

Emilie Fonteles Boesmans <sup>1</sup> Sãmara Gurgel Aguiar <sup>2</sup>  
Rebeca Carolinne Castro Gomes <sup>3</sup> Taís Bleicher <sup>4</sup>

### Resumo

Este trabalho visa apresentar o programa de extensão “Clínica, Estética e Política do Cuidado”, denotando os diversos eixos buscados em sua atuação. O programa tem como objetivos principais oferecer atendimento de orientação psicanalítica a crianças e adolescentes em sofrimento psíquico e seus cuidadores e fomentar a formação de alunos e profissionais acerca do trabalho clínico-institucional com essa clientela, sob uma perspectiva interdisciplinar. É realizado em parceria com o Centro de Referência à Infância – INCERE, que fornece supervisão clínica. Em 2015, ainda na modalidade de projeto de extensão, realizou dois grupos de estudos e dois simpósios locais sobre temáticas relacionadas. Como novas atividades para 2016, estão previstos o estabelecimento e a formalização de parcerias com outras instituições, para expansão e fortalecimento do serviço junto à rede socioassistencial, bem como a formação em gestão clínica de processos. Em seu primeiro ano, nos seus diversos espaços (clínica, supervisão e reuniões administrativas) foi possível discutir temas relevantes e atuais no âmbito das políticas públicas de saúde mental: a querela dos diagnósticos, fragilidade e desarticulação da rede de atenção psicossocial, medicalização da infância, importância do trabalho interdisciplinar e da articulação intersetorial para o cuidado.

**Palavras-chave:** Saúde mental; clínica; infância; adolescência.

### Abstract

This paper presents the extension program “Clinic, Aesthetics and Care Policy”, denoting the various axes that are searched in this action. This program’s main objectives are to offer psychoanalytical orientation service to children and adolescents in psychological distress and their care takers as well as to foster the training of students and professionals in the clinical institutional work with this clientele, in an interdisciplinary perspective. It is conducted in partnership with the Centro de Referência à Infância (Childhood Reference Center) - INCERE, which provides clinical supervision. In 2015, still as an extension project, it held two study groups and two local symposia on related themes. As new activities for 2016, there are plans for the establishment and formalization of partnerships with other institutions, expansion and strengthening of the service related to the social assistance network, as well as training in clinical management of processes. In its first year, in its various areas (clinical practice, supervision and administrative meetings), it was possible to discuss relevant current issues within the public mental health policy: the quarrel of diagnoses, fragility and disarticulation of psychosocial care network, childhood medicalization, importance of interdisciplinary work and inter-sectorial coordination for care.

**Keywords:** Mental health; clinical practice; childhood; adolescence.

<sup>1</sup> Universidade Estadual do Ceará (UECE) – Brasil. Psicóloga. Mestre em Psicologia (UFC). Professora substituta da Universidade Estadual do Ceará (UECE). emilieboesmans@hotmail.com

<sup>2</sup> Universidade de São Paulo (USP). Psicóloga –. Mestranda em Educação (USP). samara.gurgel@hotmail.com

<sup>3</sup> Universidade Federal do Ceará – Brasil. Psicóloga. Mestranda em Psicologia (UFC). rebeca\_carolinne@yahoo.com.br

<sup>4</sup> Universidade Federal do Ceará – Brasil. Psicóloga. Mestre em Psicologia Clínica e Cultura – Universidade de Brasília (UnB). Doutora em Saúde Coletiva (UFC/UECE/UNIFOR), com estância doutoral na Universidade Complutense de Madrid – UCM. Psicóloga clínica (UFC) e professora – Faculdade Católica Rainha do Sertão (FCRS). taisbleicher@hotmail.com

## 1 - APRESENTAÇÃO DO PROGRAMA DE EXTENSÃO: “CLÍNICA, ESTÉTICA E POLÍTICA DO CUIDADO”

O programa “Clínica, Estética e Política do Cuidado” inicia suas atividades em 2015, em parceria com o Centro de Referência à Infância (INCERE), sob o formato de projeto de extensão, nomeado “Clínica psicanalítica de crianças e adolescentes com transtornos graves de desenvolvimento e seus cuidadores”, vindo a se tornar programa em 2016. A proposta visa oferecer atendimento clínico, sob o viés psicanalítico, a crianças e adolescentes em sofrimento psíquico e seus cuidadores, além de estabelecer vínculo e diálogo com profissionais e instituições onde circula este público.

