

O CASO JONATAN* A PRÁTICA DIAGNÓSTICA E O INVESTIMENTO PÚBLICO NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL

THE JONATAN CASE AND THE PUBLIC INVESTMENT IN THE FIELD OF MENTAL HEALTH.

Sonia Alberti 1
Gilliane Rodrigues 2
Adriana Bastos 3

Resumo: Concomitante a articularmos assistência no hospital, a importância de debater os diagnósticos e a formação acadêmica com a clínica, tecemos algumas considerações sobre dois temas que se revelam extremamente importantes no que tange à condução do tratamento de crianças e adolescentes. Aparentemente dizendo respeito a problemáticas diversas, os temas na realidade convergem no que tange à direção do tratamento em saúde mental quando trabalhados pela psicanálise: de um lado, as formas discursivas atuais e suas consequências para o estabelecimento do diagnóstico e do tratamento; de outro, o incentivo financeiro aos equipamentos de saúde mental que depende dos discursos que lastreiam as políticas públicas voltadas para a saúde. Fato é que, na última década, todo o campo da saúde mental no país sofreu importantes reverterios. O caso Jonatan, de que trataremos, nos serve aqui de exemplo da situação que tanto trabalhadores quanto pacientes e seus familiares vêm vivendo.

Palavras-chave: Infância. Diagnóstico Psiquiátrico. Políticas Públicas. Psicanálise.

Abstract: Concomitantly with articulating hospital care, the importance of discussing diagnoses and academic training, we consider two critical topics concerning conducting the treatment of children and adolescents. Apparently concerning different issues, the themes actually converge regarding the direction of mental health treatment referred to psychoanalysis: on the one hand, the current discursive forms and their consequences for the establishment of diagnosis and treatment; on the other hand, the financial incentive for mental health equipment, which depends on the discourses that support public policies aimed at health. The Jonatan case will serve as a guiding thread. As a matter of fact, in the last decade, the entire field of mental health in the country has suffered important reversals. The case Jonatan that we will deal with here serves as an example of the situation that both mental health workers as well as patients and their families have been experiencing.

Keywords: Childhood. Psychiatric Diagnosis. Public Policy. Psychoanalysis.

*Nome fictício.

- 1 Professora Titular da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Pesquisadora 1B do CNPq. Membro do GT "Psicanálise, política e clínica" da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-graduação em Psicologia. Membro do Colegiado do Programa de Pós-graduação em Psicanálise (Mestrado e Doutorado) e do Colegiado da Residência em Psicologia Clínica Institucional, ambos da UERJ. Membro da Escola de Psicanálise dos Fóruns do Campo Lacaniano (A.M.E.). Autora e organizadora de vários livros e de artigos. Lattes: <https://lattes.cnpq.br/4603633364355463>. ORCID:<https://orcid.org/0000-0002-5120-5247>
- 2 Psicóloga formada pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro e residente (R1) de psicologia no Programa de Residência Multiprofissional em Oncologia do Hospital Central do Exército. Lattes:<http://lattes.cnpq.br/9348082164855955>. ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-4125-1490>
- 3 Pós-doutoranda em Teoria Psicanalítica (UFRJ). Doutora em Pesquisa e Clínica em Psicanálise pelo do Programa de Pós-graduação em Psicanálise da UERJ. Mestre em Pesquisa e Clínica em Psicanálise (UERJ). Especialista em Psicologia Clínica Institucional(residência) pela UERJ. Especialista em Psicologia Clínica pela PUC-RJ. Membro da Escola de Psicanálise dos Fóruns do Campo Lacaniano. Atuou como Psicóloga da Secretaria Municipal de Saúde de São Gonçalo - Saúde Mental - Serviço de atendimento a usuários de álcool e drogas de 2005 à 2018. Psicóloga concursada HUPE/ UERJ, na Unidade Docente de Assistência de Psiquiatria - UDA/HUPE. Professora convidada do Curso de Especialização em Psicologia Hospitalar HUCFF/UFRRJ. Professora convidada na Pós-graduação em Psicanálise: teoria e práxis da Universidade de Vassouras. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4099603447830937>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3158-2635?lang=pt>

Introdução

Desenvolvemos a pesquisa no contexto de um estágio em Instituto de Psicologia, intitulado “Psicanálise com crianças e adolescentes”, em Ambulatório de Psiquiatria de hospital universitário do estado. Faz-se necessário explicitar o locus onde se desenvolveu a pesquisa, pois justifica sua dupla vertente assistencial e acadêmica. O tema a ser discutido nesse trabalho implica, além da experiência da prática clínica supervisionada da estagiária, a parceria com a psicóloga do hospital. Também é mister situar a época: tanto a supervisora de estágio do Instituto de Psicologia quanto a psicóloga do hospital, ambas psicanalistas, só entraram no caso entre 2017 e 2018, respectivamente, momento em que a situação econômica do estado tinha se tornado insustentável – no ano anterior chegara a ser decretada calamidade pública (BOECKEL *et al.*, 2016). Tanto o hospital universitário quanto a própria universidade sofreram muito com a falta de investimentos causados por essa crise, com inúmeras consequências, inclusive a falta de pagamento dos trabalhadores. Isto acabou levando a aposentadorias pedidas por aqueles que já possuíam tempo de serviço suficiente, e sua concomitante não reposição no quadro de funcionários. O setor de psiquiatria só voltou a receber novos psiquiatras com formação especializada no tratamento de crianças e adolescentes em 2021, cinco anos depois, quando pôde finalmente ser retomado o trabalho de articulação entre a assistência no hospital e a formação acadêmica.

Fato é que, na última década, todo o campo da saúde mental no país sofreu importantes reverterios. O caso Jonatan, de que trataremos, nos serve aqui de exemplo da situação que tanto trabalhadores quanto pacientes e familiares vêm vivendo. Pensamos poder sinalizar com ele algumas das questões que precisamos tecer sobre as dificuldades encontradas por conta da falta de investimento do Estado e suas consequências para a clínica; o tratamento de uma criança no contexto dos discursos que fomentam a prática da medicina, mais especificamente da psiquiatria, e suas consequências para o estabelecimento do diagnóstico e do tratamento do sofrimento psíquico; a direção do tratamento sustentada pelo instrumental teórico da psicanálise e seu correspondente manejo clínico; as políticas públicas voltadas para a saúde, que se entrelaçam aos interesses econômicos nelas contidos.

Com as contestações surgidas na década de 1970 quanto ao modelo manicomial de tratamento (COUTO; ALBERTI, 2008), a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, os importantes movimentos que resultaram na última Reforma Psiquiátrica brasileira, e a luta por novos paradigmas que orientassem a saúde mental, promulgou-se, em 2001, a Lei nº 10.216/2001, a qual dispõe sobre a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos e sobre a criação de recursos extra-hospitalares. Dá-se início à construção de uma rede substitutiva de cuidado, visando a superação do modelo asilar e é nesse contexto que os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são instituídos. Segundo Elia (2005), o CAPS surge nesse cenário como uma unidade de base da Reforma Psiquiátrica brasileira, tornando-se a referência primordial dos serviços substitutivos, ordenando a rede. Ele tem uma perspectiva cidadã, inclusiva, reabilitadora e social, contrapondo-se a uma clínica baseada exclusivamente na medicalização e na patologização.

Neste ano de 2022, segundo dados da Prefeitura do Rio de Janeiro (RIO, s/d), local em que está inserida a pesquisa, conta-se com 18 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), 6 Centros de Atenção Psicossocial Álcool Outras Drogas (CAPSad) e 8 Centros de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi), totalizando 32 unidades especializadas próprias (Secretaria Municipal de Saúde). Outras 3 unidades das redes estadual e federal completam a rede de 35 CAPS dentro do município. No entanto, a Portaria nº 336//GM/MS de 19 de fevereiro de 2002, há vinte anos, estabeleceu que deveria haver um CAPSi para cada 200.000 habitantes e, segundo dados do último censo do IBGE em 2010, a estimativa da população do município do Rio de Janeiro era superior a 6 milhões. De acordo com esta Portaria, deveríamos contar com 30 CAPSi, quando efetivamente contamos com apenas 8! O que se revela a partir desses dados é a impossibilidade de atender a demanda da população que precisa desse tipo de serviço, o que levou a outros tipos de investimentos e políticas públicas, contrários às políticas da própria Reforma Psiquiátrica. Exemplificamos com os atuais investimentos em comunidades terapêuticas para usuários de drogas, no lugar das Unidades de Acolhimento (UA), que atualmente ficaram reduzidas a duas, enquanto que das previstas UA Infante-Juvenis não há nenhuma (*idem*). Eis o que vem sendo denunciado por vários autores (p. ex.:

ALMEIDA, 2019; ARAUJO, 2022; BASTOS; ALBERTI, 2019; MENEZES *et al.*, 2022).

