

## **ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DE CASOS CLÍNICOS DA PRIMEIRA INFÂNCIA ATENDIDOS NO ESTÁGIO “INTERVENÇÕES PSICOPROFILÁTICAS EM SAÚDE MENTAL INFANTIL”**

ANNA THEREZA CARNEIRO PINTO ABDALA<sup>1</sup>; MICHELLE FERREIRA MARTINS<sup>2</sup>; ALINE FERNANDES ALVES<sup>3</sup>; FRANCINE ALVES MELLO<sup>4</sup>; LUCIANA PIRES CORRÊA NEVES<sup>5</sup>; HÉLVIA CRISTINE CASTRO SILVA PERFEITO<sup>6</sup>; JOÃO LUIZ LEITÃO PARAVIDINI<sup>7</sup>

### RESUMO

O presente estudo teve como objetivo mapear a clientela atendida de 2002 a 2008 em um serviço ambulatorial da Clínica de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia. Este atendimento de crianças de 0 a 4 anos em sofrimento psíquico grave, no modelo conjunto pais-crianças. Através de um instrumento denominado ficha catalogadora, compilaram-se os dados referentes a idade, sexo, encaminhamento, estrutura familiar, queixa, duração do atendimento, resolatividade, membros que frequentaram o atendimento e impressão diagnóstica, provindos dos prontuários e anotações de supervisão. Na amostra de 67 sujeitos verificamos que 61% eram do sexo masculino e 39% do sexo feminino. Os sujeitos entre as idades de 2 anos e 2 anos e 11 meses totalizam 50%. 53% são de encaminhamentos de instituições como AACD e CAPSi. A duração média dos atendimentos é de 11 meses. Os acompanhantes das crianças, por sua vez, são 38% mães, 34% pais e 11% pais, e irmãos e a maioria da amostra, 53%, reside com os pais. Quanto à impressão diagnóstica utilizamos a CID 10 e, para que fosse possível contemplar a psicodinâmica dos casos e ainda a visão de sujeito complexo sob a perspectiva psicanalítica, utilizaram-se as seguintes linhas de classificação: Transtornos orgânicos, transtornos do desenvolvimento psicológico, outros transtornos mentais e comportamentais, fatores influenciando o estado de saúde (perturbações familiares). Há sujeitos que possuem classificação em todas as linhas, e o que tem chamado a atenção é que 55,22% apresentam diagnóstico em Z, o que diz que as perturbações familiares têm sido um fator causador de formações sintomáticas das crianças.

Palavras-chave: Epidemiologia; Atendimento Conjunto Pais-Crianças; Transtornos Invasivos do Desenvolvimento; Impressão Diagnóstica

### ABSTRACT

This research had the intention to map the patients attended from 2002 to 2008 in an institutional service of Psychological Clinic of Federal University of Uberlândia. This service

---

1) Instituto de Psicologia, Universidade Federal de Uberlândia, Bloco 2C, Av. Maranhão, 1720, Bairro Umarama, Uberlândia, MG, 38400-902, [annathe\\_abdala@yahoo.com.br](mailto:annathe_abdala@yahoo.com.br)

2) Instituto de Psicologia, Universidade Federal de Uberlândia, Bloco 2C, Av. Maranhão, 1720, Bairro Umarama, Uberlândia, MG, 38400-902, [michellefmartins@yahoo.com.br](mailto:michellefmartins@yahoo.com.br)

3) Instituto de Psicologia, Universidade Federal de Uberlândia, Bloco 2C, Av. Maranhão, 1720, Bairro Umarama, Uberlândia, MG, 38400-902, [lininha\\_psico@hotmail.com](mailto:lininha_psico@hotmail.com)

4) Instituto de Psicologia, Universidade Federal de Uberlândia, Bloco 2C, Av. Maranhão, 1720, Bairro Umarama, Uberlândia, MG, 38400-902, [fran.amello@yahoo.com.br](mailto:fran.amello@yahoo.com.br)

5) Instituto de Psicologia, Universidade Federal de Uberlândia, Bloco 2C, Av. Maranhão, 1720, Bairro Umarama, Uberlândia, MG, 38400-902, [lucianapcneves@yahoo.com.br](mailto:lucianapcneves@yahoo.com.br)

6) Instituto de Psicologia, Universidade Federal de Uberlândia, Bloco 2C, Av. Maranhão, 1720, Bairro Umarama, Uberlândia, MG, 38400-902, [helviacristine@yahoo.com.br](mailto:helviacristine@yahoo.com.br)

7) Instituto de Psicologia, Universidade Federal de Uberlândia, Bloco 2C, Av. Maranhão, 1720, Bairro Umarama, Uberlândia, MG, 38400-902, [paravidini@ufu.br](mailto:paravidini@ufu.br)

serves children of 0 to 4 years with serious psychological suffering in the joint model parents-children. Through a created instrument, named cataloging form, data were compiled about age, genre, routing, familiar structure, complaint, duration of treatment, resolvability, members of family that went to sessions, diagnostic impression originated from enchiridion and supervision notes. In the sample of 67 subjects verified 61% belongs to male genre and 39% belongs to female genre. 50% of subjects are children with 2 years to 2 years and 11 months old. 53% of the sample are originated from institutions as AACD and CAPSi. The average duration of treatment is 11 months. As children's companions 38% are mothers, 34% are fathers and 11% are fathers and brothers whereas most of them live with parents. CID 10 was utilized to do the diagnostic impression to contemplate psychodynamic cases and the vision of a complex being under Psychoanalytic perspective. Organic Disorders, Psychological Development Disorders, other Mental and Behavioral Disorders, influencers aspects of health state (familiar perturbations) were utilized as classifications' lines. There are subjects that belong to all categories of classifications' lines. The most important discovery of research is that 55,22% belongs to Z diagnostic. This means that familiar perturbations have been a originating factor to constitute symptoms of children.

Keywords: Epidemiology; Conjunct Treatment Parents-Children; Development Invasive Disorders; Diagnostic Impression

## INTRODUÇÃO

Este artigo pretende fornecer dados obtidos da pesquisa Estudo Epidemiológico de casos clínicos da primeira infância atendidos no estágio “Intervenções psicoprofiláticas em Saúde Mental infantil” realizado na clínica escola do Curso de Psicologia da UFU. Este estágio atende crianças de zero a três anos de idade em estado de sofrimento psíquico agudo e grave junto a suas famílias concomitantemente. Estas crianças geralmente são encaminhadas por profissionais da saúde, instituições como Associação de Pais e Amigos do Excepcional (APAE), Associação de Assistência à Criança deficiente (AACD), o Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi), como também por demanda espontânea da família.<sup>1</sup>

É proposto um modelo de atendimento em que pais e as crianças participam juntos desde o primeiro atendimento e fazendo parte do *setting* terapêutico há a presença de dois psicoterapeutas, sendo que um fica responsável pela intervenção direta com pais e criança e o outro, psicoterapeuta observador, se atém a registrar por escrito o que acontece durante a sessão e é portador da palavra escrita.

Durante as supervisões em grupo, um segundo momento, há uma inversão de papéis em que o observador ganha a palavra falada e o terapeuta silencia-se. A partir da leitura do relato do observador bem como com suas impressões somadas às impressões do terapeuta e

1) O estágio em questão é coordenado pelo professor Dr. João Luiz Leitão Paravidini e pela psicóloga Ms. Hélvia Cristine Castro Silva Perfeito.

do grupo são feitas interpretações, hipóteses sobre o caso, pensando em formas de intervir e compreender o que está sendo comunicado pela criança e pais e que está suscitando o sintoma que leva a criança ao sofrimento psíquico.

O modelo de atendimento baseia-se no método psicanalítico e na flexibilidade teórica e técnica. Há a possibilidade de uma articulação teórica, um trânsito entre as teorias freudiana, kleiniana, lacaniana, bioniana e winnicotiana, dentre outras. O propósito é construir uma história particular de cada caso, sendo que a leitura teórica é feita a partir do que é trazido pela dupla. Dessa forma, não há um enquadre limitado a uma teoria específica, o que implica que o foco do atendimento não está no estudo desta, mas está na compreensão da dinâmica particular de cada família. É na supervisão que pode ser trabalhada a articulação teórica com o que foi vivido na sessão. Este é o momento de ser analisado o manejo transferencial para que se possa pensar na significação de não ditos, dos sentimentos despertados e das falas e expressões do grupo familiar, do terapeuta e do terapeuta observador. Este método propicia um fazer analítico permitindo a emergência do sujeito do próprio desejo (PARAVIDINI; CHAVES; PERFEITO, 2008).