Ademais, os extensionistas participam de atividades de formação continuada, através de espaços de estudos teóricos, supervisão e prática clínica. Estes, somados à análise pessoal – experiência, por si só, didática, na medida em que, na transferência, o sujeito é sensibilizado quanto ao saber de que trata o inconsciente – aproximam o Programa ao proposto por Freud (1919/1996) quanto ao ensino e a formação em Psicanálise.

Há, ainda, a construção de conhecimentos no eixo de gestão, visto a configuração institucional dos serviços ofertados e os princípios nos quais se fundamenta sua estrutura, tomando por base as políticas de Saúde Mental e a pretensão de integração à rede sócio-sanitária. Desta forma, concorda com Campos (2014), quando, ao pensar as possibilidades de diálogo entre Psicanálise e Saúde Coletiva, defende a dimensão da gestão “que entendemos não como mera administração dos seres e das coisas, senão mais bem como um dos modos de produzir as necessárias articulações clínico-políticas na ingerência do cotidiano” (p. 37).

Os pacientes chegam ao programa, que, atualmente, funciona na Clínica de Psicologia da Universidade Federal do Ceará (UFC), junto a seus pais, responsáveis e referências (no caso de crianças institucionalizadas), por diversas fontes de encaminhamento: triagem da Clínica, profissionais parceiros e instituições como Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi), abrigos, e, ainda, por demanda espontânea.

O espaço de supervisão, semanal e coletiva, bem como todos os dispositivos e atividades que compõem o programa, oferece abertura para diferentes referenciais teóricos psicanalíticos. Neste artigo, versamos sobre algumas das principais questões que atravessam nossa prática a partir de noções lacanianas. São elas: a querela diagnóstica, com ênfase nas diferenças entre o estatuto do diagnóstico para a Medicina e para a Psicanálise, as possíveis consequências de sua definição prematura ou precipitada; a medicalização precoce, por vezes, sem o devido acompanhamento psiquiátrico; e a importância da continuidade do cuidado, que abrange a dimensão da desarticulação da rede e das setoriais, da fragilidade de oferta de acompanhamento, e, diante disso, a inexistência de Projeto Terapêutico Singular. Procuraremos debater esses pontos a seguir.

## 2 - A QUERELA DOS DIAGNÓSTICOS

Embora nossa proposição, a princípio, tenha se delineado de modo a contemplar as demandas do que se nomeia, na Medicina psiquiátrica, “transtornos globais do desenvolvimento”, o questionamento quanto à coerência entre esta nomenclatura e os propósitos do programa levaram a revê-la.

Pereira (1996) afirma que a nomenclatura transtorno (*disorder*) preenche uma função retórica, em detrimento da especificidade do quadro clínico que nomeia. Des-

tarte, abandonamos tal termo por compreendermos que a nossa atuação não busca o universal. Ao contrário, ocupamo-nos do *pathos* – o sofrimento, as paixões, a afetividade – e o discurso capaz de transformar esta narrativa em uma experiência, aproximando-nos da perspectiva da Psicopatologia Fundamental (Berlinck, 1997).

Ao longo de sua história, a Psicanálise se apoiou em um modelo psicopatológico que difere de outras práticas clínicas, como a Psiquiatria, ou mesmo as psicologias. De posse desta óptica, a clínica psicanalítica, principalmente com crianças, tem questionado a emissão de diagnóstico, efetivada por vezes de maneira precoce ou precipitada. A delimitação de um diagnóstico na infância, por um lado, promove certo apaziguamento dos pais, ao nomear o “problema” do filho. Por outro, tem trazido uma série de mal-entendidos entre os profissionais que acompanham a criança, fixações em seus sintomas e tentativas de sua extirpação, com forte ênfase na medicalização precoce.

Leite (2010) afirma que a clínica psicanalítica de orientação lacaniana é uma clínica da transferência ou a clínica do Outro, na qual um tipo de vínculo primordial é o social, chamado por Lacan de discurso. Nela, o analisando, orientado no sentido da regra fundamental da Psicanálise, isto é, a regra da associação livre, dirige-se ao analista por meio de uma rede de significantes que pode possibilitar a emergência de sua verdade, como Sujeito do Inconsciente.