Jonatan e sua trajetória clínico-pedagógica

Jonatan nasceu em 2007 e tem hoje 15 anos de idade. Desde seu segundo ano de vida era acompanhado pela pediatria do hospital universitário e, a partir de encaminhamentos feitos nela, foi sendo acompanhado também pelas neuropediatria, fonoaudiologia, genética e psicologia do ambulatório de pediatria. Aos 5 anos, recebeu um quinto encaminhamento, desta feita para o setor de psiquiatria. Sempre com a mesma queixa principal – conforme o diagnóstico psiquiátrico, de transtornos do desenvolvimento –, a qual sustentou uma miríade de diagnósticos, em que nunca faltaram as referências à agitação e à agressividade.

Na época em que foi encaminhado à psiquiatria do hospital, inseria-se nela um Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência (SPIA), que acolheu o caso em 2012, para um trabalho em oficinas, atendimento psiquiátrico, assistência aos familiares em função da construção de um projeto terapêutico orientado para a particularidade do caso. Durante os quatro anos em que permaneceu ali atendido, foi possível um trabalho cujos frutos se mostraram inclusive nos relatórios que a escola encaminhava. Mas em 2017, o SPIA fechou as portas, consequência da insustentabilidade da situação do Estado.

Tratando-se de um hospital universitário, a troca de médico ocorre com o final do tempo de residência, por isso cada vez que um novo médico passa a ser o assistente do caso há, na maioria das vezes, uma nova anamnese. O médico que o atendeu até abril de 2019 terminou a residência, deixando o retorno marcado para junho de 2019, época em que seria encaminhado a um novo médico. Algo aconteceu que Jonatan não veio a essa consulta e essa passagem não se fez.

Quando a estagiária de psicologia assumiu o caso em 2019, a única interlocução com o Setor de Psiquiatria se dava com a psicóloga que ingressara por concurso no hospital, em 2018. Ocorre que não havia mais staff-médico da psiquiatria com especialização no atendimento à infância e adolescência, e os atendimentos de crianças e adolescentes ficaram muito prejudicados, submetidos ao mesmo funcionamento que aquele dos adultos.

Nas reuniões clínicas, a passagem a outro residente ou especializando é feita durante a supervisão médica. A psicóloga concursada, integrante da equipe multidisciplinar, pôde acompanhar o momento da passagem para um novo médico residente em 2019, depois que o residente anterior se formou. Ela esteve presente quando Jonatan veio acompanhado de seu pai. Este, ao mesmo tempo em que dizia do comportamento agressivo do menino e das demandas da escola, também relatava o comportamento agressivo para com o menino, segundo ele, principalmente por parte da mãe. Jonatan, por sua vez, dizia estar passando mal com o remédio, que ficava enjoado e sem fome.

Houve muita resistência em manter Jonatan na instituição por causa da falta de um psiquiatra infantil. Entretanto, diante do fato de ele ter sido acompanhado por tanto tempo nessa instituição, não apenas na psiquiatria, mas nas outras especialidades clínicas; diante da retirada de investimentos em saúde básica e em saúde mental que fazia com que vários equipamentos estivessem com falta de funcionários e sem psiquiatras e psicólogas, e diante do fato de uma então médica-especializanda na instituição ter se interessado em dar continuidade ao tratamento psiquiátrico, optou-se por manter Jonatan na instituição. Esta médica levou em conta a queixa de Jonatan de que “a Ritalina dá enjoos e tira a fome”, mas, ao mesmo tempo, escutou ele próprio observar que precisa do remédio para ter fome e ficar mais calmo.

A médica em questão avaliou a delicadeza do caso, ela afirmava perceber dois discursos: o do próprio paciente e o discurso de seus pais. Tal divisão e, provavelmente, o fato de mãe e avó fazerem acompanhamento psiquiátrico, a fez concluir que Jonatan seria uma criança normal em uma casa com muitos conflitos. Em supervisão da psicologia, percebeu-se a sensibilidade da especializanda, mas ao mesmo tempo colocou-se em questão o fato de esta médica ter passado a atribuir somente aos pais todas as questões apresentadas pelo menino. Se, em consequência, a especializanda questionava os repetidos diagnósticos de hiperatividade, também nas supervisões do estágio em psicologia percebemos que não estávamos tratando de uma simples hiperatividade, mas de uma dificuldade de Jonatan situar-se nos laços sociais por causa de sua psicose. No contexto das querelas

diagnósticas em que vivemos, Jonatan era diagnosticado com o transtorno da hiperatividade, o que a especializanda percebia ser uma falácia. No entanto, ao interpretar a verdade que Jonatan lhe contava como factual, e não como a verdade psíquica dele, advinda de sua forma de estruturar a realidade e de sua resposta diante do que lhe ocorria, não lhe foi possível ver que muitas das histórias que ele lhe contava poderiam ser tentativas de barrar o que era invasivo para ele na relação com o Outro¹ e, portanto, com aqueles que o encarnavam, no caso, seus familiares, colegas de escola e professores.

A relação familiar era efetivamente bastante conturbada, é preciso dizer. Isso chegou a se mostrar no próprio ambulatório, quando foi necessário intervir diante de uma agressão física feita por sua mãe na recepção da instituição. Como já observado, tanto a mãe quanto a avó eram pacientes psiquiátricas, mas isso não reduz Jonatan a mero espelho delas, era necessário supor ali um sujeito com sua própria estrutura psíquica, tentando se haver em um contexto extremamente conturbado. Havia um sofrimento em Jonatan, por mais problemáticos que fossem, efetivamente, seus familiares. Em particular a mãe, que demandava constantemente um aumento das medicações porque seu filho “não parava quieto”. O que originalmente influenciou sobremaneira a abordagem do caso pela médica-especializanda foi sua observação de que a criança estava sendo muito medicada com psicofármacos. Em verdade, ela entendera que seria necessário diminuir a medicação para que se pudesse fazer um diagnóstico mais fidedigno.

Ao longo dos meses, a diferença de discursos foi se intensificando e a médica-especializanda se viu numa queda de braços com os pais. Sem com eles saber lidar, em função de sua inexperiência, decidiu sair do caso, deixando o paciente mais uma vez desamparado do acompanhamento psiquiátrico, o que levou a mãe a voltar a repetir as medicações prescritas desde sempre.

Então uma outra psiquiatra da Unidade aceitou conhecer o caso. No entanto, só pôde acompanhar Jonatan por pouco tempo. Em oposição à avaliação da médica precedente, esta identificou uma importante gravidade no sofrimento psíquico do próprio paciente, o que, segundo ela, exigia um encaminhamento para um CAPSi, pois afirmava ser inadequada a permanência de um caso tão delicado no serviço sem supervisão apropriada. Um ano depois de a primeira médica ter anunciado que tiraria toda medicação, Jonatan finalmente foi encaminhado a um CAPSi, no qual permanece em atendimento psiquiátrico até hoje, um ano depois do encaminhamento. Nas conversas possíveis de sustentar com o CAPSi, eles alegaram muitas dificuldades em relação ao tratamento individual por conta do excesso de pacientes e número reduzido de funcionários. Finalmente, com o término do curso da estagiária de psicologia, que se formou, ficou acertado que o melhor lugar para o acompanhamento de Jonatan seria mesmo o CAPSi, e o psicólogo dessa instituição nos disse que o atenderia quinzenalmente.

A hipótese diagnóstica e direção de tratamento: contribuições da psicanálise.