É possível se trabalhar os não ditos e torná-los ditos na sessão e nas supervisões de grupo. A comunicação aqui ganha a extensão do campo de afetação (afeto, corpo e linguagem), conceito este desenvolvido por Maia (apud PARAVIDINI; CHAVES; PERFEITO, 2008) que consiste na palavra falada, nas sensações captadas pelos sentidos e aprisionadas no corpo, no registro escrito do observador, e nas suas múltiplas variações.

Os sintomas inscritos no corpo da criança ao mesmo tempo em que pertencem a ela também espelham questões do âmbito familiar, por isto trabalhar a relação vincular e realizar o atendimento conjunto é importante. No atendimento conjunto dos pais e da criança abre-se um espaço em que cada um pode contar sua história de sua própria maneira, com seus próprios recursos e cada um no seu tempo (PERFEITO, 2007).

A pesquisa epidemiológica psiquiátrica da infância no Brasil é um campo relativamente novo, mas que vem crescendo nas três últimas décadas (FLEITLICH e GOODMAN, 2000). Dados epidemiológicos podem orientar políticas de saúde mental, podem fornecer informações para planejamento, assim como identificar os transtornos e avaliar os estados psicopatológicos.

Até muito pouco tempo, as crianças com transtornos emocionais graves (psicóticas e autistas), assim como aquelas com transtornos neurológicos, síndromes orgânicas diversas, como por exemplo, síndromes de West, de Rett, Asperger, não tinham muitas opções de tratamento, a não ser o recurso psiquiátrico (medicamentoso) ou a assistência de entidades filan-

trópicas, como a APAE. Além disso, a existência de abrigos servindo como um depósito até que pudessem atingir a idade para uma internação ou mesmo o isolamento doméstico como uma forma reclusa e desesperançosa de viver.

Algumas ações em saúde coletiva nos hospitais psiquiátricos ou mesmo ligadas a universidades poderiam ser nomeadas em um ou outro lugar, como o Núcleo de Atenção Intensiva à Criança Autista e Psicótica (NAICAP) do Instituto Philippe Pinel do Rio de Janeiro, o primeiro serviço na esfera pública para o atendimento diário e intensivo, voltado também para a formação e pesquisa.

Alguns autores concordam que a assistência pública é impulsionada por movimentos de iniciativa particular:

A reformulação da assistência pública à Saúde Mental vem marcada pelo atravessamento da clínica, demarcando uma proposta que articula a subjetividade e a dimensão política na organização da assistência. Esta é atravessada por diferentes saberes, destacando-se entre eles, o psicanalítico. A tensão provocada pelo confronto entre a dimensão política, que cria uma assistência “para todos” e a clínica que sustenta a escuta de “cada um”, tem produzido férteis contribuições na área (GUERRA, 2003, p.172).

Assim, dentro desta mesma ótica, esta pesquisa desenvolvida teve como sustentação de enfoque teórico e prático todas estas formas institucionais de tratamento às crianças com problemas emocionais graves. A partir de 1998, várias interlocuções foram realizadas com as coordenadoras do NAICAP, Kátia Álvares de Carvalho, do Centro de Pesquisa em Psicanálise e Linguagem (CPPL), Paulina Rocha e Ana Elizabeth Cavalcanti e do Lugar de Vida<sup>2</sup>, com Cristina Kupfer.

Esta pesquisa propôs-se a fazer uma discussão sobre um sistema único de classificação de doenças. Historicamente, desde o final do século XVIII, para superar o obstáculo que a disparidade de critérios usados na medicina colocava, buscou-se criar um sistema único de Classificação Internacional das Doenças, atual CID-10 (SOUZA LEITE, 1988 apud TELLES, 2006).

Houve uma diferenciação conceitual entre diagnóstico e classificação, sendo o primeiro entendido como um processo a ser realizado dinâmica e individualmente enquanto que a segunda visa estabilidade e impessoalidade, especificando uma doença (LIPPI, 1994 apud TELLES, 2006). Deve-se salientar também que diagnóstico e classificação não podem ser confundidos com o sintoma.

2) Centro de Educação Terapêutica para crianças com transtornos globais de desenvolvimento.

A importância das classificações encontra-se articulada ao uso das informações para finalidades de comunicação, previsão e explicação. Na atualidade, ganham importância no campo da pesquisa e da clínica. Os sistemas diagnósticos vigentes na atualidade tendem a adotar um enfoque nas *categorias*, sendo que o enfoque *dimensional* adquire também validade, porém, menos útil para finalidades clínicas. Os sistemas de classificação, para que possam cumprir a contento seus objetivos, devem ser realizados de modo confiável e estruturados de tal maneira que o uso pelo clínico esteja favorecido pelo uso de termos e descrições facilmente compreensíveis, portanto, tendo uma base fenomenológica (VOLKMAR, 1995 apud TELLES, 2006, p. 78).

Existem dificuldades para definir o sistema de classificação, dentre elas tem-se que pensar quais critérios determinam a escolha de um fenômeno para sua análise e inclusão no quadro dos transtornos psicopatológicos. Outra dificuldade que se encontra é o conflito entre os aspectos evolutivos, etiológicos e contextuais, os quais devem ser considerados e o que tem acontecido é que ora uns parecem mais relevantes que os outros dependendo do transtorno. Outro aspecto polêmico diz respeito à adoção de um referencial teórico nos sistemas de classificação (WOLKMAR, 1995 apud TELLES, 2006).

Dentro da história da medicina, o sistema de classificação para transtornos mentais sempre foi uma fonte de preocupação, pois não havia consenso quanto aos critérios de inclusão dos transtornos e ao método mais adequado para organizar a sistematização da pesquisa.

A primeira inclusão de uma seção específica de doenças psiquiátricas deu-se na sexta edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-6), publicada pela recentemente criada Organização Mundial da Saúde. O DSM-I apresenta-se como uma variante desta Seção da CID-6, trabalho executado e publicado em 1952 pela Associação Psiquiátrica Americana (TELLES, 2006, p. 80).

Sobre a psiquiatria infantil, é necessário citar que o interesse por esta surge no século XIX quando também se desenvolve os estudos da psiquiatria dos adultos. Passa a ser uma ciência empírica baseada na observação e análise. O processo de estruturação de uma clínica psiquiátrica da criança divide-se em três períodos: o primeiro traz um debate que se centra no retardamento mental; o segundo período faz uma tentativa de enquadrar as manifestações patológicas das crianças na nosologia do adulto; no terceiro, já no século XX, pode-se dizer que há o nascimento de uma pedo-psiquiatria sob forte influência da psicanálise. Estas mudanças se devem à modificação também da visão de infância, a qual nos dois primeiros períodos que predominavam o saber psiquiátrico a criança era considerada o adulto em potência. E no terceiro período a infância adquire a ordem da existência e da racionalidade como um processo de desenvolvimento do devir adulto, graças à influência das teorias de Freud (TELLES, 2006).

Com o passar dos anos, foram feitas novas revisões tanto do DSM quanto do CID, estando hoje em suas versões quarta e décima respectivamente. Ambos são respaldados por instrumentos provenientes de estudos neurocientíficos, biológicos, farmacológicos e psicológicos que continuam a ser desenvolvidos.

A importância de levantamento de dados nesta pesquisa epidemiológica dentro desta faixa etária de zero a três anos permite que se orientem ações específicas em saúde mental infantil, pois gera conhecimento detalhado sobre determinados fatores, frequência e sinais agravantes de riscos. Permite verificar a associação destes fatores e a prevalência de transtornos mentais, bem como padronizar dados segundo uma mesma classificação diagnóstica, facilitando assim correlacionar com pesquisas de outras regiões do país.

