele que sofre teça sentido. Sempre que aparece uma experiência singular, os especialistas do DSM parecem querer negá-la para transformá-la em mais um transtorno, como se a particularidade não existisse. Tal racionalidade tem alienado as crianças, os adolescentes e suas famílias do seu sofrimento.

(Dunker, 2014). Como busca-se registrar cada traço comportamental do sujeito e descrevê-lo sob a nomeação de um transtorno, borram-se as fronteiras entre o este e o sujeito.

A medicalização infanto-juvenil também é efeito desse modelo de saúde mental que hiperdiagnostica crianças e adolescentes e, apoiada no discurso médico-científico, trata as dificuldades de aprendizagem e de comportamento como “um epifenômeno de um desequilíbrio neuroquímico” (SILVEIRA, 2015, p.100). Embora nossa amostra seja pequena e faça parte de um recorte específico de pacientes graves, a porcentagem de uso de medicamentos é alta (31,7%). Apesar de não objetivarmos, no âmbito desse artigo, aprofundar a discussão sobre a relação entre o diagnóstico e a adequabilidade do uso dos psicofármacos, é possível perceber alguns dados preocupantes, como a paciente com a queixa de “agressividade e problemas com a sexualidade”, que toma quatro remédios. Não há dados, no Brasil, sobre os índices atuais de medicalização da infância e da adolescência, no entanto o crescimento de quase 75%, entre 2009 e 2011, do uso do fármaco cloridrato de metilfenidato por crianças e adolescentes, entre 6 e 16 anos, diagnosticados com TDAH, dá-nos indícios do que vem ocorrendo. (Mariotto, 2015).

No que tange à inserção dos pacientes na escola, podemos perceber que uma parte significativa de crianças e adolescentes com quadros psicológicos graves ainda sofre dificuldade de viver o processo de escolarização e, conseqüentemente, podem ficar, mais agudamente, à margem do laço social. Muito embora o modo como a escola se organiza seja, em grande medida, para instrumentalizar seus alunos às exigências do mercado capitalista, a escola também comporta uma dimensão potente que é trabalhar em função de “um “depois” que irá se desenrolar “lá fora”” (PEREIRA, 2012, p.16), enquanto que o manicômio, outrora o destino das crianças e adolescentes nomeadas “não escolarizáveis”, apresenta um “movimento autorreferente de um presente sem futuro” (ibidem).

## **6 CONCLUSÃO**

Durante longo tempo, a perspectiva de tratamento para crianças e adolescentes que, por algum motivo, não se situavam na norma, era disciplinar, corretiva e excludente. Entretanto, a partir de diversos movimentos de contestação a essa lógica, tornou-se possível criar novos saberes sobre o cuidado, que entendem a criança e o adolescente, guardadas suas particularidades, como sujeitos que devem ser ouvidos em sua demanda, considerando as

implicações da sua dinâmica familiar e do seu contexto social.

O desenvolvimento da política de saúde mental, através da Lei da Reforma Psiquiátrica, do ECA e seus desdobramentos, são marcos importantes para a construção de um novo paradigma, mas nem sempre a existência de leis e procedimentos administrativos garantem mudanças nas experiências cotidianas (Voltolini, 2015). Pois, embora a política pública preconize que o público infanto-juvenil seja ouvido em suas particularidades, “no interior das instituições os rótulos diagnósticos circulam intensamente” (VOLTOLINI, 2015, p.198) e, por vezes, tamponam aquilo que é vivido como singular pelo sujeito, tanto nos dispositivos de saúde mental, como nas escolas. Diante das práticas homogeneizantes, é necessário que nos perguntemos se a dificuldade de alguém se manter no laço social será sempre lida como patologia, ou se podemos entendê-la como uma questão que pode nos dizer mais sobre o sujeito e sobre a cultura.

A partir da análise do formulário integrado, foi possível depreender os diversos problemas da clínica contemporânea com crianças e adolescentes, como os efeitos dos manuais diagnósticos nas formas de cuidado, a medicalização e a inserção na escola e na Rede de Atenção Psicossocial. É importante dizer que a identificação de padrões nos dados dos pacientes atendidos busca evidenciar os discursos que permeiam o público do programa, não aprisioná-los na lógica estatística e epidemiológica, mas atentar para o que esses discursos apontam sobre o tempo que vivemos. Neste sentido, a Universidade pode exercer um importante papel nesta discussão e na proposição de novos modelos de políticas inclusivas. Nas últimas décadas, temos testemunhado os esforços das escolas de ensino médio e fundamental no sentido de construir espaços potentes e de afirmação de futuro para essas crianças e adolescentes. É chegado a hora da Universidade afirmar o seu compromisso com os direitos de uma Escola inclusiva para jovens, mas, em não se tratando da execução de uma normativa e orientados pelos princípios éticos da psicanálise, convém introduzirmos desde já a perspectiva de um futuro aberto que inclua a singularidade e o desejo de cada um.