Desde as primeiras entrevistas com a estagiária de psicologia, Jonatan se mostrou desconfiado. Afirmava já ter passado por várias psicólogas e não entendia o motivo de tanto “quererem saber de sua vida” e de precisarem falar com seus pais sobre ele. Dizia que, se o atendimento era para ele, era com ele que deviam tratar. Entre desconfiança e assunção de suas próprias questões, desde cedo Jonatan demonstrou uma posição resistente ao tratamento, que sempre implicou um manejo difícil e desafiador quanto à tarefa de não apenas escutá-lo, mas, sobretudo, de fazê-lo falar.

Cabe dizer que a resistência não estava posta somente do lado de Jonatan. Como mencionado acima, sua trajetória não fora simples: Por um lado, havia a resistência familiar, sobretudo da mãe de Jonatan, que podia não trazê-lo ao tratamento, ou muitas vezes conseguia medicações repetindo receitas psiquiátricas anteriores para deixar seu filho mais apático, tendo em vista ela frequentemente não suportar as manifestações mais agressivas do filho. Por outro lado, havia as trocas de serviços, médicos e psicólogos, devido ao fato de estudantes ou residentes terem um período de prática institucional limitado pelos respectivos cursos, além das consequências mencionadas decorrentes da situação geral do Estado. A gravidade e a complexidade do caso demandariam um acolhimento e uma supervisão muito mais cuidadosos e um staff de referência,

¹ Conceito psicanalítico introduzido por Jacques Lacan que engloba a alteridade de um sujeito. O Outro o pré-existe e o determina simbolicamente. No caso da neurose, conforme a teoria, ele é barrado, em se tratando de psicose, o Outro é sem barra, o que impede ao sujeito de experimentar uma separação dele. No início da vida, o Outro é encarnado por aqueles que acolhem a criança e lhe transmitem a linguagem, a cultura, o desejo.

o que, depois do fechamento do SPIA, não mais ocorreu. Levantamos a hipótese de que isso acabou por promover uma resistência da própria instituição que, apesar de manter os atendimentos, pelos motivos já citados acima, o fazia com desconforto, por não haver um profissional especializado no atendimento a crianças e adolescentes, e a demora em se cumprir a promessa de que eles chegariam e que o SPIA seria retomado, o que acabou por gerar uma descrença.

Antes da pandemia de Covid-19, os atendimentos com a estagiária em psicologia eram realizados em uma sala do ambulatório da psiquiatria destinada ao público infanto-juvenil e por isso contava com diversos jogos, instrumentalizando o trabalho terapêutico com diferentes recursos do jogar. De fato, foi naquele contexto de jogo, especificamente a partir do futebol de botão, que Jonatan pôde começar a tratar de questões suas e não das questões de seus pais. Não sem abandonar a desconfiança, mas abrindo-se um pouco mais para o estabelecimento de um vínculo. A interação no futebol de botão permitiu a Jonatan identificar suas sessões não mais tanto como um “os psicólogos querem saber de minha vida”, e sim, um lugar em que dois jogadores disputam com as mesmas peças um jogo. Talvez o futebol de botão tenha permitido a Jonatan desidentificar sua terapeuta no lugar de um Outro onisciente e querendo todo saber para si, e isso permitiu com que trouxesse um discurso próprio, com novidades a cada semana.

Não foi sem percalços que este caminho se deu. A posição desconfiada de Jonatan gerava atitudes difíceis de contornar. Desde o primeiro atendimento, quando entendia que lhe eram dirigidas perguntas em demasia, bloqueava a psicóloga no celular. Ao longo de todos os meses iniciais do atendimento, ainda antes da pandemia, em que sempre foi tomado o cuidado de confirmar as sessões seguintes por WhatsApp, frequentemente Jonatan bloqueava o celular do pai através do qual lhe eram enviadas tais mensagens de confirmação. Isso às vezes impedia o contato por várias semanas. Somente no final do atendimento de Jonatan conosco, quase três anos depois, ele nos esclareceu: “lembra que já no primeiro atendimento eu te bloqueei? É porque você perguntava muito, tanto a mim quanto a meu pai”.

Reconhecemos a importância de tais atitudes ao pensar nelas como tentativas de barrar o Outro. Lacan, ao analisar o caso Schreber escrito por Freud (2010), se utiliza de um termo jurídico, forclusão – a tradução que Lacan faz do termo freudiano Verwerfung normalmente traduzido por rejeição –, para conceituar o mecanismo específico e estrutural da psicose (LACAN, 1955-1956/2008). Trata-se da não inscrição do Nome-do-Pai no simbólico, cuja inclusão permitiria o surgimento da falta no campo do Outro, castrando-o, barrando-o. A consequência da ausência dessa operação, da inscrição da falta no Outro, para o psicótico, é a experimentação de um Outro avassalador, não barrado, diante do qual o sujeito não tem como se proteger e que se presentifica de diversas formas na relação do sujeito com o simbólico, assim como, em alguns casos, nas alucinações e nos delírios. Bloquear a psicóloga foi o recurso que, desde cedo, Jonatan encontrou por supor que a sua “psicóloga” queria “todo saber para si”. O trabalho clínico seguiu a direção de tentar criar, semana após semana, condições para que Jonatan pudesse encontrar um espaço confortável a fim de se dizer ali, não no sentido de preencher o interlocutor de um saber sobre ele, ao contrário, poder se escutar, através da presença do interlocutor. Essa presença e lugar de endereçamento trouxe, ao mesmo tempo, a possibilidade de ele se instrumentalizar com formas de se defender do que vinha do seu Outro não barrado, muitas vezes de forma invasiva. Afinal, como observa Guerra (2017, p. 47), todo sujeito psicótico precisa realizar uma “operação de reparação, qual seja, a reparação da ausência do Nome-do-Pai”, para construir sua própria solução, seja na arte ou no delírio, bem como em outras formas. Levantamos a hipótese de que Jonatan começava a construí-lo através de sua identificação com um campeão de box, invencível.

Se um dos diagnósticos dados a Jonatan dizia de um menino atrasado em relação ao que se esperava em sua idade, nós nos deparamos com um pré-adolescente inteligente, que com frequência utilizava a tecnologia para tentar impor uma barra no que para ele era excessivo.

Nos atendimentos, oferecíamos nossa escuta e o convidávamos para jogar futebol de botão e, apesar de nem sempre recebermos uma resposta positiva, de que ele gostaria de jogar, aos poucos ele pôde começar a expressar suas ideias e preferências, de maneira que, após um tempo de persistência, em algumas sessões Jonatan já, ao chegar, aceitava nosso convite e então escolhia seu time, montava a mesa de futebol e iniciava a partida.

Jonatan nunca baixou a guarda. Enquanto jogávamos, mantinha-se alerta para o caso de

fazermos muitas perguntas, e se recusava a responder “sobre minha vida”. Não queria falar sobre seus dias, seus passatempos, seus amigos, sua escola, sua relação com os pais... Começou a falar bastante, no entanto, sobre sua “competição no boxe”, esporte que, segundo ele, praticava todos os dias.

Jonatan, é preciso dizer, nos chegou aos 12 anos, franzino, e permaneceu assim durante os quase três anos em que pudemos acompanhá-lo. Talvez por isso, construiu essa estória de que praticava boxe diariamente. Não poucas vezes, “precisara treinar desde as primeiras horas do dia” e por isso estaria muito cansado para comparecer às sessões. Às vezes, as “competições” aconteciam justamente no horário que havíamos combinado uma sessão semanas antes, às vezes ele dizia que precisava sair mais cedo para não se atrasar para uma “competição”. No ringue, dizia, valia tudo: seus oponentes levavam martelos, cintos, foices, pás e eram homens altos e fortes. Apesar de sofrer bastante durante a “competição”, também conseguia se sobressair e, no final, era sempre o vencedor.