Para tanto, foi feito um sucinto resgate dos principais aspectos que apareceram durante o desenvolvimento da pesquisa. E, por fim, iremos relacionar os dados quantitativos encontrados a uma análise qualitativa, na qual proporemos discussões acerca dos resultados inferidos, buscando recursos teóricos, bem como nossas próprias impressões e experiências com este modelo de atendimento. Este momento de discussão permitirá o enriquecimento dos dados brutos obtidos e articulação teórica com as etapas anteriores.

É necessário mencionar que a pesquisa partiu da necessidade de se repensar um fazer clínico do trabalho realizado no modelo de atendimento supramencionado, desenvolvido na Clínica de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia desde 2002. É buscando refletir sobre uma práxis que podemos criar conhecimento, transformar e melhorar o trabalho que já está sendo realizado, ou seja, o serviço de saúde mental já oferecido na rede de saúde pública.

Para atingir os objetivos gerais da pesquisa realizou-se um mapeamento da clientela atendida no estágio “Intervenções Psicoprofiláticas em Saúde Mental Infantil” de 2002 a 2008, além de ter sido feito um levantamento teórico sobre estudos em saúde mental infantil bem como correlacionar com o estudo desenvolvido.

Na tentativa de chegar aos objetivos específicos também da pesquisa supracitada descreveu-se a clientela atendida quanto à idade, sexo, procedência, encaminhamento, estrutura familiar, bem como foi identificada a queixa psicológica que gerou o atendimento.

Os atendimentos foram caracterizados com a frequência de quais pessoas da família da criança participavam, também quanto a sua duração e resolutividade. E para finalizar, tentou-se fazer uma classificação dos casos clínicos atendidos segundo a Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10 (OMS, 1993) a fim de obter uma impressão diagnóstica.

## MATERIAL E MÉTODOS

Esta pesquisa caracterizou-se como uma pesquisa quantitativa e qualitativa, de campo e documental, pois foi desenvolvida nos arquivos da Clínica Psicológica da Universidade Federal de Uberlândia com os prontuários dos casos atendidos no estágio “Intervenções Psicoprofiláticas em Saúde Mental Infantil” de 2002 a 2008. Constituiu-se, portanto, uma amostra institucional.

Quanto à impressão diagnóstica, o tratamento a ser feito a este dado parte da classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID 10 (OMS, 1993), mas estende-se a uma compreensão qualitativa segundo a dinâmica familiar, posição da criança na família e a posição dos pais em relação à criança. Esta análise advém da leitura de relatos das sessões clínicas segundo o método psicanalítico interpretativo que se sustenta a partir de pressupostos teóricos da Psicanálise como os conceitos de inconsciente e transferência, na busca da verdade como desvelamento e na relação que se dá entre o sujeito consciente e sujeito inconsciente (REZENDE, 2000).

### Amostra

A pesquisa foi realizada com todos os prontuários dos casos atendidos e encerrados do estágio “Intervenções Psicoprofiláticas em Saúde Mental Infantil” no período de 2002 a 2008 na Clínica de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, totalizando uma amostra de 67 casos.

### Instrumento

A fim de se alcançar o objetivo de mapear a clientela atendida, foi elaborada uma ficha catalogadora a partir dos dados relevantes discutidos no grupo de supervisão, na leitura dos relatos das sessões e tendo como base uma ficha de uma pesquisa epidemiológica em triagem infantil realizada na mesma clínica em 2006 (MELO; PERFEITO, 2006).

Os dados tabulados seguem a seguinte ordem: data de abertura do prontuário; idade; sexo; com quem reside; procedência residencial; quem encaminhou; queixas psicológicas; doenças orgânicas e psíquicas maternas; nascimento; impressão diagnóstica; duração do atendimento; membros da família que freqüentaram o atendimento e resolução do caso.

## Procedimento

Inicialmente foi realizada uma pesquisa ao arquivo de prontuários da Clínica de Psicologia da UFU, buscando aqueles referentes ao estágio no período compreendido de 2002 a 2008. É importante destacar que estes prontuários se caracterizam por uma riqueza de informações peculiar, devido ao modelo de atendimento, afinal todos os relatos feitos pelo psicoterapeuta observador permanecem arquivados no prontuário do paciente. Além deste banco de dados, contou-se com as anotações da supervisora, feitas durante as discussões em supervisão.

Dispondo deste material, foi realizada a leitura e discussão dos casos no grupo de pesquisa, tendo por base o objetivo de encontrar as características básicas de cada caso atendido de acordo com os norteadores eleitos para a pesquisa. Para facilitar este processo, foi construída uma Ficha Catalogadora (APÊNDICE A). A referida ficha é composta por todos os dados que a pesquisa se propõe sistematizar para análise, então no decorrer das leituras e discussões estas fichas foram sendo preenchidas até a catalogação de todos os casos da amostra.

Também foi neste momento que foi construída a impressão diagnóstica de cada caso, sendo dessa forma uma leitura qualitativa, buscando compreender onde cada caso poderia se situar na CID-10 (OMS, 1993), lembrando que não há um enquadre limitado, mas uma impressão diagnóstica de cada caso, ou seja, não se reduz a criança enquadrando-a em um transtorno e sim se considera que ela está posicionada em um ou outro transtorno para questão didática e de estudo. Esta maneira como foi construída a impressão diagnóstica mostra o aparato teórico e a principal característica do serviço: a aposta na criança e na possibilidade de constituição de um sujeito e de seu potencial mediante a plasticidade neuronal e subjetiva características da primeira infância.

Nesta linha de raciocínio, as classificações relacionadas à impressão diagnóstica que foram construídas e sistematizadas pela pesquisa não são fechamentos de estruturas ou patologias, mas sim a busca por caracterizar-se minimamente o diagnóstico situacional destas crianças e famílias no momento em que buscam o tratamento, fazendo uso da ferramenta que nos é disponível, a CID-10. Considera-se ainda a psicodinâmica de cada caso e uma visão de sujeito afetivo, psíquico, orgânico.

A partir do preenchimento das fichas, foi possível fazer o levantamento estatístico acerca das características gerais das famílias atendidas pelo estágio, o que possibilitou a constituição de um banco de dados sistematizado que facilitasse o conhecimento geral destas famílias, bem como do serviço que estava sendo disponibilizado.

Através do panorama dos dados quantitativos foi realizada uma leitura qualitativa destes, enfocando a impressão diagnóstica. A análise dos dados sistematizados na ficha catalogadora foi correlacionada com análises realizadas em supervisões e discussões em grupos pelas pesquisadoras. Desta maneira, foi possível levantar algumas hipóteses, questionamentos e ainda fazer uma reflexão qualitativa, tendo como base teórica a psicanálise.

Considerando que esta pesquisa se baseia no método psicanalítico, na análise qualitativa dos dados, a forma de se interpretar alguns deles foi se modificando com o decorrer da pesquisa em um processo dialético de se pensar “o fazer” foi sendo construído. O método psicanalítico abre para novas perguntas, escuta psicanalítica e novas reflexões.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

O primeiro quesito a ser discutido é o sexo das crianças atendidas e quanto a este encontramos que 41 são do sexo masculino enquanto que 26 são do sexo feminino, resultando em um percentual de 61% e 39% respectivamente. Estes dados podem ser relacionados com outras pesquisas em que o número de meninos é consideravelmente maior que de meninas quando se fala em transtornos mentais (ANCONA, 1984 apud DELFINI e cols., 2009).

Um achado importante envolvendo amostras clínicas e também epidemiológicas constatou uma maior incidência de autismo em meninos do que em meninas com proporção média de 3,5 para 1, variando em função do grau de funcionamento intelectual (KLIN, 2006).