Segundo Miller (1988), a ideia de transferência compreende que o analista não é exterior ao Inconsciente do paciente e que, na observação psicanalítica, não há a exterioridade que conserva a observação psiquiátrica. No dispositivo analítico, a única técnica de investigação em voga é a escuta, e é em relação a ela que a estrutura se torna localizável, a partir dela se estabelecendo um diagnóstico (Dor, 1994).

Dessa forma, o diagnóstico em Psicanálise resulta de uma avaliação essencialmente subjetiva que se apoia no discurso do paciente e na subjetividade do analista que o escuta. Para Joel Dor (1991), fica implicado que o diagnóstico não é um procedimento hipotético-dedutivo, ou uma relação lógica de causa e efeito, habitual nas ciências exatas. Ademais, a categoria diagnóstica apresenta um caráter potencial, no sentido de que está relegada, na clínica psicanalítica, à dimensão do devir de uma confirmação. A escuta prevalece sobre o saber nosográfico e as racionalizações causalistas. No caso das crianças e adolescentes, essa fórmula se complica, uma vez que nem sempre há consonância entre seu discurso e o de seus pais.

Quanto ao sintoma, conforme aponta Dor (1994), não existe “[...] solução de continuidade direta entre uma cartografia de sintomas e uma classificação diagnóstica” (p. 20). Neste sentido, não são as manifestações de sua “doença” que proporcionarão o diagnóstico, mas sim a relação transferencial e o posicionamento subjetivo do paciente perante o seu sintoma (Leite, 2010). O sintoma é encarado como metáfora, no sentido de que sempre é uma formação substitutiva, cujos componentes significantes obedecem invariavelmente à ação simultânea dos processos de metáfora e metonímia que operam no Inconsciente e que são, assim, tributários das fantasias inconscientes do sujeito.

Vemos, a partir desses pontos chave do paradigma psicanalítico lacaniano, que ele se afasta totalmente de outras práticas clínicas em quase todos os aspectos: tempo diagnóstico, relação com o sintoma, paradigma científico-positivista. Entendemos que o diagnóstico psiquiátrico estabelece relação direta do quadro nosológico com o sintoma apresentado, e que se estabelece frente àquilo que é dado a ver ao psiquiatra no momento da consulta, prevalecendo sobre qualquer outro aspecto. Fica presente

também que, muitas vezes, o diagnóstico se estabelece a partir do relato de terceiro sobre o sujeito, dessubjetivando-o ou, em outras palavras, assujeitando-o ao discurso maciço do outro. Deste modo, o diagnóstico perde sua dimensão histórica e, assim, é legitimada a ausência de uma dimensão clínica na atividade médica, de modo que o sujeito torna-se, unicamente, biológico e acaba por ocupar o lugar de objeto que não sabe de si.

Por fim, apontamos a relação do diagnóstico com a terapêutica medicamentosa, ou seja, inverte-se a ordem entre diagnóstico e medicação: o sujeito tem aquilo para que responde a partir de uma certa combinação de medicamentos. Não se trata de o sujeito ter ansiedade e ser medicado com *Xanax*, por exemplo, mas diante de um quadro sintomático, o *Xanax* é prescrito e a confirmação diagnóstica fica condicionada à resposta positiva à medicação.

Na clínica com crianças e adolescentes, isto não se dá de forma diferente. É o que confirmam as experiências com essa clientela: 12 das 24 crianças e adolescentes que foram, ou estão em atendimento, foram encaminhado ao Programa após processo de categorização médica de seu sofrimento e conseqüente definição de tratamento medicamentoso. Esta configuração, por si só, não remeteria a uma rigidez quanto à subjetivação da criança. Entretanto, a ela se somam aspectos como os destacados acima: a supressão da palavra pela via de diagnósticos herméticos e o silenciamento do sintoma através da medicação indiscriminada.

Considerando o panorama que se nos apresenta, e compreendendo a importância de sua problematização, atuamos no sentido de oportunizar a produção de aberturas nessa lógica discursiva e, assim, permitir um deslocamento das marcas dessubjetivantes que causa à criança. Os atendimentos constituem espaço para que os pacien-

tes construam - dispendo do brincar e do falar e junto aos extensionistas - diversas narrativas acerca do que com eles ocorre. Deste modo, buscamos favorecer o alargamento dos sentidos atribuídos à constituição da criança, compreendendo, com Lacan (1992) que o discurso nunca é unívoco e que é justo num deslizar da cadeia de significantes que o integra que é possível a aparição do sujeito.