É interessante destacar que desde o início buscamos desenvolver um vínculo que priorizasse a construção de uma transferência que viabilizasse o trabalho, então buscamos ocupar ali um lugar de testemunha, seguindo o caminho do tratamento a partir do que o próprio Jonatan nos apresentava, sempre reforçando que naquele espaço ele podia falar do que quisesse, sem que fosse julgado por isso. Essa postura clínica é conceituada por Lacan como sendo a de secretariar o alienado (Lacan, 2008). Se a mirabolante estória de suas competições de boxe pôde ser escutada nesse sentido, por outro lado nos perguntávamos que verdade havia nessa mirabolante estória. Levantamos a hipótese de que construir uma realidade na qual o nosso franzino paciente vencia gigantes que lutavam deslealmente, respondia ao que Freud observou já em 1924 (FREUD, 2011), que, na psicose, o sujeito, quando se depara com uma realidade muito ameaçadora, constrói outra, em seu lugar: no caso, um Jonatan capaz de vencer todos aqueles homens altos e fortes.

Com a pandemia de Covid-19, diante da impossibilidade de encontros presenciais, as sessões precisaram sofrer adequações. Mantivemo-nos disponíveis on-line passando a realizar o atendimento por chamada de vídeo. O celular, então, passou a ser nosso único meio de comunicação e possibilidade de sessão. As sessões seguiram sendo marcadas semanalmente apesar de Jonatan não ser assíduo. Não dava notícias às vezes por semanas, nos deixando sem saber o que acontecera e não poucas vezes se atrasava dizendo que se esquecera do horário marcado. A sustentação de um atendimento que precisou ser adaptado não foi simples. Jonatan ligava em horários que não haviam sido combinados, ora cedo demais, ora depois do horário acertado, com frequência desligava o microfone e a câmera do celular não respondendo a qualquer tentativa de comunicação e algumas vezes tentava incluir contatos próprios, salvos no celular dele, convidando outros a participarem da chamada de vídeo. Quando perguntado sobre quem eram esses participantes, apenas os designava como amigos, jamais contando o motivo de querer incluir outras pessoas na chamada. Mais uma vez, nos mantinha sem saber, no não saber, em mais uma de suas tentativas de fazer valer uma falta no Outro.

Os atendimentos on-line com Jonatan eram sempre diferentes: não foram poucas as vezes em que ele nos ligou enquanto soltava pipa no terraço de sua casa ou enquanto jogava videogame no seu quarto, ou ainda enquanto jogava um jogo on-line no próprio celular. Durante muito tempo se ocupou em falar sobre seus jogos preferidos e de descrever ações de seu personagem na partida, nos contava de suas missões nos jogos e do que precisava fazer para vencer as partidas.

É importante ressaltar que, mesmo quando falava sobre seus jogos preferidos, Jonatan não baixava a guarda, de modo que muitas vezes dizia que já havia falado demais e interrompia a ligação repentinamente. Também se incomodava quando perguntávamos o que era determinado aspecto do jogo, e paradoxalmente se exaltava quando percebia que, como dizia, “não sabíamos de nada” e por isso ele precisava ficar explicando o tempo inteiro. Paradoxo na medida em que, por um lado, sempre procurava nos manter no não saber, mas, por outro lado, tinha a expectativa de que soubéssemos. Nos momentos em que se exaltava diante da nossa ignorância, tomávamos como direção clínica apenas explicar que o jogo não era mesmo de nosso conhecimento e que, caso ele não nos dissesse como jogar, não conseguiríamos fazê-lo. Com isso, sempre que possível, buscávamos mostrar nossas limitações, buscávamos mostrar um Outro furado, o que, de tanto ser mostrado, permitiu a Jonatan manter-se conectado, mesmo durante todo o período da pandemia,

mesmo com os intervalos acima citados durante os quais não comparecia, pois somente assim pôde constatar que, de alguma forma, não nos colocávamos no lugar de um Outro que lhe impusesse uma orientação a priori, que respeitávamos seu tempo, e que não invadiríamos seu espaço. Somente estávamos ali para o caso de ele querer conversar. Jonatan, digamos, suportou uma continuidade do atendimento quando nós suportamos a posição de não saber para ele, o que tanto reclamava quando, por exemplo, se irritava com nossas perguntas que o levavam a crer que nós queríamos saber tudo. Suportar não saber permitiu, ao mesmo tempo, garantir a transferência que terminou por mobilizar também a equipe médica a encontrar um CAPSi para Jonatan. Hoje ele tem um lugar na Saúde Mental e sabe que, quando quiser, pode entrar em contato conosco.

Os transtornos de Jonatan e algumas anotações de seu prontuário

Quisemos iniciar contando-lhes de nosso trabalho com Jonatan, quisemos falar de Jonatan pois entendemos que dar lugar ao sujeito é nossa função nas instituições em que trabalhamos, quando estamos sustentados na psicanálise. Ela se contrapõe tanto à falta de investimentos na sustentação do que promovia a Reforma Psiquiátrica promovida no Brasil nos anos que inauguravam o século XXI, quanto se opõe ao furor taxionômico com o qual tantas vezes nos deparamos no exercício de nossa prática. Quisemos iniciar falando de Jonatan e, portanto, não de seus diagnósticos. Mas não podemos não falar de seus diagnósticos, pois, se queremos testemunhar a importância de dar lugar ao sujeito que é o paciente que nos é encaminhado no hospital, não podemos evitar de denunciar essa prática que está longe de acabar, de classificações conformes a modismos e manuais, que por um lado excluem o sujeito e, por outro, acobertam as falhas tanto na formação da prática clínica quanto aquelas dos investimentos do Estado a que já nos referimos. Passemos, pois, aos diagnósticos de Jonatan.

No mesmo ano em que iniciou o tratamento no ambulatório de psiquiatria quando tinha 5 anos, em 2012, a pediatria registrava no prontuário: “Menor com quadro de agressividade e agitação intensa (CID-F99)”², ou seja, “Transtorno mental, sem outra especificação (SOE)”, referência ao texto da OMS (1993, p. 283). Da anamnese de 2013 na Psiquiatria, constam as hipóteses diagnósticas dadas pela neurologia infantil e pela pediatria, respectivamente “retardo mental leve com agitação” e F84, “Transtornos invasivos do desenvolvimento”, referência ao texto da OMS (1993, p. 246). No laudo da psiquiatra daquele mesmo ano, o diagnóstico baseado no CID-10 é F-70, isto é, “Retardo mental leve” (OMS, 1993, p. 221). Menciona-se ainda que, perante a palavra “não”, ficava “muito agitado, mordendo e batendo a cabeça na parede” e, talvez por isso, para a neurologia infantil em 2016, “o paciente com transtorno global do desenvolvimento evoluiu com retardo mental e agitação psicomotora, CID: F71.1”, o retardo sendo então considerado como “moderado”. Esse diagnóstico se manteve nos laudos de 2017 e 2018, e é interessante notar que já não se restringe à neurologia infantil, a psiquiatria assumiu o mesmo diagnóstico e acrescenta no Prontuário, agora já sem interrogação: “F.90, Transtorno hipercinético”, diagnóstico que foi mantido até 2019. Da anamnese feita em 2019, poucas semanas antes de começarmos a atendê-lo, consta o seguinte: TOD+TDAH (Transtorno Opositivo Desafiador + Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade). Ora, foi justamente em 2017 que Jonatan já não tinha mais um atendimento psiquiátrico especializado, devido ao fechamento do SPIA em decorrência da situação econômica do Estado.

Quando Jonatan frequentava o SPIA, as anotações de prontuário privilegiavam as situações vividas pelo paciente, sua família e as notícias de sua escola, os diagnósticos classificatórios, mais abrangentes do que os que vinham da pediatria, tinham um caráter interrogativo, colocando em relevo que havia problemas no desenvolvimento de Jonatan que cursavam com a agitação e a agressividade. Observamos também o cuidado com o qual o SPIA anotava no prontuário as grandes contribuições que a escola enviava ao ansiar por um atendimento do aluno.

Em um dos primeiros registros feitos no serviço de psiquiatria por uma psicóloga que ali então atuava – com quem Jonatan não ficou em atendimento uma vez que fazia tratamento psicológico na pediatria –, ela refere a seguinte origem do encaminhamento feito pela neuropsiquiatria: [o

² Todas as expressões entre aspas foram retiradas do Prontuário de Jonatan.

paciente apresenta] “frequentes episódios de agressividade em casa e na escola, hiperatividade, distúrbios do comportamento, se autoagride e agride os professores e colegas da escola, [...] mãe e avó”. No pedido de parecer feito à psiquiatria consta, segundo esse registro, um “atraso global do desenvolvimento neuropsicomotor e distúrbio de comportamento, com episódios diários de agressividade relatados por [creche] e familiares”. A psicóloga da creche solicitara “urgência de providências”, inicialmente à mãe, de acordo com quem “A professora ameaça expulsá-lo ou levar o caso ao juizado de menores”.