Alguns estudos relataram proporções de até 6,0 ou mais homens para cada mulher, em indivíduos com autismo sem retardo mental, ao passo que as proporções entre os que tinham retardo mental de moderado a grave eram de 1,5 para 1. Ainda não está claro porque as mulheres têm uma menor representação na faixa sem retardo mental. Uma possibilidade é de que os homens possuam um limiar mais baixo para disfunção cerebral do que as mulheres, ou, ao contrário, de que um prejuízo cerebral mais grave poderia ser necessário para causar autismo em uma menina. De acordo com essa hipótese, quando uma pessoa com autismo for uma menina, ela teria maior probabilidade de apresentar prejuízo cognitivo grave. Várias outras hipóteses foram propostas, incluindo a possibilidade de que o autismo seja uma condição genética ligada ao cromossomo X (dessa forma, tornando os homens mais vulneráveis), mas atualmente os dados ainda são limitados para possibilitar quaisquer conclusões (KLIN, 2006, p. 5).

Então, entendemos que assim como em nossa pesquisa, há uma prevalência de meninos com mais transtornos mentais que meninas, porém, não há uma explicação específica e contundente, e sim, várias hipóteses para que isso aconteça.

Passando ao próximo aspecto, temos a idade dos sujeitos como fator a ser analisado. Como o estágio propõe atendimento às crianças na primeiríssima infância, a qual compreende

a faixa etária de zero a três anos de idade, a maioria dos pacientes se encontravam nesta faixa, porém alguns atendimentos foram estendidos até as crianças completarem quatro anos.

A partir daí, constatou-se que a prevalência da faixa etária das crianças que chegam para serem atendidas pelo serviço é de dois anos a dois anos e onze meses, ou seja, em seu terceiro ano de vida. Considerando que o trabalho se baseia na intervenção precoce, seria ideal que elas buscassem o atendimento mais precocemente ainda, já que sintomas podem ser notados antes dos dois anos. Além disso, quanto mais cedo for percebida a evidência de um transtorno e quanto mais rápido for iniciado um tratamento, melhor será o prognóstico e melhor qualidade de vida poderá ser proporcionada a criança e sua família.

Sobre a intervenção precoce diz que esta se apóia em dois pontos relevantes e interdependentes, sendo estes a importância dos primeiros anos na constituição do sujeito e o alto grau de mobilidade das formações psicopatológicas até a puberdade (JERUSALINSKY, 2005 apud BARBOSA, 2007).

(...) processos orgânicos como a migração neuronal que encontram seu ápice entre os oito e os dezoito meses de idade dependem substancialmente das experiências infantis primordiais, da introdução do sujeito no universo da linguagem. O psiquismo humano depende fundamentalmente dessa captura pela língua, da matriz simbólica que configura a sua relação com o Outro (JERUSALINSKY, 2005 apud BARBOSA, 2007, p. 69).

Antes do nascimento, o bebê já se insere em uma cadeia simbólica, a qual irá representá-lo, mas o seu aparelho psíquico só será marcado pela participação do desejo do Outro e se o bebê é objeto de identificação para os pais e antecipado como um sujeito desejante. Dessa forma, haverá o contorno do corpo do bebê e o início da constituição da sua subjetividade se as experiências compartilhadas e absorvidas inicialmente como prazer e desprazer forem delimitantes (JERUSALINSKY, 2005 apud BARBOSA, 2007).

O foco inicial da modalidade de intervenção precoce junto às crianças e suas famílias se referia à interação dos pais em suas funções maternas e paternas para com os filhos, na tentativa de criar condições para haver comunicação e pensamento entre a família como um todo (PARAVIDINI, 2006).

Estas condições de ampliação do campo de circulação da palavra tomarão, com o passar do tempo e da gravidade dos casos clínicos atendidos, novas configurações a ponto de constituir-se em um campo de construção significante para o que *nunca houvera podido ter sido* ou, de outra sorte, um campo para a des-construção para o que *sempre haveria de ter sido* (Ibidem, 2006).

Ou seja, o modelo de atendimento estruturado busca intervir nas relações familiares de maneira a emergir os não-ditos, os sofrimentos, os sentimentos resguardados de cada indivíduo, possibilitando novos sentidos, recriação histórica da criança e da família e o surgimento do sujeito desejante, retirando-o da clausura imobilizadora e paralisante.

Quanto ao item referente à procedência geográfica, verificou-se que a decorrência dos pacientes se deu mediante o sistema vigente na cidade, qual seja, a setorização. De acordo com as políticas públicas de saúde regidas mediante normas do Sistema Único de Saúde (SUS), a cidade é dividida em setores e a população busca os serviços mais próximos de sua moradia.

Nesta perspectiva, foram encontrados os seguintes resultados: 28% são da região Leste que compreende a região em que a Clínica de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia é responsável por dar suporte psicológico. Nota-se também que houve a presença de pacientes de outras várias regiões da cidade de Uberlândia, sendo: 19% do Setor Oeste, 16% do Setor Centro, 15% do Setor Norte, 13% do Setor Sul e ainda 9% de pacientes advindos das cidades vizinhas.

Também foi feito o levantamento dos encaminhamentos que originaram os atendimentos. Constatamos que 31% dos casos são encaminhados pela Associação de Assistência à Criança Deficiente (AACD) e 22% dos casos pelo Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenis (CAPSi). Considerando que a Clínica de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia atende também como um serviço ambulatorial e inserido no Sistema Único de Saúde (SUS), este trabalho realizado no estágio com crianças de 0 a 4 anos se tornou referência na cidade de Uberlândia.

É necessário explicar que com o movimento da reforma psiquiátrica no Brasil há mais de duas décadas e com a criação da Portaria 336/2002 onde foram geradas condições de financiamento para a construção de uma rede de Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenis (CAPSi) o campo de saúde mental vem sofrendo significativas transformações, num processo ininterrupto de construção de novas experiências, redimensionamento do ato clínico e produção de conhecimento (COUTO, 2004).

Desta forma, essa política pública na infância vem responder a uma dívida histórica do campo da saúde mental, qual seja responsabilizar-se pelo cuidado e tratamento de crianças e adolescentes portadores de transtornos mentais graves, “enredados numa existência atormentada, sob o risco permanente de rompimento de seus laços sociais, ou mesmo, já fora deles, como o caso dos autistas” (Ibid idem, 2004).

Assim, os supervisores buscam trabalhar em rede com estas instituições e com outros profissionais de acordo com as políticas públicas atuais. Desta forma, como se encontrou nos resultados da pesquisa, fez-se uma parceria com o Centro de Atenção Psicossocial (CAPSi) da Infância e da Adolescência da Secretaria Municipal de Saúde, através das trocas de encaminhamentos assim como a Associação de Assistência à Criança Deficiente (AACD).

Quanto ao item “com quem a criança reside” há predomínio de 53% das crianças residindo com ambos os pais, embora haja uma variedade entre mãe e avós maternos (13%), mãe (8%), avós (4%), pai (1%), familiares (1%), pai e avós paternos (1%), pais adotivos (1%). Um estudo realizado também na Clínica de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, mostra que aproximadamente 85% da clientela atendida mora com seus pais (MELO; PERFEITO, 2006).

Em relação aos acompanhantes dos pacientes nas sessões de psicoterapia, há o predomínio de “mães e criança” com 38% e “pais e criança” com 34%. Vale ressaltar que no modelo de atendimento conjunto pais-crianças proposto pelo estágio, além da criança, faz-se necessária a presença dos pais ou alguém da família que se responsabilize pelo cuidado dela, porque, o atendimento tem como enfoque trabalhar a relação familiar.

E um fato novo que se evidencia é a presença dos pais participando dos atendimentos, não delegando somente à mãe os cuidados para com o filho. Isso pode acontecer devido às influências do regime econômico vigente, ao capitalismo e seus desdobramentos, à globalização (LINO, 2009). Tais aspectos fizeram a mulher sair de casa para trabalhar, fazendo com que o pai também tivesse suas responsabilidades, estando mais presentes com o filho.

É necessário citar que se encontrou um índice de 11% de pais, crianças e irmãos presentes no atendimento psicoterápico. Se for somado aos outros índices já mencionados anteriormente tem-se o valor de 83% constituindo um número significativo da presença parental nos atendimentos, configurando assim, a família nuclear.

Ainda que vigore mais a presença materna nos atendimentos, o pai comparece esporadicamente, e quando assume efetivamente sem a presença da mãe, acontecendo isto em 2 casos. Apesar de não se configurar como um dado expressivo é importante citá-lo por caracterizar uma pequena mudança.