O trabalho clínico realizado junto ao nosso público também leva em conta a importância da participação dos adultos que compõem a rede discursiva na qual a criança e o adolescente se inserem. Entre os aspectos que levam a essa especificidade na clínica com a infância e a adolescência destacamos dois principais: o primeiro consiste na atenção ao fato de que, via de regra, são os pais/responsáveis que buscam o atendimento e não a criança; e o segundo, este mais associado à questão do diagnóstico, refere-se à concepção de que “a ‘doença’ da criança não está só nela, mas num campo discursivo que inclui também os pais” (Oliveira, 1996).

Compreendemos, portanto, que se faz necessária uma escuta daqueles que exercem função primordial na significação da história da criança. Por isto, adotamos a postura de convocar pais, responsáveis ou referências institucionais a falar em espaços que podem se configurar, a depender dos enveredamentos de cada caso, em três formatos distintos.

O primeiro formato objetiva compreender o pedido que trazem e a possibilidade de sua transformação em demanda de análise por parte da criança/adolescente, além da tentativa de captar elementos que permitam supor o lugar que ocupa na estrutura discursiva desses adultos. A segunda configuração, que chamamos aqui de escutas concomitantes, importa no sentido de quebrar uma repetição especular em torno do sintoma da criança/adolescente – mui-

tas vezes, como mencionamos, sustentada num discurso médico fechado – para permitir que se abra espaço para construções singulares de ambas as partes: pacientes e seus cuidadores. O último diz de uma alternativa de oferta de espaço para dar conta de suas questões, quando há demanda de análise própria por parte daqueles que acompanham os pacientes, na aposta de que assim facilitemos uma separação dos conteúdos psíquicos dos pais/responsáveis em relação aos da criança/adolescente.

Esses dispositivos buscam refletir também sobre os efeitos decorrentes do excesso e/ou da má administração de medicamentos, uma vez que privilegiam a construção de contornos em volta do sintoma através da escuta, em vez de seu apagamento. Frente a essa problematização, discorreremos mais detidamente quanto à problematização acerca da medicalização e as consequentes linhas de trabalho adotadas quanto a ela a seguir.

### 3 - MEDICALIZAÇÃO DA INFÂNCIA

Pretendemos, neste tópico, deter-nos em algumas questões pertinentes à medicalização da infância, que, como sinalizamos no tópico anterior, muitas vezes, estrutura-se de modo a beirar a cifra do abuso. Essa questão se faz presente, pois, das 24 crianças e adolescentes atendidos pelo Programa 15 tomam medicamentos psiquiátricos.

Muitos autores vêm ampliar a discussão sobre a medicalização para patologização da infância e da Educação (Colares; Moyses, s.n.). Isso porque, desde sua fundação, a Psicologia tem caminhado lado a lado com a Educação e, sua própria consolidação tem relação com a abertura de espaços para atendimento de crianças com queixas escolares (Antunes, 2008). Este panorama de medicalização, que vem atrelado ao diagnóstico, não é mera coincidência.

Optamos por apontar duas questões a isto relacionadas: a primeira se apoia nas pesquisas de Robert Whitaker (2005), acerca dos financiamentos que a indústria farmacêutica provê aos pesquisadores da área médica; o outro é que a medicalização responde a uma forma de enxergar o sintoma como algo a ser extirpado e que responsabiliza apenas o sujeito, no caso a criança, por seu fracasso (escolar).

Sobre o primeiro ponto, retomamos as colaborações de Whitaker (2005) ao denunciar toda a lógica da construção de um ideário social de que os medicamentos são a solução para os transtornos mentais. O autor constata, por meio de pesquisas estatísticas no âmbito da Psiquiatria e da Neurologia, que, muito aquém de promover maior bem-estar, saúde mental e “reabilitação”, os medicamentos de uso controlado, nos Estados Unidos, estão relacionados à piora dos quadros sintomáticos em longo prazo, intensificação dos sintomas e apresentam, em pesquisas comparativas com placebos, resultados semelhantes.

Em suas pesquisas, Whitaker (2005) observa que, desde 1955, quando o uso das “pílulas da felicidade” se inicia, cada vez mais aumenta o número de pessoas incapacitadas por transtornos mentais, necessitando hospitalização, cronificadas, ou vitimadas do que a Medicina chama de comorbidades. Para o jornalista, essa epidemia evidencia que a sociedade americana, e, podemos dizer, também a brasileira, aposta no uso de medicamentos como forma de dar conta de seu sofrimento psíquico, e como a melhor forma de tratamento e cura para transtornos psiquiátricos, ficando evidente o modelo de explicação biomédico.

Entretanto, Whitaker (2005) aponta que: não há dados científicos que revelem a relação direta entre um desequilíbrio cerebral e doenças como esquizofrenia e depressão, embora seja essa a percepção que

a sociedade americana apresenta para explicar os sintomas de ambas. Os estudos apontam que, quando usadas por longo período, as medicações provocam efeito contrário ao esperado, que incluem sintomas semelhantes aos que o remédio em uso trata, a exemplo das crianças tratadas para o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) com metilfenidato.

Concordamos com Timimi (2015), quando afirma que há uma perspectiva despolitizada que defende que sempre houve crianças que sofreram de diversos transtornos psiquiátricos e que apenas com os recentes avanços clínicos e científicos se descobriu que os sintomas se referem a uma condição médica, por vezes, causada por desequilíbrio químico e por atraso no desenvolvimento neurológico. No mundo, entre 1990 e 1994, a produção de metilfenidato, de uso predominantemente infantil, aumentou de 3 a 8,5 toneladas. Somamos a isso estudos que relacionam transtornos mentais na infância e na adolescência à pobreza, a problemas familiares, à violação de direitos básicos (Timimi, 2015).

No âmbito familiar, a delegação dos pais de sua autoridade à figura do especialista, a tendência a fixar seus filhos em uma posição de maior dependência (à qual uma suposta doença favoreceria) e a dificuldade em lidar com os impasses próprios da educação de crianças, acrescentam-se a estas questões sociais. Assim, a medicalização surge como uma resposta simplista e individualista a um problema complexo, e que, muitas vezes, aparece na criança como um conflito – silenciado pelos fármacos (Desviat, 2015; Castro, 2015). Por essa via se justifica o caráter político do Programa, que se insere em espaços de representação social que discutem infância e adolescência. Entendemos que a construção de políticas públicas está diretamente vinculada à clínica institucional.

Buscamos, ainda, o diálogo interinstitucional, fundamentalmente com os campos médico e escolar. A perspectiva dessa comunicação é de que seja possível admitir outras intervenções sobre o sintoma que não a tentativa de sua extinção, uma vez que sua aparição pode viabilizar acesso à verdade do sujeito. Portanto, trazê-lo à tona e tomá-lo como expressão singular que ultrapassa o status exclusivo de causa de sofrimento, compõe uma aposta de que através dele seja possível fazer questão ao sujeito e aos pais, convidando-os a falar sobre. Entretanto, nem sempre é possível uma relação dialógica direta com os profissionais, o que nos leva a sustentar a proposta de operar de forma transversal. Trataremos a seguir acerca daquilo que tange essa tentativa de interlocução.

#### 4 - A CONTINUIDADE DO CUIDADO

Tem se apresentado como questão para os extensionistas a viabilidade da oferta de um tratamento que caminhe em articulação ao que se oferece em outros espaços de cuidado e de sociabilidade. Todavia, até o presente momento, na finalização de um ano de execução do projeto, as parcerias permaneceram em modelo informal. A ausência de gestão unificada da rede socioassistencial tem dificultado a construção de uma agenda comum de acompanhamento dos casos em atendimento e diálogo com as demais instituições.

Entendemos ser imprescindível articularmo-nos com a rede de atenção psicossocial que foi instituída pela Portaria nº 3.088 do Ministério da Saúde em 23/12/2011. Tendo esse formato como objetivos gerais:

- (i) ampliar o acesso à atenção psicossocial da população geral (...)
- (iii) garantir a articulação e a integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o

cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências (Conselho Nacional do Ministério Público, 2014, p.29).

Isto faz questão para o projeto por termos clareza de que, entre outras fragilidades, não oferecemos um serviço territorializado, o que dificulta enormemente a presença dos extensionistas em espaços como o CAPS, a escola, a UBS, dialogando com os profissionais. Porém, mesmo diante deste entrave, há a pretensão de promover tais parcerias, elaborando um Projeto Terapêutico Singular, visando alcançar o nível de cuidado demandado por cada sujeito. Essa perspectiva prima pela integralidade do atendimento ao paciente, em consonância com os princípios da atenção psicossocial e da formação em Psicologia, departamento ao qual formalmente nos vinculamos.

Situações de vulnerabilidade e risco social e pessoal, processos judiciais, violações de direitos, incluído aí o desrespeito ao direito à educação escolar, nos alertam para a importância de uma articulação com outras políticas. Visto que assim investiríamos na promoção de melhor encaminhamento para cada situação.

Ademais, deparamo-nos cotidianamente com a necessidade de encaminhamento das crianças e adolescentes para uma avaliação ou acompanhamento por outros profissionais da Saúde e da Assistência Social, tais como fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, psiquiatras, neurologistas, assistentes sociais, o que tem se apresentado como um entrave à efetivação da proposta de cuidado integral que o Programa defende. Isso se dá por diversos motivos: carência de profissionais em equipamentos públicos que possam atender à demanda, não territorialização da oferta do cuidado, fragmentação e desarticulação da

rede de atenção psicossocial do município, ausência de um serviço interdisciplinar no departamento de Psicologia.

Entendemos, ainda, que a abordagem interdisciplinar pode constituir uma forte aliada da Psicanálise e sua entrada no trabalho institucional, desde que haja, segundo Schmidt (comunicação pessoal. s.n., p.3) "(...) uma disposição para aprender um mínimo dispensável acerca das outras ciências que estudam o desenvolvimento da criança, ou de outra forma tornar-se-ia impossível a troca efetiva de informações e de conhecimentos". Só reconhecendo que algo escapa ao seu saber, o especialista buscará por outros.

Neste sentido, Levin (2005) destaca sobre os espaços de interlocução entre profissionais, que "é exatamente ali onde quem lida com a criança pode sentir angústia (por não saber), debater, trocar conhecimentos, refletir, re/criar e des/cobrir, inventando novas táticas e estratégias interdisciplinares para a singularidade de cada criança" (p. 254). Apoiadas, assim, numa mesma lógica, a da incompletude, que a Psicanálise se presta a ser uma posição possível entre as demais, na construção interdisciplinar.

Destarte, a interdisciplina, segundo Levin (2005, p. 254) "(...) decorre da falta de resposta, das falhas ou do fracasso de cada disciplina. Por isso ela é tão difícil de criar, elaborar e pôr em prática, pois vai de encontro a todo saber hegemonicamente instituído e ao próprio narcisismo". É fundamental que cada disciplina não se baste e que, assim, o ideal de edificação de um todo a partir da soma das partes seja rompido para que se encare o desafio de construção em equipe. Do contrário, arriscamos cair num funcionamento imaginário "sustentado pelo ideal de totalização dos saberes e de seu suposto efeito de domínio pleno da experiência" (Vorcaro, 1999, p. 109), numa montagem de práticas não

dialogadas, que se reflete num uso distorcido de conceitos, perdendo-se o sentido de cada olhar, cada atuação.

É nesta logicidade e nas demarcações explicitadas em parágrafos anteriores que se pauta nossa insistência em compor as bases para a criação de um serviço integrado. Para tanto, buscamos continuamente contato com os profissionais e instituições que compõem a rede de cuidado onde o paciente está inserido e investimos numa formação que visa não apenas à prática analítica, mas, ainda, à gestão clínica.

## 5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Frente às questões apontadas durante o desenvolvimento do artigo, organizadas na forma de uma interlocução entre o teórico e o experiencial, fica presente que o central do Programa é promover o exercício de fazer furos no saber estabelecido em relação ao atendimento de crianças em sofrimento psíquico. Ou seja, questionar o que está já solidificado, rígido, e, por isso, automatizado, apostando no sujeito.