Um ano e meio após o início de seu tratamento no SPIA, em 2014, consta uma nova anamnese, nela há o relato de que Jonatan aos nove meses de idade já “manifestava” agressividade e “chorava muito”. A idade de quatro anos é dita como um momento de piora na agressividade, “mordia os colegas” e “chutava a professora”. Mesmo com o uso de medicamentos – começou o uso da Risperidona com um ano e seis meses (!) –, o relato é de que “ele não melhorava com a medicação e precisou usar vários remédios”. Aos cinco anos teria sido transferido para uma classe especial devido a grandes conflitos com os colegas, a mãe refere que ele tentava falar e não conseguia, e que foi apenas então que aprendeu seu nome.

Além de vários relatórios dessa escola, o prontuário também reproduz aqueles anteriores, da creche, na qual entrara em 2008, aos nove meses. Após um pouco mais de um ano de avaliação, as educadoras relatam que, “Quando chegou à creche, já sentava, mas demorou um pouco mais do que os outros para andar com independência e equilíbrio, pois caía com muita frequência, chegando até a quebrar os dentinhos. [...] Ainda não pronuncia nenhuma palavra, apenas grita, é compulsivo por comida, [que] chega a tentar tirar da mão dos colegas”. Referem preocupação com ele, por ser “criança agitada e nervosa, chegando a ter tremores quando fica irritado ou é contrariado” e morder seus colegas como forma de ele extravasar a raiva. Referem ainda que a criança não expressa dor quando se agride ou é agredido por outra criança, e a dificuldade de participar de atividades dirigidas juntamente com outras crianças.

Um ano mais tarde, 2010, consta do relatório da escola que “seu desenvolvimento é bastante divergente das demais crianças”. Ainda assim, há avanços, pois, pela primeira e única vez em seu prontuário, lê-se, no relatório pedagógico, a palavra “carinhoso”: “ele gosta da atenção das educadoras e é carinhoso com elas. Porém, por vezes é agressivo com os colegas quando se sente contrariado. [...] gosta de música e histórias, não consegue manter o interesse [...] Tem preferência por brincadeiras com movimento e ainda assim precisa de bastante estímulo para realizá-las. Percebemos também que ele ainda não identifica partes de seu próprio corpo” – Jonatan já tinha três anos de idade aqui.

Antes de deixar a creche em 2011, esta ainda relata que, apesar das dificuldades, Jonatan “participa parcialmente das atividades”, já rabisca folhas, faz atividades com massinha etc. Algumas atitudes dele chegaram a surpreender os colegas, como sentar-se em rodinha, cantar e outras, mesmo que ele não tivesse conseguido mantê-las por muito tempo. Além disso, o aluno acompanha a professora quando ela sai da sala, independentemente de ter outro profissional na sala ou de a professora chamá-lo, corroborando o fato de que Jonatan agora é capaz de sustentar alguns vínculos. O enfoque dado nesses dois últimos relatórios – mas principalmente no de 2011 – a seu comportamento se diferencia dos demais, pois agora sobressaem as observações sobre o que ele gosta ou não de fazer.

Em 2012, é descrita uma piora no comportamento de Jonatan, isto é, um aumento da agressividade, razão provável de seu encaminhamento para a psiquiatria pela pediatria. Mudara da creche – que havia observado um incremento nos vínculos – para um CIEP (*Centro Integrado de Educação Pública*), mas no prontuário sugere-se que a piora teria ocorrido em razão de uma “modificação na dosagem da medicação”. O atendimento no SPIA revê a medicação ao longo do ano de 2012 e recebe Jonatan em diferentes atividades. O relatório de 2013 da professora, anexado ao prontuário, observa uma melhora, por ela também é atribuída à medicação. Ainda em 2014, o aluno “obteve avanços significativos após o tratamento medicamentoso”. As anotações feitas então pelo SPIA observam: “Orientado alopsiquicamente e autopsiquicamente”; “Linguagem um pouco empobrecida, falou pouco, negou-se a dialogar”; “Não agrediu a mãe e não me agrediu durante o atendimento”. A hipótese diagnóstica exploratória desse período foi transtorno do desenvolvimento e da linguagem e o CID interrogado foi F.71, portanto, como já dito acima, de um retardo moderado.

Em 2017 o SPIA foi se extinguindo, Jonatan, retornando no prontuário, com observações mais classificatórias. Agressividade e agitação (ou hiperatividade) foram palavras muito frequentes, persistindo como queixa principal da família e da escola, mas também é preciso sublinhar que a questão do retardo/atraso se repetia com frequência.

Discursos contemporâneos que agenciam a prática da medicina

Se um dos primeiros diagnósticos de Jonatan dado pela pediatria foi Transtorno Mental sem Especificação, já o diagnóstico dado pela neuropediatria foi Atraso global do desenvolvimento, seguido pelo de retardo leve e moderado que, na sequência, também foram hipóteses diagnósticas levantadas pela psiquiatria. Seguiram-se o de Transtorno Invasivo do Desenvolvimento, e a hipótese de Transtorno do Desenvolvimento da Fala e da Linguagem também foi aventada. Sempre marcando o desvio do comportamento e a agitação/agressividade, o que inicialmente aparece como Transtornos Hiperkinéticos e, mais tarde, renomeados com hipótese diagnóstica Transtorno Opositor Desafiador com Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TOD + TDAH). No DSM-V, todo esse pot-pourri diagnóstico se encontra dentro de um item denominado Transtornos do Neurodesenvolvimento (APA, 2014, p.75),

um grupo de condições com início no período do desenvolvimento. Os transtornos tipicamente se manifestam cedo no desenvolvimento, em geral antes de a criança ingressar na escola, sendo caracterizados por déficits no desenvolvimento que acarretam prejuízos no funcionamento pessoal, social, acadêmico ou profissional. Os déficits de desenvolvimento variam desde limitações muito específicas na aprendizagem ou no controle de funções executivas até prejuízos globais em habilidades sociais ou inteligência. É frequente a ocorrência de mais de um transtorno do neurodesenvolvimento; por exemplo, indivíduos com transtorno do espectro autista frequentemente apresentam deficiência intelectual (transtorno do desenvolvimento intelectual), e muitas crianças com transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) apresentam também um transtorno específico da aprendizagem. No caso de alguns transtornos, a apresentação clínica inclui sintomas tanto de excesso quanto de déficits e atrasos em atingir os marcos esperados. Por exemplo, o transtorno do espectro autista somente é diagnosticado quando os déficits característicos de comunicação social são acompanhados por comportamentos excessivamente repetitivos, interesses restritos e insistência nas mesmas coisas (APA, 2014, p.75),

condição em que “a criança não está se desenvolvendo e/ou não alcança habilidades de acordo com a sequência de estágios pré-determinados” (DORNELAS et al. 2015, p. 90). No Brasil, o termo começou a ser utilizado como diagnóstico para crianças na década de 1980. A partir da década de 1990, para qualquer criança que manifestasse algum tipo de atraso do desenvolvimento (APA, 2014, p.85).

A ausência de padronização nos Transtornos do Neurodesenvolvimento gera confusão entre profissionais da saúde desnortando principalmente os pais que, no final das contas, não compreendem o diagnóstico. A falta de consenso tem por consequência o fato de que uma miríade de termos aparece vinculada ao diagnóstico: atraso do desenvolvimento, atraso do desenvolvimento neuropsicomotor, retardo mental, retardo do desenvolvimento neuropsicomotor, atraso do desenvolvimento global. Apesar de não terem o mesmo significado, muitas vezes são usados de maneira semelhante. O uso indiferenciado do termo pode ser aplicado tanto a uma criança com atraso leve como a uma criança com grave comprometimento.

Discutindo diferentes trabalhos publicados que contêm referência ao diagnóstico, Dornelas

et al. (2015) concluíram sua pouca fiabilidade. Para Petersen, Kube e Palmer (1998), o termo *Developmental delay* é usado para identificar crianças com atraso no cumprimento dos marcos anátomo-fisiológicos do desenvolvimento; para Bataglia e Carey (2003), o mesmo termo é usado para diagnosticar crianças abaixo de 5 anos de idade com suspeita de retardo mental. Mais abrangente ainda é o campo proposto por Moeschler e Shevel (2006), ao incluírem como possibilidade diagnóstica na referida síndrome, nada menos do que a seguinte lista de determinações: causas hereditárias (razão de os autores julgarem necessária a presença de um geneticista ao exame clínico e provável encaminhamento do Jonatan para essa clínica quando bem pequeno), dismorfismos, comprometimentos neurológicos, casos na família e desordens metabólicas que possam ser verificadas em tomografias e/ou ressonâncias magnéticas do crânio.

É interessante destacar que, nas conclusões às quais chegam Dornelas et al. (2015), foi notado que internacionalmente há um movimento pela definição padronizada do termo e do uso dele em situações específicas até os cinco anos de idade. As autoras o apontam como um movimento necessário para a melhora na comunicação entre profissionais de saúde. No entanto, em publicações nacionais, sugestões como essas não foram acatadas. Vimos ocorrer o contrário no caso Jonatan, inserido no que já ficou conhecido como um esperanto psicopatológico (DOUTEL; KATUNDA, 2017; PEREIRA, 2000; QUINE, 2009, p. 11; SAUVAGNA et al., 2012, p. 25;). A unificação pragmática apenas enfraquece o conjunto, observa Pereira (2000), e o efeito é que já “não sabemos mais se o DSM classifica o que é visto ou se ele cria os tipos que ele pretende classificar” (SAUVAGNAT et al., 2012, p. 25). Se isso já foi bastante observado para com a psiquiatria de uma forma geral, inclusive interpretado como uma tentativa de “terminar com o mal-entendido próprio à comunicação” (QUINET, 2009, p. 11), o que acompanhamos hoje na clínica com crianças é ainda bem mais grave por estigmatizá-las definitivamente no momento em que estão se constituindo sujeitos.

O caso de Jonatan demonstra, a partir dos diversos diagnósticos recebidos ao longo do tempo, como o diagnóstico baseado nos manuais psiquiátricos, mais especificamente no DSM e no CID-10, ao excluírem o sujeito, excluem a própria psicopatologia, que “perde progressivamente seu papel de fundamento das práticas psiquiátricas, cedendo lugar a um convencionalismo nosográfico que busca responder aos ideais de uniformização de linguagem nesse campo (PEREIRA, 2000, p. 119).

Quinet (2006, p.11) afirma que a substituição das “doenças próprias da psiquiatria por transtornos” significa a prevalência da opção de se fazer circular de forma consensual entre os pares de profissão os fenômenos, em detrimento de “uma clínica em que cada caso seja efetivamente um caso”. No caso de Jonatan, pode-se averiguar claramente essa advertência, diante da fenomenologia: agitação, agressividade, dificuldade tanto na articulação da fala como aprendizagem e, conseqüentemente no relacionamento com os colegas, professores. Fenômenos que não dizem por si só sobre o sofrimento do sujeito do qual são, ao mesmo tempo, causa e efeito. É preciso que o sujeito os articule em sua fala ou em sua brincadeira para que possamos entender a etiologia da fenomenologia e mesmo para que os “fenômenos sejam considerados sintomas, ou seja, formações de compromisso entre as diversas instâncias do aparelho psíquico” (idem). Aliás, o recurso à brincadeira também foi fundamental no acompanhamento de Jonatan, “pois tanto a linguagem como o pensamento estão presentes na relação do brincar da criança”, abrindo caminho à expressão “até mesmo [a]o que não está explícito” (CONCEIÇÃO; RAMOS, 2021, p. 132).

Ao contrário, a abordagem pragmática dos manuais é hoje crescente, apesar de já denunciada em 2000 (PEREIRA, 2000), como um reducionismo da abordagem particular. Se uma de suas virtudes proclamadas era de ser um manual atóxico, livre de uma ideologia, posto que baseado naquilo que é observável, mostra-se uma virtude falaciosa, já que não há discurso que seja articulado fora da cultura, daquilo que a constitui em cada época. Discurso que inclusive visa a uma hegemonia, a partir da exclusão de “todas as disciplinas cuja abordagem do sofrimento psíquico não repousasse sobre definições convencionais de fatos clínicos imediatamente constatáveis. Este é o caso notadamente da fenomenologia, da psicanálise e da análise existencial” (PEREIRA, 2000, p.120).

Lacan (1969-1970/1992) conceitua os quatro discursos como formas de aparelhar o gozo com a linguagem. Na estrutura de um discurso, o agente se dirige a um outro, e o faz por estar

sustentado por uma verdade. Essa operação produz um resto, o que não deixa de se relacionar com a teoria pulsional. A estrutura quadrípode do discurso – agente, outro, verdade e produção – implica a renúncia pulsional teorizada por Freud (2006) no contexto de suas conceituações sobre as imposições da civilização. Portanto, os discursos são a própria estrutura do laço social, “o que está em questão no discurso como uma estrutura necessária, que ultrapassa em muito a palavra, sempre mais ou menos ocasional [...] é um discurso sem palavras” (LACAN, 1969/70/1992, p. 10-11). Os manuais são repletos de palavras – cada vez aumentam mais as novas nomenclaturas, incluindo novos transtornos, na tentativa de abrangerem todas as possíveis combinações de comportamento, e assim corresponderem aos novos medicamentos produzidos pela indústria farmacêutica. Assim, os manuais são eles próprios discursos, no sentido atribuído a essa palavra no dicionário, isto é, exposição metódica sobre certo assunto; arrazoada “[...] Qualquer manifestação concreta da língua” (FERREIRA, 1999, p. 690) que passa a ter a função de construir novas formas de pensar e agir no mundo. Tantas palavras reduzem a psicopatologia ao binômio ‘medicina do comportamento’ que constitui o produto híbrido do processo em que o discurso científico é agenciado pelo discurso do capitalista (ELIA, 2014, p. 20).

Vejamos o Manual Merck de Informação Doméstica para o Lar com sua proliferação de novos diagnósticos “que quase sempre reportam ao caráter neuroquímico da afeção” (FENDRIK; JERUSALINSK, 2011, p. 6), no lugar de “levarem a uma maior precisão no diagnóstico” (idem). Se é verdade que as atuais técnicas de imagem e estudos genéticos permitem melhor diagnosticar certas síndromes neurológicas, isso não é verdade para a maioria das categorias diagnósticas, dentre elas várias das que foram sugeridas no caso de Jonatan: AGD, TDAH, TOD e TID. Aliás: por que a indústria farmacêutica – a Merck, no caso – teria tanto interesse no lar? “Um sistema de classificação nunca constitui uma expressão pura e inocente de fatos clínicos auto-evidentes. Ao contrário, classificar implica desde início uma tomada de posição quanto àquilo que é pertinente ou não de servir como critério classificatório” (PEREIRA, 2000, p.137), servindo a melhor auferir os lucros “dos grandes conglomerados e laboratórios da indústria psicofarmacológica” (ELIA, 2014, p.21). Como ironiza Quinet (2006, p.10), ao verificar que o “invólucro formal do sintoma” que muda de acordo com a época – posto que o discurso vigente dá a tessitura com a qual se pode fabricar um sintoma: “a novos males novos remédios. Ou será que é o avesso – a novos remédios, pseudo novos males?”.

Quem hoje não conhece um TDA, um TGD, um TOC? Quem está isento de sofrer um transtorno alimentar, de sono, uma adição, um transtorno de comportamento sexual? A ligeireza (e imprecisão) com que as pessoas são transformadas em anormais é diretamente proporcional à velocidade com que a psicofarmacologia e a psiquiatria contemporânea expandiram seu mercado (FENDRIK; JERUSALINSK, 2011, p.6).

Colegas britânicos já o haviam constatado, e manifestaram que “a aplicação do DSM-IV tem produzido ao menos três epidemias falsas: 1) o Transtorno Bipolar; 2) Transtorno de Déficit de Atenção; e 3) o Autismo Infantil” (FENDRIK; JERUSALINSK, 2011, p.10). Este, aliás, um caso à parte atualmente, a ser examinado muito detalhadamente em outros momentos.

Levantamos então uma nova hipótese, para prosseguirmos em nossa pesquisa, que emana da própria elaboração do caso Jonatan, uma criança com dificuldades psíquicas importantes decorrentes de sua estrutura psicótica, mas que luta para fazer valer minimamente uma barra no Outro. Isso porque sua própria experiência o constrange a viver num contexto familiar pouco salutar, e que tenta encontrar no trabalho com um ou outro terapeuta um espaço para se fazer ouvir: quanto maior o número de diagnósticos, ou a maior ênfase no diagnosticar conforme esses manuais, menor a efetiva construção de uma rede de assistência à população que apresenta um sofrimento psíquico. É como se o diagnosticar permitisse calar o sujeito-sintoma, o que efetivamente ocorre, na medida em que a cada diagnóstico de um transtorno corresponde uma medicação que é vista como a única forma de tratamento. Lembremo-nos das observações do caso, em que não se levou em conta, por exemplo, que Jonatan tinha saído da creche para o CIEP, somente se julgou que ele tinha apresentado um comportamento mais dificilmente controlável porque houve uma mudança na medicação. E que no ano seguinte, quando já estava bem inserido na nova escola, e

acompanhado no SPIA, novamente se creditou sua melhora a uma afinação da medicação.

Para concluir: a que (quem) serve o diagnóstico?

Já em 2013 Kamers nos alertava para o fato de que os “encaminhamentos realizados pelas diversas instâncias que demandam tratamento para a criança consistem em um ciclo repetitivo: a escola, confrontada com as dificuldades de aprendizagem ou indisciplina da criança, solicita à família uma intervenção” (p.154). Ao se considerarem insuficientes os recursos da “intervenção parental” para a contenção do comportamento de seus filhos ou de sua dificuldade de aprendizagem, outras instâncias são acionadas: “neuropediatra ou psiquiatra infantil, ou aciona o conselho tutelar, alegando negligência familiar” (idem). É a escola, finalmente, que regula a “inclusão/exclusão da criança no domínio do saber médico”, bem como a medicação como principal forma de “responder às demandas sociais realizadas, fundamentalmente, pelas instituições de assistência à infância” (idem). Por outro lado, e em consequência, a medicalização da infância provoca uma “destituição dos educadores e a consequente apropriação médica da educação” (KUPFER, 2011, p.143). Em verdade, segundo a autora, houve mesmo uma apropriação da educação pela própria psicologia com seu discurso dos transtornos de aprendizagem. Kamers (2013) sugere que o que sustentaria essa apropriação seria a própria demanda da educação, de que a psicologia venha a “preencher a lacuna de seu saber a respeito do psiquismo do aluno, podendo assim salvar educadores e pais do mal-estar inerente ao ato educativo” (p.144). Ao tentar tamponar o mal-estar inerente ao que há de impossível no educar, conclama-se o arsenal de drogas capaz de fazê-lo calar, mas o que acaba sendo calado é a própria educação e a criança. Consoante nosso próprio questionamento, como essa nova forma discursiva direciona o tratamento, “Trata-se de constatações que nos levam a refletir sobre a função que a medicalização da criança – entendida como dispositivo médico-disciplinar – vem cumprindo para as instituições de assistência à infância na atualidade” (KAMERS, 2013, p.154).

Com a proliferação de diagnósticos (BERNARDINO, 2011; CORIAT, 2011; PÉREZ DE PLÁ, 2011; VORCARO, 2011), diríamos mesmo um furor diagnóstico em oposição ao furor sanandi criticado por Freud em sua época, já não se considera mais a possibilidade de encontrar nesta criança, e naquela, e ainda naquela outra, sujeitos que poderiam vir a se exercer nas suas singularidades de sujeitos, vindo a contribuir na construção de um futuro diferente, novo e, talvez, melhor do que nosso presente. Diante das “demandas sociais a ele endereçadas”, o médico diagnostica o “desvio comportamental”, para pretensamente responder àquelas demandas, consertando o desvio. Ora, Concerta é, sugestivamente, o nome de um dos remédios indicados para TDAH!

O fato é que, contemporaneamente, observa-se que a práxis médico-psiquiátrica na infância prescinde completamente da escuta da narrativa dos pais sobre seus filhos, localizando o olhar médico, exclusivamente, nas sintomatologias apresentadas pela criança, cuja causa é atribuída a uma falha no real do corpo, mais precisamente a uma falha no funcionamento cerebral e seus mecanismos neuroquímicos, o que, aliás, justifica e fundamenta a medicalização (KAMERS, 2013, p.155).

Afinal, o DSM, que constrói tantos transtornos quanto se produzem medicamentos, recebe financiamento da indústria farmacêutica (ROSA et al., 2015), orientando inclusive os médicos a demandarem a retirada de crianças e adolescentes de seus tratamentos psicanalíticos, a serem substituídos por terapia cognitivo-comportamental. E nessa orientação,

Constatamos que os discursos sobre a infância e adolescência na atualidade não são homogêneos, mas transitam entre a judicialização para uns, a medicalização para outros e a mercantilização para todos. A depender das circunstâncias,

nossa sociedade dirá: “crime, bandido, cadeia e morte” ou “doença, criança/adolescente, tratamento”, contudo, todos serão atravessados pela mercantilização, seja como consumidor ou como produto (ROSA et al., 2015, p. 228).

Freud (1913/2006), ao contrário: quando ele se ocupa com o diagnóstico é para dele se servir como índice para a direção do tratamento – diferente quer o sujeito seja psicótico ou neurótico –, ainda que o diagnóstico não exclua, muito ao contrário, a singularidade de cada sujeito, o que faz com que o tratamento se reinvente a cada novo analisante. Freud imaginava ser possível trabalhar com a psiquiatria, pois “na natureza do trabalho psiquiátrico não há nada que pudesse rebelar-se contra a investigação psicanalítica” (FREUD, 1916-17/2006a, p. 233). É por sermos freudianos que mantemos essa expectativa, de podermos trabalhar com a psiquiatria, apesar do que constatamos no discurso que atualmente sustenta sua prática, agenciado pelo discurso do capitalista. Cabe sempre estar tão atento quanto Jonatan diante da tentativa de um Outro querer todo saber para si.

Concluimos que o diagnóstico serve para o tratamento do outro, nesse caso, das crianças e adolescentes, de acordo com o agente do discurso que o sustenta. Perguntamos, então, se a falta de investimentos nos serviços de atenção psicossocial destinados às crianças e adolescentes, bem como de outros serviços de garantia de seus direitos pelo Estado, não se coadunam, atualmente, à fabricação da loucura denunciada por Kamers, a partir de um mesmo discurso? No que tange o caso de Jonatan, como de muitos outros sujeitos em sofrimento psíquico, a dessubjetivação promovida pelos manuais de psiquiatria objetaliza o sujeito de tal forma que não se pode mais identificar uma psicose infantil. O desinvestimento em equipamentos de saúde mental primários e secundários, por seu turno, implica, por um lado, a desassistência ao sofrimento infantil; por outro lado, cria uma demanda enorme aos serviços terciários, que por esse motivo não conseguem dar conta da demanda que lhes seria adequada.

Referências

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais [recurso eletrônico]: DSM-5**; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento ... et al.]; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli ... [et al.]. – 5. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre: Artmed, 2014.

ALMEIDA, José Miguel Caldas de. Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. **Cadernos de Saúde Pública**, 35 (11), 2019. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00129519>.

ARAUJO, Janaína. Especialistas criticam desestruturação da política de atenção à saúde mental. **Rádio Senado**. 2022. Disponível em <https://www12.senado.leg.br/radio/1/noticia/2022/04/18/especialistas-criticam-desestruturacao-da-politica-de-atencao-a-saude-mental>. Acesso em: 10 out. 2022.

BASTOS, Adriana Dias Assumpção; ALBERTI, Sonia. Do paradigma psicossocial à moral religiosa: questões éticas em saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, 26 (1), p. 285-295, 2021. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.25732018>. Acesso em: 20 out. 2022.

BERNARDINO, Leda Mariza Fischer. A questão da psicose na infância, seu diagnóstico e tratamento frente ao seu “desaparecimento” na nosografia atual. In: JERUSALINSKY, Alfredo & FENDRICK, Silvia (orgs.). **O livro negro da psicopatologia contemporânea**. São Paulo: Via Lettera, p. 205-17, 2011.

BOECKEL, Cristina; SILVEIRA, Daniel; COELHO Henrique; MELLO, Káthia; TORRES, Livia. Governo do RJ decreta estado de calamidade pública devido à crise. **G1**, Rio de Janeiro, 17 jun. 2016. Disponível em: <https://g1.globo.com/rio-de-janeiro/noticia/2016/06/governo-do-rj-decreta-estado-de-calamidade-publica-devido-crise.html> Acesso em: CONCEIÇÃO, Ana Paula Silva da; RAMOS, Rosemary Lacerda.

Contexto contemporâneo de pandemia COVID-19: qual o lugar das infâncias e do direito ao brincar? **Humanidades e Inovação**, v. 8, n. 68, p.130-141,2021.

CORIAT, Eisa Hilda. Os negros efeitos do DSM-IV. In: JERUSALINSKY, Alfredo; FENDRICK, Silvia (orgs.). **O livro negro da psicopatologia contemporânea**. São Paulo: Via Lettera, p. 165-174, 2011.

COUTO, Richard; ALBERTI, Sonia. Contribuição ao debate entre a psicanálise e a atual reforma psiquiátrica brasileira. **Mental**, Barbacena, v. 6, n. 11, p. x, dez. 2008. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/mental/v6n11/v6n11a02.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2021.

DORNELAS, Lilian de Fátima; DUARTE, Neusa Maria de Castro; MAGALHÃES, Livia de Castro. Atraso do desenvolvimento neuropsicomotor: mapa conceitual, definições, usos e limitações do termo. **Revista Paulista de Pediatria** 33 (1), p. 88-103, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpp/a/rWNf3F7qSTGLbWRP6hzLkRP/?format=pdf&lang=ptas>. Acesso em: 13 maio 2022.

DOUTEL, Filipe; KATUNDA, Júlia. A navalha de Ockham e o leito de procusto: os problemas do diagnóstico em psiquiatria. In: **Psychiatry on line Brasil**. Volume 22 - Novembro de 2017. Disponível em: https://www.polbr.med.br/ano04/artigo0104_a.php. Acesso em: 3 out. 2022.

ELIA, Luciano. A rede da atenção na saúde mental – articulações entre CAPS e ambulatórios. In: Brasil. **Ministério da Saúde**. Caminhos para uma política de saúde mental infantojuvenil, p. 49-61, 2005.

ELIA, Luciano. Psicanálise e neurociência face ao autismo: uma disjunção inclusiva. In: FURTADO, Luis Achilles Rodrigues; VIEIRA, Camilla Araújo Lopes (orgs.). **O autismo, o sujeito e a psicanálise: consonâncias**. Curitiba: CRV, 2014. p. 19-38.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo Aurélio Século XXI: o dicionário da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FREUD, Sigmund. Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia (Dementia Paranoides) relatado em autobiografia (“O caso Schreber”). In: Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia (Dementia Paranoides) relatado em autobiografia (“O caso Schreber”), artigos sobre a técnica e outros textos (1911-1913) – **Obras completas**, vol. 10. Tradução: Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010. p. 13-107.

FREUD, Sigmund. Sobre la iniciación del tratamiento (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, I). In: **Sigmund Freud Obras Completas**. Buenos Aires: Amorrortu, 2006. p.123-144. (Trabalho original em 1913).

FREUD, Sigmund. A perda da realidade na neurose e na psicose. In: O Eu e o Id “autobiografia” e outros textos (1923-1925). In: **Obras completas**, vol. 16. Tradução: Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2011. p. 214-221. (Trabalho original em 1924).

FURTADO, Luis Achilles Rodrigues. **Sua majestade o autista: fascínio, intolerância e exclusão no mundo contemporâneo**. Curitiba, CRV, 2013.

GUERRA, Andréa Maris Campos. Impacto clínico da topologia borromeana no estruturalismo lacaniano. **Ágora** (Rio de Janeiro), v. XX, n. 1, p. 35-51, jan./abr. 2017.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Rio de Janeiro. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/rio-de-janeiro/panorama> Acesso em: 15 fev. 2023.

JERUSALINSKY, Alfredo; FENDRICK, Silvia. Introdução. In: **O livro negro da psicopatologia**

contemporânea. São Paulo: Via Lettera, p. 5-12, 2011.

KAMERS, Michele. Fabricação da loucura na infância: psiquiatrização do discurso e medicalização da criança. In: **Estilos da clínica.** São Paulo, v. 18, n. 1, p. 153-165, jan./abr. 2013. Acesso em: 20 out. 2022.

KUPFER, Maria Cristina. Educação terapêutica para crianças com Transtornos Globais do Desenvolvimento: uma alternativa à medicalização da educação. In: JERUSALINSKY, Alfredo & FENDRICK, Sílvia. (orgs.). **O livro negro da psicopatologia contemporânea.** São Paulo: Via Lettera, p. 141-150, 2011.

LACAN, Jacques. **O Seminário, livro 3: As psicoses (1955-1956).** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2008.

MENEZES, Ana Maria Ferreira; CAMPOS, Maria de Fátima Hanaque; SEIXAS, Larisse de Oliveira; SILVA, Sara Gomes da. Avaliação crítica das Políticas Públicas de Saúde Mental. In: **Anais do XV ENABRAPSO.** 2022. Disponível em http://abrapso.org.br/siteprincipal/images/Anais_XVENABRAPSO/330.%20avalia%C7%C3o%20cr%C3%94tica%20das%20pol%C3%94ticas%20p%C3%94blicas%20de%20sa%C3%94de%20mental.pdf. Acesso em: 10 out. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10:** Descrições clínicas e Diretrizes Diagnósticas. Porto Alegre: Artemed, 1993.

PEREIRA, Mario Eduardo da Costa. A paixão nos tempos do DSM: sobre o recorte operacional do campo da psicopatologia. In: PACHECO FILHO, Raul; COELHO JUNIOR, Nelson Ernesto; ROSA, Miriam Debieux (orgs.). **Ciência, pesquisa, representação e realidade em Psicanálise.** São Paulo: Casa do Psicólogo: EDUC, p. 119-152, 2000.

PÉREZ DE PLÁ, Esperanza. Infância e DSM: os transtornos generalizados do desenvolvimento e a deficiência mental. In: JERUSALINSKY, Alfredo; FENDRICK, Sílvia (orgs.). **O livro negro da psicopatologia contemporânea.** São Paulo: Via Lettera, p.175-203, 2011.

QUINET, Antonio. **Psicose e laço social.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2006.

ROSA, Carlos Mendes; VERAS, Lana e VILHENA, Junia. Infância e sofrimento psíquico: medicalização, mercantilização e judicialização. **Estilos da clínica.** São Paulo, v. 20, n. 2, p. 226-245, mai./ago. 2015. Acesso em: 19 out. 2022.

SAUVAGNAT, François; D'Escragnolle, Maurício; NOGUEIRA SANTOS, Rodrigo Afonso. Considerações críticas acerca da classificação DSM e suas implicações na diagnóstica contemporânea. **Analytica: Revista de Psicanálise**, 1 (1), 2012. p. 13-27. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2316-51972012000100002&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 3 nov. 2022.

RIO. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. **Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).** Disponível em rio.rj.gov.br - <https://www.rio.rj.gov.br/web/sms/caps> Acesso em: 8 de abr. 2023.

VORCARO, Angela Maria Resende. O efeito bumerangue da classificação psicopatológica da infância. In: JERUSALINSKY, Alfredo & FENDRICK, Sílvia. (orgs.). **O livro negro da psicopatologia contemporânea.** São Paulo: Via Lettera, 2011, p. 219-229.

Recebido em 16 de Janeiro de 2023.

Aceito em 08 de fevereiro de 2023.