Quanto à resolutividade do atendimento é importante dizer que o abandono da psicoterapia é relativo às situações de interrupção do processo terapêutico associadas a aspectos como características do paciente, do terapeuta, da técnica, do *setting* de trabalho e das práticas institucionais. Deve-se considerar ainda características sociodemográficas como idade, nível socioeconômico, características clínicas do paciente como fatores da personalidade, sentimen-

tos de melhora, resistência à terapia, não-implicação no tratamento, entre outros (CUNHA; BENETTI, 2008).

Sobre os abandonos sem justificativa, constatou-se um índice alto de 32%. Nestes casos evidenciou-se que a demanda para o atendimento, muitas vezes, não era da família e sim da instituição ou do profissional que encaminhava o paciente. Além disso, não havia um comprometimento de vir regularmente aos atendimentos, assim estes eram intercalados por muitas faltas, com duração curta, o que não permitia a continuidade da psicoterapia.

Ainda o próprio modelo de atendimento exige a implicação dos pais no mesmo, haja vista que é a família toda que participa das sessões e não apenas a criança, sendo que, por vezes, não há vontade de participar. Neste sentido, este modelo segue o fluxo contrário do imediatismo e da rapidez, em que não há receita mágica ou tratamento sem dor. Busca-se o desejo, a reflexão sobre seus problemas que são percebidos no sintoma apresentado pela criança.

Existem estudos que partilham da mesma concepção em relação ao abandono da psicoterapia na clínica-escola, entre eles Lhullier (2002 apud CUNHA; BENETTI, 2008) que comenta seu estudo sobre este assunto, ressaltando ter encontrado entre as crianças da amostra um valor de 51,8% referente aos abandonos de tratamento. Este dado combina com os das pesquisas de Luk e cols.(2001), Louzada (2003) e Silvares (2006 apud CUNHA; BENETTI, 2008).

Outro aspecto a ser ressaltado é que pacientes como crianças que dependem de responsáveis para levá-los ao tratamento psicoterápico possuem menor aderência a este (CUNHA; BENETTI, 2008). Considerando ainda que no modelo de atendimento conjunto, além de levar as crianças, faz-se necessária a presença dos responsáveis na sessão, em muitos casos, estes por não conseguir lidar com a angústia e a dor que perpassam o atendimento, acabam abandonando sem justificativa alguma.

Sobre esta evitação da dor, pode-se relacioná-la com o narcisismo e com a diminuição do espaço oferecido para a interação com a alteridade (FORTES, 2004). Isto faz com que haja um estranhamento à estabilidade narcísica do eu, já que as intensidades e diferenças mostram-se provocando dor na relação com o outro, o que é contrário ao hedonismo atual da sociedade.

E a contemporaneidade na qual nos encontramos é “uma era de incertezas que mudou a relação do sujeito com as garantias relacionadas a seu futuro, o que conduz à sensação de vazio e desproteção, à descrença na política, à fragilidade dos laços sociais e ao enfraquecimento da figura da alteridade nas nossas vidas” (Ibid idem, 2004, p. 70)

Sobre os abandonos com justificativa, tem-se que 23% destes são devido à dificuldades de ir para o atendimento seja por problemas financeiros e de distância ou mesmo por mudança de cidade. Ainda se pode considerar a procura de outro serviço na busca de soluções e respostas rápida, dentre outros aspectos.

A partir dos dados sobre a resolução do atendimento, chamou nossa atenção a alta porcentagem de abandonos com ou sem justificativa (55%). Então, refletindo melhor o que este dado está evidenciando e consultando as fichas catalogadoras e referencial teórico de Cunha e Benetti (2008), surgiu uma nova reformulação para conceituar “o abandono”, sendo possível quatro classificações: abandono; abandono com justificativa; interrupção com justificativa e interrupção sem justificativa.

Configura-se “abandono” quando não há um início de um trabalho, não há estabelecimento de um campo transferencial. Mediante discussões geradas pela equipe de pesquisa, observou-se que o vínculo transferencial surgia após quinze sessões, perfazendo assim, três meses de psicoterapia conjunta pais-criança. Desta forma, foram incluídos nesta categoria os casos que se encerraram com até três meses de duração pela deserção do paciente, tendo um índice de 16.41%.

Já a categoria “Abandono com justificativa”, com índice de 10,45%, é caracterizada quando a duração do atendimento foi menor que três meses, mas houve uma justificativa para o cancelamento deste tal como procura de outro serviço ou mudança de cidade.

A “Interrupção” pressupõe um trabalho iniciado para poder ser interrompido, assim caracteriza-se esta categoria quando a partir de três meses, tempo possível para que haja um vínculo psicoterapêutico entre o psicólogo e família, há uma interrupção por parte da família, sem o conhecimento prévio deste. Esta pode ser: “Interrupção com justificativa”, quando há algum motivo para tal interrupção, havendo um índice de 11.9% ou “Interrupção sem justificativa”, quando um trabalho foi realizado, porém os pacientes interromperam o atendimento sem justificar com um total 13.43% dos casos.

Inferese que esta nova reformulação permite avaliar que, muitas vezes, a família já não está suportando o modelo de atendimento proposto - que lida com a dor e sofrimento - e, por isso, resolve parar com o tratamento. Além disso, esses dados podem mostrar certa dificuldade do psicoterapeuta em encerrar o atendimento, pois este não consegue perceber os sinais de exaustão que a família se encontra. Ainda se tem que considerar também a dificuldade de lidar com a dor e o sofrimento neste modo de atendimento.

Antes de mencionar sobre a resolução do atendimento, é necessário citar que o processo de alta acontece quando o psicoterapeuta e o paciente ou responsáveis concordam em en-

cerrar o tratamento, independente de quantas sessões foram realizadas (CUNHA; BENETTI, 2008). Sendo assim, teve-se um índice de 18% para “alta com encaminhamento” enquanto que para a categoria “alta” resultou um percentil de 16 da amostra, evidenciando uma melhora significativa destes sujeitos e da sua estrutura familiar, chegando à efetividade na resolução do problema que se apresentava em alguns casos e, dessa forma, percebe-se a relevância deste serviço.

Outros aspectos percebidos em relação ao processo de alta neste modelo de atendimento conjunto é que há um reposicionamento dos membros da família durante o processo psicoterápico, ocorrendo mobilidade das posições parentais e do sintoma depositado inicialmente só na criança, pois esta que demanda algo. A criança não é tida como frágil, impotente e incapaz, “sua condição é de sujeito capaz, com potência para ouvir e se posicionar. Contudo, este olhar para a criança demarca um posicionamento extremamente importante para a configuração desta técnica” (PARAVIDINI; CHAVES; PERFEITO, 2008), e também das mudanças ocorridas durante o processo psicoterápico. Assim, há melhoras nas interações de todo o grupo familiar, uma nova concepção do sintoma e da criança em sua subjetividade.

Em relação aos 34% de alta que acontece no serviço, entende-se este como um número considerável, já que o processo de alta vem da mudança de posição da criança em relação à família e vice-versa, buscando uma melhora na condição psíquica do sujeito. Apesar de alguns estudos indicarem que a taxa de alta em psicoterapia é mais freqüente quando o encaminhamento vem da família (SILVARES, 1993 apud CUNHA; BENETTI, 2008), neste presente estudo tem-se o dado de que a maior parte das altas foram dadas a encaminhamentos vindos de alguma instituição pela qual a criança já fez algum trabalho e, posteriormente, a família é aconselhada a procurar a clínica.

Sobre a “duração do atendimento”, verifica-se que esta ocorre com um tempo médio de 11 meses, já que este dado representa 52,23% dos casos atendidos, considerado um período de tempo razoável para intervenção psicoterapêutica efetiva e para o atendimento em um serviço público. Foram considerados como atendimentos os casos que tiveram duração igual ou superior a três meses quando se é possível realizar algum trabalho com intervenção significativa com estabelecimento de vínculo transferencial.