## REFERÊNCIAS

BERNARDINO, L.M.F. O psicanalista e as psicopatologias da infância. In: KAMERS, M.; MARIOTTO, R.M.M.; VOLTOLINI, R. **Por uma (nova) psicopatologia da infância e da adolescência**. São Paulo: Escuta, 2015.

BLEICHER, T. Formação em Psicanálise na Universidade no contexto das atuais Políticas Públicas de saúde e de Formação Universitária. In: BLEICHER, T.; AGUIAR, S. G.;

GOMES, R.C.C. (Org.). **Criança-sujeito: seus enigmas e suas linguagens**. Fortaleza: EdUECE, 2018. 176 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: Cuidado em Liberdade, Defesa de Direitos e Rede de Atenção Psicossocial: Relatório de gestão 2011-2015**. Brasília, DF, 2016. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/junho/27/Relat--rio-Gest--o-2011-2015---.pdf>> Acesso em: 30 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde, Conselho Nacional do Ministério Público. **Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos**. Brasília, DF, 2014. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_psicossocial\\_crianças\\_adolescentes\\_sus.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_psicossocial_crianças_adolescentes_sus.pdf)>. Acesso em: 30 set. 2018.

BRASIL Ministério da Saúde. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, DF, 2002. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/saude\\_mental.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/saude_mental.pdf)>. Acesso em: 29 set. 2018.

IBGE. **População de Fortaleza**. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/fortaleza/panorama>>. Acesso em: 30 set. 2018.

CDCS. (Centers for Disease Control and Prevention). Prevalence of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years. **Morbidity and Mortality Weekly Report**, v. 63, n. 2, p. 1-22, 2014. Disponível em: <<https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/67/ss/ss6706a1.htm>>. Acesso em: 28 set. 2018

COUTO, M.C.V; DELGADO, P.G.G. Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, v. 27, n.1, p. 17-40, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pc/v27n1/0103-5665-pc-27-01-00017.pdf>>. Acesso em: 30 set. 2018.

DERBLI, Marcio. Uma breve história das revisões do DSM. **Com ciência**, Campinas, 2011, n. 126, p. 1-2.

DUNKER, C.I. Questões entre a psicanálise e o DSM. **Jornal de Psicanálise**, v.47, n.87, São Paulo, 2014. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-58352014000200006](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352014000200006)>. Acesso em: 29 set. 2018.

\_\_\_\_\_. Crítica da razão diagnóstica: psicanálise, psicopatologia, DSM. In: CALAZANS, R./NETO, F.K. **Psicopatologia em debate: controvérsias sobre os DSMs?** Barbacena: EdUMG, 2012.

FLESLER. Alba. **A psicanálise de crianças e o lugar dos pais**. Trad. Eliana Aguiar. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2012.

GARCIA, G.Y.C; SANTOS, D.C.; MACHADO, D.B. Centros de Atenção Psicossocial

Infantojuvenil no Brasil: distribuição geográfica e perfil dos usuários. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.31, n.12, p.2649-2654, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n12/0102-311X-csp-31-12-2649.pdf>>. Acesso em: 29 set. 2018.

KUPFER, M.C. O impacto do autismo no mundo contemporâneo. In: KAMERS, M.; MARIOTTO, R.M.M.; VOLTOLINI, R. **Por uma (nova)psicopatologia da infância e da adolescência**. São Paulo: Escuta, 2015.

LACAN, J. (1969/2003). Nota sobre a criança. In: \_\_\_\_\_. **Escritos**, Rio de Janeiro, Jorge Zahar, p.369-370.

LÜDKE, M; ANDRÉ, M. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

MARIOTTO, R.M.M. Diagnóstico e tratamento de crianças em tempos de psicomedicalização. In: KAMERS, M.; MARIOTTO, R.M.M.; VOLTOLINI, R. **Por uma (nova)psicopatologia da infância e da adolescência**. São Paulo: Escuta, 2015.

PEREIRA, C. L. **Psicose na infância e escolarização**: uma pesquisa colaborativa na rede regular de ensino. 2012. 315f. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2012.

QUINET, A. **As 4 + 1 condições da análise**. Rio de Janeiro: Jorge *Zahar*, 2009.

SILVEIRA, T.C. **Da infância inventada à infância medicalizada**. 2015. 151f. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

VOLTOLINI, R. Educação inclusiva e psicopatologia da infância. In: KAMERS, M.; MARIOTTO, R.M.M.; VOLTOLINI, R. **Por uma (nova)psicopatologia da infância e da adolescência**. São Paulo: Escuta, 2015.