Essa aposta se concretiza no questionamento acerca da medicalização, que objetiva o tamponamento do sintoma e que cumpre função de apaziguamento dos pais, responsáveis e referências. A clínica, sob o viés da Psicanálise, retoma o questionamento do sintoma, visando à indagação quanto ao seu substrato inconsciente, portanto, singular, índice de subjetividade e não de doença. Aposta-se no sujeito pela crítica ao diagnóstico médico, sustentado em um paradigma que se diz atóxico e não ideológico, mas que, paradoxalmente, visa um tratamento medicamentoso. Um diagnóstico que se faz de maneira a contribuir para que o sujeito seja dirimido em meio aos discursos institucionais e às siglas diagnósticas.

Por fim, acreditamos que se aposta no sujeito, quando se pretende atender essas crianças e adolescentes sob uma perspec-

tiva da saúde mental coletiva que extrapola o campo do consultório particular, de modo a envolver os diversos agentes da rede de atenção psicossocial e a buscar a troca de saberes e o diálogo.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Antunes, M.A.M. (2008). Psicologia Escolar e Educacional: história, compromissos e perspectivas. *Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional*. 12(2) 469-475.
- Berlinck, M. T. (1997). O que é Psicopatologia Fundamental. *Psicologia: Ciência e Profissão*. 17(2) 13-20.
- Campos, R. O. (2014). *Psicanálise e saúde coletiva: interfaces*. São Paulo: Hucitec.
- Castro, M. de. (2015). “Esos locos bajitos”. Sobre la psiquiatrización de la infancia. *Átopos – salud mental, comunidade y cultura*. 16. 51-61.
- Conselho Nacional do Ministério Público. (2014). *Atenção Psicossocial a criança e o adolescente no SUS: tecendo redes para garantir direitos*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Colares, C. A. L.; Moyses, M.A.A.. A Transformação do Espaço Pedagógico em Espaço Clínico (A Patologização da Educação). (s.n.). Recuperado em 29 de março, de 2016. [http://www.crmariocovas.sp.gov.br/pdf/ideias\\_23\\_p025-031\\_c.pdf](http://www.crmariocovas.sp.gov.br/pdf/ideias_23_p025-031_c.pdf)
- Desviat, M. La construcción subjetiva y social de las adolescencias *Átopos – salud mental, comunidade y cultura*. 16. 2-14.
- Dor, J. (1991). *Estruturas e perversões*. Porto Alegre: Artes médicas.
- Dor, J. (1994). *Estruturas e clínica psicanalítica*. Rio de Janeiro: Taurus Editora.
- Freud, S. (1996) (1919 [1918]). *Sobre o ensino da Psicanálise nas universidades*. In:

- Edição standart brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud.* (Vol. 10; p187 a 189). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1919).
- Lacan, J. (1992). *O Seminário - livro 17: O avesso da Psicanálise.* Rio de Janeiro: Imago.
- Leite, M.P.S. (2010). *Psicanálise lacaniana: cinco seminários para analistas kleinianos.* São Paulo: Iluminuras.
- Levin, E (2005). As Crianças da Outra Escolaridade. In: Levin, E. *Clínica e Educação com As Crianças do Outro Espelho.* (pp.247-271). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Miller, J.A. (1988). *Percurso de Lacan: uma introdução.* Rio de Janeiro: Zahar.
- Oliveira, L. G. M. (1996). A transferência no trabalho com os pais na instituição. Recuperado em: 03 de abril de 2016. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-71281996000100004&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71281996000100004&lng=pt&tlng=pt).
- Pereira, M. E. C.; DSM IV, O. (1996). Questões preliminares para um debate entre a psicanálise e a psiquiatria no campo da psicopatologia. *Coletâneas da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-graduação em Psicologia.* 16(1) 43-53.
- Schmidt, A. P. (s.n.). *Multidisciplina, Interdisciplina e Transdisciplina na Abordagem Terapêutica dos Transtornos do Desenvolvimento na Infância.* Brasília, DF. (Comunicação pessoal).
- Timimi, S. La McDonaldización de la infancia: La Salud Mental Infantil en las culturas neoliberales. *Átopos – salud mental, comunidade y cultura.* 16. 15-35.
- Vorcaro, A. (1999). *Crianças na psicanálise: clínica, instituição e laço social.* Rio de Janeiro: Companhia de Freud.
- Whitaker, R (2005). Anatomy of an Epidemic: Psychiatric Drugs and the Astonishing Rise of Mental Illness in America. *Ethical Human Psychology and Psychiatry.* 7(1) 23-35.

RECEBIDO EM: 08/04/2016

APROVADO EM: 26/09/2016