Outro fator importante verificado durante este estudo epidemiológico foi o quesito queixa, no qual se verificou que estas possuem uma alta variedade como atrasos cognitivos e motores; problemas fisiológicos como crises convulsivas, paralisia cerebral; físicos/somáticos como encoprese, enurese, refluxo; comportamental como agitação, agressividade; emocional afetivo como nervosismo, ansiedade, distúrbio do sono; escolares; relacional como falta de

interação, dificuldade de relacionamento e ainda outros como sintomas autísticos. Desta forma, é possível notar que os pacientes apresentam variados quadros clínicos.

Com a evolução da pesquisa chegou-se à parte da impressão diagnóstica, a qual foi construída a partir da leitura e discussão de cada caso considerando o conteúdo dos relatos de sessão, as anotações do caderno da supervisora responsável e a Ficha de Acompanhamento do Desenvolvimento Infantil. Esta foi desenvolvida para investigar a viabilização de dispositivos técnicos que permitam a execução do processo de identificação e diagnóstico precoces de sinais de risco de autismo infantil em crianças abaixo de três anos de idade diante da demanda de crianças com traços autísticos (PARAVIDINI, 2002). Com os dados obtidos do instrumento, foi feita uma análise qualitativa, envolvendo a dinâmica familiar, posição da criança na família, a posição dos pais em relação à criança e o sintoma que se apresenta.

Além disso, buscou-se compreender onde cada caso poderia se situar na CID-10 (OMS, 1993) para que fosse possível uma padronização, como sendo língua comum para a classificação dos transtornos aqui referidos entre a população científica, o que permite uma articulação e comparação com outros estudos.

No levantamento estatístico das impressões diagnósticas desta pesquisa foi possível perceber a complexidade do olhar lançado aos casos atendidos. Para que fosse possível ser fiel ao modelo de atendimento clínico e, portanto, ao embasamento teórico tanto da pesquisa quanto do formato de atendimento, ao mesmo tempo em que cumprisse o objetivo de encontrar classificações na CID-10 que contemplassem as impressões diagnósticas da psicodinâmica dos casos, foram necessárias, ainda de acordo essa ferramenta, cinco linhas de classificação:

- \* Transtornos orgânicos;
- \* Transtornos do desenvolvimento psicológico;
- \* Outros Transtornos mentais e comportamentais;
- \* Fatores influenciando o estado de saúde (perturbações nas relações familiares);
- \* Segunda classificação de Fatores influenciando o estado de saúde (perturbações nas relações familiares).

Neste sentido um mesmo sujeito pode ter uma classificação ou mais destas mencionadas logo acima.

**Tabela 1.** Impressão diagnóstica de pacientes classificados com transtornos do desenvolvimento psicológico (F80-F89)

<b>Impressão diagnóstica</b>	<b>Freq. (n)</b>
F80.0	1
F84.0	5
F84.1	4
F84.2	1
F84.9	13
<b>Total</b>	<b>23</b>

Fonte: Prontuários dos pacientes atendidos no estágio no período de 2002 a 2008.

Esta tabela nos mostra que 23 sujeitos da clientela atendida pelo estágio de 2002 a 2008, isto é, 34,32% do total de 67 sujeitos da pesquisa, apresentam diagnóstico nesta classe. Destes 23 sujeitos classificados acima, 10 deles, isto é, 43,47%, apresentam uma segunda classificação diagnosticada em F, dentre as impressões diagnósticas apresentadas na Tabela 2 (CID-10). Estes dados apresentam a prevalência de sujeitos com variadas formas de autismo associadas ou não a outras doenças.

Vale ressaltar que dos sujeitos classificados com F84.9, autismo atípico (TID-SOE), sete correspondem ao que denominamos por Estados Paradoxais, o qual está dentro das condições psicopatológicas como formação clínica possível na constituição do sujeito, não como patologia, mas se aproxima das patologias contemporâneas do vazio ou do excesso (PARAVIDINI, 2006). É necessário considerar que a contemporaneidade tem influenciado as novas formações psíquicas.

Nos Estados Paradoxais os sujeitos apresentam formações sintomáticas que se parecem “aos aspectos psicóticos desintegrados e às formações sintomáticas neuróticas, quando estas adquirem uma consistência de mensagem, como também sintomas de isolamento, aparente ausentificação, de ‘contatos estáticos’ ou autísticos” (PARAVIDINI, 2006, p. 25). Sujeitos que tem um comprometimento na articulação com o outro, na linguagem e estereotípias e, além disso, apresentam o alheamento como barreira.

Na tabela a seguir os pacientes foram classificados em outros transtornos mentais e comportamentais, lembrando que podem ter sido classificados anteriormente em F80-F89.

**Tabela 2.** Impressão diagnóstica de pacientes classificados em outros transtornos mentais e comportamentais sendo que os sujeitos podem ter sido classificados anteriormente em F80-F89

<b>Impressão Diagnóstica</b>	<b>Freq. (n)</b>
F51.4	2
F51.9	1
F63.3	3
F70	1
F71	7
F79	3
F90.0	2
F92.0	1
F93.0	2
F93.2	1
F94.0	1
F98.1	1
F98.2	1
F98.8	1
<b>Total</b>	<b>27</b>

Fonte: Prontuários dos pacientes atendidos no estágio no período de 2002 a 2008.

Como se pode ver, 25,93% do total de 27 sujeitos da tabela acima têm classificação em F71 (CID-10), a qual é relativa ao retardo mental moderado, o que mostra uma ampliação do atendimento quanto à demanda. A Psicanálise faz considerações importantes sobre o trabalho psicoterápico com crianças com retardo mental, colocando que mesmo com essas dificuldades provenientes do transtorno, há formas de estar com o Outro.

Nem todos dão tão nitidamente a chave da sua debilidade. Mas todos eles indicam, de modo mais ou menos confuso, a sua maneira de se situar diante do Outro. É raro que eles se oponham a este Outro: procuram de preferência se moldar no seu desejo. Todo confronto é recusado, e a provação de castração é a pedra na qual tropeçam todos os débeis. Esta provação, o débil vive-a na sua realidade corporal, porque é um sujeito diminuído, mas não pode vivê-la no nível do simbólico. Com efeito, não pode dar testemunho dela e menos ainda, a partir daí, lançar um apelo ao Outro. (MANNONI, 1995, p. 101)

Então, a partir desta citação, pode-se ver a importância de trabalhar a relação da família com a criança no modelo de atendimento conjunto, pois se o Outro presta atenção aos sinais que a criança emite, pode-se criar condições para que ela se torne um ser desejante.

Na terceira tabela tem-se os dados dos sujeitos com transtornos orgânicos e do sistema nervoso como se pode observar.

**Tabela 3.** Impressão diagnóstica de pacientes classificados em Transtornos orgânicos e do sistema nervoso

<b>Impressão Diagnóstica</b>	<b>Freq. (n)</b>
G40	1
G40.4	2
G80	4
G80.2	1
G91	1
G93.4	1
P21.9	3
R63.4	1
<b>Total</b>	<b>14</b>

Fonte: Prontuários dos pacientes atendidos no estágio no período de 2002 a 2008.

O que fica evidenciado nesta Tabela 3 é que dos 67 sujeitos da pesquisa, 14 deles, isto é, 20,89% apresentam uma classificação orgânica, sendo que estes podem apresentar outras impressões diagnosticadas em F ou Z (CID-10). R e G são diagnósticos de graves comprometimentos físicos e síndromes orgânicas, o que também não impediu que estas crianças fossem atendidas no serviço em questão.

Mais uma vez, é importante frisar a relevância do tratamento psicoterápico psicanalítico para contribuir com o desenvolvimento da relação pais-criança.

O real da insuficiência da criança atualizada para a mãe a própria castração, privilegiando que a criança seja reencontrada na posição de insuficiente, determinada pela mãe (mesmo sem saber) através do próprio esvaziamento simbólico, que não opera recobrindo o real. O que a mãe pode saber de seu filho limita-se ao real imposto pelo déficit orgânico (MAESSO, 1999, p. 148).

Isso quer dizer que a mãe pode exercer a função materna, ou seja, fazer a aposta de algo que virá a ser, “interpretar os grunhidos de um bebê, supondo ali uma fala, uma palavra, a partir das falas ainda incompreensíveis e pré-verbais, estabelecendo assim uma condição comunicante, ao supor no bebê a possibilidade de um ser falante e que compreende” (PERFEITO, 2007, p. 38-39). Assim, o bebê pode se tornar um ser desejante a partir do Outro, ainda que tenha suas limitações orgânicas.

As Tabelas 4 e 5 ressaltam as perturbações nas relações familiares, sendo estas fatores que influenciam o estado de saúde da criança como se pode ver a seguir.

**Tabela 4.** Impressão diagnóstica de pacientes classificados em Fatores influenciando o estado de saúde da criança (perturbações nas relações familiares)

<b>Impressão tíca</b>	<b>Diagnós- tica</b>	<b>Freq. (n)</b>
Z61.0		2
Z61.8		1
Z62.0		3
Z62.1		1
Z62.2		1
Z62.5		2
Z63		4
Z63.2		16
Z63.4		1
Z63.7		2
Z63.8		4
<b>Total</b>		<b>37</b>

Fonte: Prontuários dos pacientes atendidos no estágio no período de 2002 a 2008.

Como é possível observar, dos 67 sujeitos da pesquisa, 37 apresentam classificação em Z, totalizando 55,22%, sendo que estes sujeitos podem ou não ter outros diagnósticos em F, G, P ou R (CID-10).

**Tabela 5.** Impressão diagnóstica de pacientes classificados em Fatores influenciando o estado de saúde da criança (perturbações nas relações familiares). Segunda classificação em Z.

<b>Impressão ca</b>	<b>Diagnósti- ca</b>	<b>Freq. (n)</b>
Z61.1		1
Z62.2		2
Z63.2		2
Z63.7		2

Z63.8	3
Z64	1
<b>Total</b>	<b>11</b>

Fonte: Prontuários dos pacientes atendidos no estágio no período de 2002 a 2008.

Dos 37 sujeitos apresentados na Tabela 4, 11 deles, isto é, 29,72%, estão classificados em uma segunda impressão diagnóstica em Z, além da primeira. Outro dado peculiar encontrado foi que 13 sujeitos, ou seja, 19,40% apresentam diagnóstico apenas em Z, caracterizando perturbações familiares no cerne da questão que demanda atendimento psicológico.

Outro fato marcante observado no trabalho conjunto é que a função materna e também paterna é sustentada pela instituição o que tem gerado um automatismo por parte dos pais que buscam receitas prontas para cuidar das crianças sem que haja um investimento afetivo na criança. Pode-se, então, relacionar estas perturbações familiares às funções parentais que são agentes de mobilização dos investimentos afetivos e a condição para inserção da criança na ordem simbólica, entretanto estas funções se mostram, em alguns casos, insuficientes (PERFEITO, 2007).

“A criança cultural ou mítica das representações coletivas está sendo progressivamente modificada, tornou-se preciosa e tem que ser perfeita e cada vez mais rapidamente autônoma, ameaçando o que poderia ser chamado de ‘um direito à infância’” (GOLSE, 2004 apud PERFEITO, 2007, p. 77). A construção das funções parentais no sentido de aprendizado por meio de uma vivência parece ter se perdido, já que os pais, sem perder tempo, tem que adquirir um saber racional antecipado. Isso faz com que o próprio saber da função parental, no qual estaria implicado o desejo, a palavra, a dor, tem seu espaço reduzido nas relações parentais (PERFEITO, 2007).

Existe um dado significativo de 43,24% de 37 sujeitos relativos à impressão diagnóstica Z 63.2 (CID-10), sendo este o suporte familiar inadequado. A visão de trabalho proposta na pesquisa transparece aqui, pois prima a intervenção nas relações primordiais. Quando se classifica em mais de um diagnóstico Z o mesmo sujeito, significa que apenas um não comporta a psicodinâmica familiar altamente complexa na contemporaneidade. O uso de dois diagnósticos corresponde a uma tentativa de aproximação dos transtornos do complexo familiar, aproximando-os assim da visão teórica de família adotada por esse modelo de atendimento.

Pensando nas novas configurações parentais, houve casos em que a classificação em Z não contemplava a psicodinâmica familiar e, por isso, poderia se pensar uma nova proposição

em Z que seria “Comprometimento das Funções Parentais”, na qual a falha na função paterna e/ou materna tem sido um fator gerador da formação sintomática na criança de um ensimesmamento, retraimento, alheamento, isolamento. E frente à negligência dos pais, as crianças têm manifestado comportamentos de agressividade, agitação e ainda se pode citar os sintomas psicossomáticos gerados pela relação mãe-bebê ou pais-bebê.

As classificações relacionadas à impressão diagnóstica que foram construídas e sistematizadas pela pesquisa não são fechamentos de estruturas ou patologias, mas sim a busca de caracterização minimamente do diagnóstico situacional destas crianças e famílias no momento em que buscam o tratamento, fazendo uso da CID-10. Dessa forma, é possível que haja uma compreensão maior dos leitores em relação à população atendida no estágio “Intervenções Psicoprofiláticas em Saúde Mental Infantil”.

## CONCLUSÃO

Essa pesquisa apontou questões importantes diante da riqueza de seus dados. E uma delas é a constatação da prevalência de meninos no atendimento infantil, o que confirma dados epidemiológicos encontrados em outras pesquisas em que há uma prevalência do sexo masculino na população clínica infantil que procura os serviços de saúde mental.

Outra questão a ser ressaltada é em relação aos encaminhamentos das instituições, pois as crianças foram encaminhadas dentro da lógica do imediatismo, sem que pudesse haver uma espera para que elas se adaptassem à instituição e suas atividades propostas. Desta maneira, infere-se que talvez seja necessário maior contato entre as partes que trabalham com a criança para que haja discussão dos casos para enriquecimento dos mesmos com caráter de trabalho e parceria conjuntos.

Uma dificuldade encontrada foi na elaboração de uma classificação que contemplasse a visão de sujeito único, afetivo, orgânico, psíquico e cognitivo e, diante disto, foi elaborado o que pode se denominar impressão diagnóstica em que um mesmo sujeito pode ou não ter uma ou mais de uma classificação em F, G, R, e Z. Esta múltipla classificação não é um fechamento de uma estrutura, mas uma hipótese diagnóstica para entender a psicodinâmica do sujeito e de sua família. Desta forma, a impressão diagnóstica considera a plasticidade psíquica e a precocidade subjetiva, o que a partir de um trabalho que se inicia o mais cedo possível, possibilita intervenções nas relações primordiais, com a aposta no sujeito desejante, podendo assim mudar todo um quadro patológico e cristalizado. Faz-se uma classificação para fim de comu-

nicação e exposição para dar um sentido e pensar estes significantes (dados) próprios do sujeito.

A presença de pacientes com os mais variados quadros sindrômicos, tanto do comprometimento físico e orgânico se torna diagnóstico secundário, haja vista que estes fatores não excluem estes sujeitos humanos do atendimento. Neste trabalho valorizam-se as questões emocionais e relacionais do sujeito com sua família considerando as especificidades de cada caso. E assim, o atendimento é feito a pacientes com sofrimento psíquico agudo ou grave independente das condições orgânicas.

Nesta perspectiva, houve uma ampliação do atendimento à demanda de 2002 a 2008, já que sujeitos com as mais diversas características foram sendo recebidos no serviço pelos encaminhamentos de casos vindos das instituições, nos quais os pacientes apresentam algum comprometimento físico e ou cognitivos, e pela própria construção da prática clínica dentro do serviço. Após o atendimento de uma criança (3 anos), com problemas neurológicos, cognitivos (retardo), emocionais, pôde-se realizar um trabalho com grande avanço no desenvolvimento da criança e na sua relação com a família. Isto foi possível devido ao envolvimento dos psicoterapeutas e da aposta e investimento no trabalho psicoterapêutico ainda que diante de um caso com comprometimento orgânico grave.

Outro fato a ser destacado é que a demanda para o atendimento de crianças na primeiríssima infância aumentou e tem aumentado muito pela gravidade dos sintomas já nesta idade. Além disso, a visão dos profissionais em relação ao diagnóstico precoce e a intervenção faz com que estas crianças cheguem para o atendimento psicoterapêutico nos primeiros anos de vida, como foi verificado nesta pesquisa. E uma constatação no próprio grupo de estágio é que este serviço, ambulatorial e público, precisa ser ampliado para além de um estágio, já que é o único que atende crianças nesta idade com transtornos psíquicos agudos e graves.

Foi também constatado na pesquisa que a maioria das crianças reside com seus pais e evidencia um modelo de família tradicional com presença de pai e mãe morando juntos e criando filhos, ou seja, há uma família nuclear. No entanto, a presença de pai e mãe não é o bastante para o bom desenvolvimento da criança, é imprescindível que estes exerçam a função paterna e materna, segundo a teoria psicanalítica. Estas funções que dão suporte para a constituição do sujeito não necessariamente precisam ser exercidas pelos pais somente, mas por outros agentes cuidadores como, por exemplo, avós e tios.

Esta precariedade nas funções paterna e materna foi revelada pela impressão diagnóstica de acordo com a classificação em Z, isto é, há um suporte familiar inadequado. Um dado significativo dos resultados nas classificações dos transtornos é que 13 pacientes não têm ne-

nhum outro diagnóstico que não seja em Z, ainda que esta família tenha todos os membros morando em uma mesma casa, ou seja, mesmo com presença de pai e mãe, as crianças vêm apresentando formações sintomática provindas das perturbações nas relações familiares. Isso também justifica a proposta de atendimento conjunto pais-crianças que vai ao encontro favorável com esta problemática atual. Houve outra pesquisa realizada na mesma instituição, (MELO E PERFEITO, 2006) na qual as autoras verificaram uma alta classificação em relação a problemas com suporte familiar e ambiental revelando a precariedade e fragilidade das funções paterna e materna na constituição psíquica do sujeito. É o sintoma da criança que vem como forma de denúncia das relações adoecidas dos pais.

Esta pesquisa de forma geral constituiu um momento muito rico para os pesquisadores, afinal foi possível conhecer e aprofundar nas memórias dos casos, o que proporcionou momentos de grande aprendizado da atuação clínica em saúde mental infantil e particularmente do modelo de atendimento conjunto pais-crianças. Foi possível também a aproximação da teoria à prática e uma ampliação acerca da perspectiva da criança como um sujeito ativo, inserido e implicado na sua própria história. Perspectiva esta que é potencializada pelo saber psicanalítico que advém de um fazer clínico, o qual se constitui como uma produção discursiva, num círculo dialético, o fazer modificando o pensar e produzindo um novo saber.

Ainda, o método psicanalítico, se fazendo operar quando deparado com dados brutos, tais como os desta pesquisa, acaba por expandi-los em questionamentos, novas compreensões e interpretações que não se reduzem à mera classificação diagnóstica. Entendemos, portanto, que ao se operar, o pensar psicanalítico produz conhecimento e simultaneamente abrange a complexidade da existência humana.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARBOSA, D. C. Da concepção ao nascimento, a razão da intervenção precoce. **Estilos da Clínica**, v. 12, n. 23, p. 68-77, 2007.

COUTO, M. C. V. Por uma política pública de saúde mental para crianças e adolescentes. In: Ferreira, T. **A criança e a Saúde Mental - enlaces entre a clínica e a política**. Belo Horizonte: FUMEC, p. 61-72, 2004.

CUNHA, T. R. S.; BENETTI, S. P. da C. **Abandono de atendimento psicológico por crianças em uma clínica-escola. São Leopoldo**. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade do Vale do Rio dos Sinos, 2008, 104 p.

DELFINI, P. S. S. et al. **Perfil dos usuários de um centro de atenção Psicossocial infanto-juvenil da grande São Paulo**. Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 226-236, 2009.

FLEITLICH, B. W.; GOODMAN, R. Epidemiologia. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 2-6, 2000.

FORTES, I. O sofrimento na cultura atual: hedonismo versus alteridade. In: PEIXOTO, C. A. (Org.). **Formas de subjetivação**. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, p. 69-93, 2004.

GUERRA, A. M. C. Tecendo a rede na assistência em Saúde Mental Infanto-Juvenil: interfaces entre a dimensão clínica e a dimensão política. In: \_\_\_\_\_. **A clínica de crianças com transtornos no desenvolvimento – uma contribuição no campo da Psicanálise e da Saúde Mental**. Belo Horizonte: FUMEC, 2003. p. 171-189.

KLIN, A. Autismo e síndrome de Asperger: uma visão geral. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 3-11, 2006.

LINO, M. V. A contemporaneidade e seu impacto nas relações familiares. **Revista IGT na Rede**. v. 6, n. 10, p. 2-13, 2009.

MAESSO, M. C. A criança especial na Psicanálise. **Revista Impulso**. v. 1, n. 26, p. 139-150, 1999.

MANNONI, M. **A criança retardada e a Mãe**. São Paulo: Martins Fontes, 1995.

MELO, S. A.; PERFEITO, H. C. C. S. Características da população infantil atendida em triagem no período de 2000 a 2002 numa clínica-escola. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 23, n. 3, p. 239-249, 2006.

MOTTA, S. P. P. Prevenção em saúde mental – por que não? In: \_\_\_\_\_. **O bebê e a modernidade: abordagens teórico-clínicas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002, p. 109-116.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Classificação de transtornos mentais e de comportamento de CID-10: descrições cínicas e diretrizes diagnósticas**. CAETANO, D. (trad.). Porto alegre: Artes Médicas, 1993.

PARAVIDINI, J. L. L. **A identificação e o diagnóstico precoces de sinais de risco e autismo infantil**. Campinas. Dissertação (Doutorado em Ciências Médicas) - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 2002, 304 p.

PARAVIDINI, J. L. L. **Desenvolvimento Emocional Infantil Precoce: Intervenções terapêuticas com crianças em risco de sofrimento psíquico grave**. São José do Rio Preto. Dissertação (Pós-Doutorado em Ciências Médicas) - Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, 2006. 66 p.

PARAVIDINI, J. L. L.; CHAVES, L. S.; PERFEITO, H. C. C. S. **Atendimento psicoterapêutico conjunto pais-crianças em serviço ambulatorial: uma reflexão teórica, técnica e metodológica**. Trabalho apresentado na XXXVIII Reunião Anual da Sociedade Brasileira de Psicologia, Uberlândia, 2008. Não publicado.

PERFEITO, H. C. C. S. **Os impasses nas funções parentais: da clínica psicanalítica do precoce às transformações sócio-histórico-culturais**. Uberlândia. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal de Uberlândia, 2007. 164 p.

REZENDE, A. M. **O paradoxo da Psicanálise: uma ciência pós-paradigmática**. São Paulo: Via Lettera Editora e Livraria, 2000.

TELLES, H. P. R. S. **Infância e Saúde Mental: teoria, clínica e recomendações para políticas públicas**. São Paulo. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade de São Paulo, 2006. 182 p.

## APÊNDICE A

Pesquisa epidemiológica e clínica dos pacientes atendidos no estágio  
 “Intervenções Psicoprofiláticas em saúde mental infantil”

## Ficha Catalogadora

Sujeito: \_\_

Data abertura:..... Idade:.....

Sexo: ( ) masculino ( ) feminino

Com quem reside: ( ) pais ( ) familiares ( ) pais adotivos ( ) avós ( ) outros  
 ( ) mãe em novo casamento ( ) pai em novo casamento ( ) mãe  
 ( ) pai ( ) mãe e avós maternos

Procedência residencial: (bairro, cidade):.....

Quem encaminhou? .....

Queixas:.....

Doenças orgânicas e psíquicas antecedentes (maternas): .....

.....

Nascimento: a termo ( ) ( ) prematuro ( ) pós-termo

Impressão diagnóstica: .....

.....

Duração do atendimento: .....

Membros da família que freqüentaram ao atendimento: .....

.....

Resolução do atendimento: ( ) alta  
 ( ) abandono com justificativa  
 ( ) abandono sem justificativa  
 ( ) novo encaminhamento (.....)

Obs.: