



Centro Universitário de Brasília – CEUB
Faculdade de Ciência da Educação e Saúde - FACES
Curso de Psicologia

WILLIAM MELLO DE OLIVEIRA

**O que meu filho tem? O Diagnóstico para Psicoterapeutas Humanistas na
Clínica Infanto-juvenil.**

BRASÍLIA

2023

WILLIAM MELLO DE OLIVEIRA

**O que tem o meu filho? O Diagnóstico para Psicoterapeutas Humanistas na
Clínica Infanto-juvenil.**

Monografia apresentada como requisito para
conclusão do Curso de Psicologia do Centro
Universitário de Brasília – CEUB.

Professora Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Jordana Calil
Lopes de Menezes de Oliveira

BRASÍLIA

2023

WILLIAM MELLO DE OLIVEIRA

**O que tem o meu filho? O Diagnóstico para Psicoterapeutas Humanistas na
Clínica Infanto-juvenil.**

Monografia apresentada como requisito para
conclusão do Curso de Psicologia do Centro
Universitário de Brasília – CEUB.

Professora Orientadora: Prof^a. Dr^a. Jordana Calil
Lopes de Menezes de Oliveira

Brasília, de 2023.

BANCA EXAMINADORA

Jordana Calil Lopes de Menezes Oliveira
(Presidente - Orientadora)

Natália Franco
(Parecerista)

Bárbara Naves dos Santos
(Convidado)

Dedicatória

Dedico este trabalho a todos que me auxiliaram de alguma forma a elaborá-lo. Minha gratidão e homenagem para os meus familiares mais próximos, minha mãe e meu pai, e uma dedicatória especial para minha última vovó em vida, eu a amo muito! Por fim, dedico esse trabalho a minha história, pois, durante a infância e adolescência, fui diagnosticado em TDAH, o que me motivou a ter um olhar mais atento e me despertou um interesse genuíno pelo processo psicodiagnóstico.

AGRADECIMENTOS

Impossível começar meus agradecimentos sem mencionar minha mãe, ela que, primeiro de tudo, pensou que a psicologia poderia ser um bom curso para eu seguir. Mal eu sabia que, anos depois, não conseguiria me imaginar realizando outra coisa. Como ela conseguiu ser tão certa? Essas coisas não se explicam, se resumem a magia materna. Como se não bastasse, foi ela quem me sustentou e me proveu de todo afeto necessário para passar por esses cinco anos da melhor forma possível.

Sou obrigado a mencionar minha honrosa tia Maércia, que sem dúvidas me ajudou para que conseguisse meu estágio no MPDFT. Todas suas aulas de português me geraram frutos que colho até hoje. Além disso, não poderia faltar sua ajuda para corrigir eventuais erros gramaticais que surgiram durante a produção deste trabalho.

Quero agradecer a meu pai também. Mesmo que no início não tenha demonstrado incentivo, e sim preocupação acerca da minha realização financeira, hoje ele é o grande fomentador das minhas mais desejadas realizações profissionais. Ademais, todo o amor que ele demonstra por mim foi de grande importância, e todo seu sucesso profissional me gera muita inspiração. Pude aprender muito com nossa relação, e ela foi essencial para minha evolução pessoal.

Vou deixar aqui o meu agradecimento a meu maninho, com ele consegui perceber o poder de laços verdadeiros, ele que eu admiro tanto, por ter suportado tanto tempo o conflito todo de nossos pais nas costas, quando eu não tinha recursos para lidar com isso. Cada vivência que tivemos foi e é muito importante para eu enxergar a vida de uma maneira mais holística, responsável e congruente. Dessa forma, desenvolvi uma perspectiva que com certeza fará diferença no profissional que serei.

Agradeço a todos os meus amigos e colegas que cruzaram minha jornada, cada um foi muito importante para passar esses anos de maneira mais leve e divertida. Agradeço especialmente minha querida amiga Bruna Amnes. Foram tantos resumos e conteúdos que você me passou, que qualquer agradecimento aqui seria insuficiente, então obrigado por ser tão parceira e querida.

Por fim, e a que mais merece, agradeço imensamente a minha professora, não poderia ter uma melhor orientadora. Com ela todo o trabalho andou de forma tranquila, como eu nem poderia imaginar. Sua organização e dedicação impecáveis me auxiliaram a produzir uma pesquisa da qual me orgulho, algo em que acredito e pretendo seguir durante minha carreira. Você nunca será esquecida, você é uma grande professora e ainda terá muito mais por vir!

RESUMO

Esse projeto resume-se a uma pesquisa qualitativa de método fenomenológico. Como objetivo principal, focou-se em compreender como os psicoterapeutas humanistas vivenciam a questão do diagnóstico infanto-juvenil na clínica. A metodologia utilizada foi o Método Fenomenológico de Investigação em Psicologia de Giorgi e Sousa, e o instrumento escolhido foi a entrevista fenomenológica. A pesquisa contou com a participação de três psicoterapeutas, cada um com uma das três abordagens da psicologia humanista, todos eles possuíam dez ou mais anos de atuação na clínica Infanto-Juvenil. A partir dos resultados obtidos e discutidos, foi possível perceber que a inversão de uma ordem médica, predominantemente focada no transtorno e na remissão de seus sintomas em detrimento da pessoa, é necessária para o início de todo processo psicoterapêutico. Foram apresentadas formas de manejo terapêutico em crianças e adolescentes, específicas e gerais, que passam pela promoção de um ambiente de acolhimento, liberdade, ludicidade e envolvimento. Foi identificada a importância da interdisciplinaridade no processo diagnóstico, tanto para sua realização, quanto para o seu tratamento. Destacou-se que o diagnóstico carrega intenções e subjetividades, portanto, há necessidade de um alerta para verificação do motivo e o principal interessado em sua elaboração. Conclui-se que existe o risco de o diagnóstico implicar repercussões sociais e pessoais negativas para crianças e adolescentes, além de possuir, muitas vezes, caráter determinista, o que pode resultar em efeito contrário ao da busca da saúde e, por isso, deve ser feito com cautela.

Palavras-chave: Psicoterapeutas humanistas; Diagnósticos; Crianças; Adolescentes.

ABSTRACT

This project is qualitative research using a phenomenological method. As a main objective, it focused on understanding how humanist psychotherapists experience the issue of child and teenager diagnosis in the clinic. The methodology used was the Phenomenological Method of Investigation in Psychology by Giorgi e Sousa, and the instrument chosen was the phenomenological interview. The research had the participation of three psychotherapists, each one with one of three humanistic psychology approaches, all of whom had ten or more years of experience in the children and teenager's clinic. From the results obtained and discussed, it was possible to perceive that the inversion of a medical order, predominantly focused on the disorder and the remission of its symptoms instead of focusing on the person, is necessary for the beginning of every psychotherapy. Specific and general forms of therapeutic management in children and teenagers were presented, which include the promotion of a welcoming environment, freedom, playfulness and involvement. It identified

the importance of interdisciplinarity in the diagnostic, both for its realization and for the treatment process. It is concluded that there is a risk of the diagnosis implying negative in the social and personal field for children and teenagers, in addition it is usual to have a deterministic character that can result in an opposite way to the pursuit of health and, therefore, should be done with caution.

Key-words: Humanist psychotherapists; Diagnosis ; Children; Teenagers; Clinic.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
DESENVOLVIMENTO	11
Concepção da Infância e da Adolescência	11
A história da psiquiatria e a psicoterapia infantojuvenil	12
A Psicopatologia na Infância e na Adolescência	14
Visão Humanista Infanto-juvenil	17
Psicopatologia dentro das abordagens humanistas	18
A clínica humanista com crianças e adolescentes	22
Método	25
Participantes	25
Procedimentos	26
Instrumentos	27
Análise das informações construídas	27
RESULTADOS E DISCUSSÃO	29
Categoria 1 - A inversão da ordem: a pessoa como centro	29
Categoria 2 - As formas de manejo clínico: ludicidade, liberdade, acolhimento e envolvimento	32
Categoria 3 - O diagnóstico como recurso interdisciplinar	35
Categoria 4 - A função do diagnóstico: para quê e para quem	37
CONSIDERAÇÕES FINAIS	38
REFERÊNCIAS	43

Introdução

Nos últimos 15 anos foi observado um aumento de 43% nos casos de TDAH, 37% em casos de depressão, além de 200% em casos de suicídio em crianças e adolescentes entre 10 a 14 anos (Marcos, 2019). Segundo Polanczyk (2021), 48% dos adultos com transtornos mentais tiveram seu diagnóstico antes dos 18 anos. Uma estimativa realizada em 2021, apontou que uma a cada 6 pessoas, de 10 a 19 anos, vivem com algum tipo de transtorno mental diagnosticado (UNICEF, 2021).

O diagnóstico de transtornos mentais em crianças e adolescentes é um desafio, uma vez que devem ser consideradas questões de desenvolvimento próprias da idade e variáveis contextuais (D'Abreu, 2012). Alguns comportamentos considerados normais em uma fase do desenvolvimento podem indicar alguma patologização em outra, como dificuldade em tolerar frustração, dificuldade de sustentar atenção, regulação de impulsos, entre outros (Papolos & Papolos, 2007). O que se pode notar é que muitos dos critérios adotados para o diagnóstico em crianças e adolescentes são derivados do modelo do que é patológico em adultos e não consideram todas as variáveis que envolvem o desenvolvimento infantil, bem como a interação da criança e do adolescente com o meio.

Percebe-se atualmente uma patologização da infância e da adolescência, em que se busca justificar dificuldades de aprendizagem e comportamentos, considerados atípicos, associando-as a um *déficit* de saúde em sua composição biológica. Nessa construção do que seria normal e patológico, os que fogem de padrões determinados por essas concepções são definidos como portadores de algum tipo de deficiência ou transtorno (Barbosa & Leite, 2020).

Com isso são buscadas formas de tratar o que é considerado uma patologia de etiologia orgânica, a partir de medicamentos. Entende-se por medicalização da vida a desconsideração de problemas psicossociais e institucionais, que são reduzidos a problemas de natureza puramente fisiológica. Para Danziato & De Souza (2016), medicalizar seria sinalizar ao indivíduo que há questões para além dele, como ser, que precisam ser modificadas e resolvidas.

Estariam, portanto, a infância e a adolescência sendo de alguma forma desprezadas por adultos e instituições? Suas histórias de vida estão sendo consideradas, ou eles estão sendo forçados a assumirem o comportamento que se espera deles? O que se percebe é que um grande número de crianças e adolescentes estão sendo medicalizadas e inseridas em tratamentos por diversas situações consideradas como doenças, transtornos e distúrbios de aprendizagem e/ou de comportamento (Taverna, 2011).

Não se pretende, nem de longe, mitificar todos os avanços científicos realizados para identificar os diversos transtornos até então denominados e a importância que esses diagnósticos podem ter na vida das pessoas. Entretanto, levantar essas questões promove uma reflexão necessária acerca das consequências o diagnóstico incorreto ou apressado pode acarretar, também, na vida daqueles que, equivocadamente, ou de forma forçada, podem acabar sendo taxados de pessoas com transtorno, título redutivo que justificaria comportamentos considerados limitados ou anormais (Corrêa, 2010).

Pouco se analisam as condições, as interpretações e as reações das próprias crianças e adolescentes diagnosticados e medicados, já que os resultados esperados são obtidos de forma rápida e fácil com as medicações indicadas. Com o uso da medicação, os mais novos ficam menos ativos, e os mais velhos mais focados, impondo, de certa forma, a condição que se espera que seja apresentada por eles (Corrêa, 2010).

É necessário tentar esclarecer o que pode ser definido como patologia na idade escolar, que abrange em sua totalidade o entendimento do desenvolvimento infantojuvenil e a história de vida dessas crianças e adolescentes. Para tanto, é preciso caminhar na contramão de um sistema de saúde que trata pessoas pelos seus sintomas e não pelas suas questões psicossociais.

Dentro de uma visão da psicologia humanista infantil, existe a possibilidade de a criança ganhar uma compreensão de si mesma que lhe permita se autocontrolar e se ajustar criativamente nas relações com o mundo (Axline, 1972). A Psicologia Humanista considera que a criança é capaz de descobrir-se como pessoa, reconhecer, interpretar o mundo e se ajustar ao seu contexto, algo que algumas vezes não é considerado no caso de prescrição de algum medicamento.

O presente trabalho pretende explorar mais a fundo todas essas questões, entrando mais concisamente no trabalho de psicoterapeutas da abordagem humanista frente a casos de diagnósticos infantojuvenil em clínica, visando a compreender como os psicoterapeutas humanistas vivenciam a questão do diagnóstico infantojuvenil na prática. Ademais, buscar-se-á: compreender a visão de psicopatologia na infância para os humanistas; analisar qual o papel dos psicoterapeutas humanistas para conscientização desse fenômeno; entender a forma de atuação dos terapeutas humanistas diante de casos de diagnóstico em crianças e adolescentes; investigar os diversos fatores envolvidos no processo de diagnóstico infantojuvenil; e investigar as repercussões do diagnóstico em crianças e adolescentes e em seu desenvolvimento e sistema social.

Desenvolvimento

Concepção da Infância e da Adolescência

A concepção da infância e da adolescência nem sempre existiu na história. Observaram-se várias teorias acerca do que definiria de fato o que é ser criança, adolescente e até adulto. O interesse em entender mais sobre a definição de crianças e adolescentes surgiu na época industrial, quando crianças foram proibidas de trabalhar. A distinção entre os conceitos de criança e de adulto despertou o olhar da adolescência como um outro do desenvolvimento humano (Salles, 2005).

O entendimento dos jovens como sujeito e a valorização deles, do modo com que eles devem ser educados, receber cuidados e atenção, tudo isso levantou, também, interesse de vários teóricos que buscaram entender as fases do desenvolvimento humano. Para Piaget (1976) e outros autores como Wallon (1995) e Vygotsky (1997), a criança passa dos estágios mais simples para os mais complexos, passando pela adolescência e chegando à idade adulta.

Áries (1981) abordou o surgimento do chamado “sentimento da infância”, que se baseia em uma alteração da configuração básica da família, que se volta para a proteção, cuidado e educação da criança, vistos como futuros trabalhadores (adultos). Com isso, é possível correlacionar a ideia de que o propósito do desenvolvimento é atingir a vida adulta. Esse pensamento produz uma hierarquização dos estágios da vida, traça-se o objetivo de ser adulto, pois só ele seria capaz de se realizar e contribuir com a sociedade (Salles, 2005). As condutas de jovens devem ser, portanto, superadas por eles, por meio do desenvolvimento da independência e do autocontrole. Ou seja, a falta desses atributos é o que caracterizaria as fases da infância e da adolescência.

Condições históricas, políticas e culturais diferentes produziram transformações na forma com que crianças e adolescentes se apresentam socialmente e também na sua interioridade. Existe atualmente uma comparação, no senso comum, entre as características observadas na infância e na adolescência. Ademais, é idealizado estratégias dos pais para cuidar de seus filhos, bem como idealiza-se uma organização do ambiente familiar e escolar para todas as crianças e adolescentes (Salles, 2005).

Isso pode corroborar o pensamento de que, ao exercer um papel cultural de superioridade, o adulto pode estar impondo para seus filhos condições patológicas, resultando que as mudanças de comportamento manifestadas pelas crianças e os adolescentes, influenciados pela própria mudança de geração ou pelo contexto ao qual estão inseridos, sejam vistos como anormais. O foco na superioridade da vida adulta influenciou inclusive a

psiquiatria. Segundo Dunzelot (1980), a psiquiatria infantil surge com a forma de uma pré-síntese e tentativa de correlação de todas as anomalias e patologias observadas em adultos, e não com a descoberta de uma psicopatologia especificamente da infância.

A história da psiquiatria e a psicoterapia infantojuvenil

A história da psiquiatria infantil é recente, sendo sua consolidação marcada pela primeira conferência de psiquiatria infantil, em 1937. Ainda assim, percebia-se, em seu início, uma preocupação com a forma de compreensão pela qual os anos da infância possuíam a capacidade de interferir na psicopatologia do adulto, em que os psiquiatras procuravam encontrar, na criança, as síndromes mentais descritas nos adultos. (Januário & Tafuri, 2009).

Para a evolução da história da psiquiatria infantil, destaca-se a história do menino Vitor, encontrado em um bosque ao sul da França. Vitor chamou a atenção de médicos e pesquisadores pelo fato de não se comunicar e não demonstrar sinais de civilização. Devido a esse comportamento, ele foi visto por médicos como deficiente e não educável. Entretanto, o jovem médico Jean-Marc Gaspard Itard defendeu a possibilidade de o mesmo ser educado e inserido na sociedade (Cordeiro & Antunes, 2020). Essa história foi relevante para a psiquiatria infantil, por ter sido o primeiro caso detalhado publicado, mas também por abordar as iniciativas terapêuticas e seus fracassos, e possibilitar a reflexão de quadros inerentes à psicopatologia infantil, como a psicose infantil, despertando conseqüentemente ainda mais interesse de cientistas da área da medicina e estimulando trabalhos com enfoque em “idiotia” (Abrão, 2020).

Apenas no final do século XIX, com a influência de dois médicos, Théodore Simon e Alfred Binet, foi desenvolvido um primeiro modelo classificatório, que era composto de três níveis de deficiência intelectual: idiotia, crianças incapazes de comunicar-se por intermédio da palavra; imbecil, crianças incapazes de comunicar-se por meio da escrita; e débil mental, crianças capazes de comunicar-se por meio da palavra e da escrita, mas que apresentavam atraso de mais de dois anos em seus estudos, sem que essa condição pudesse ser justificada pela falta de escolaridade. Segundo Binet, apenas as crianças no nível de débil mental poderiam ser contempladas por um tratamento (Grunspun, 1992).

Ao fim do século e começo do século XX, surge a tentativa de expansão dos conceitos e dos critérios de diagnóstico na infância além da idiotia, passando a ser considerada a demência. Ou seja, somente no final da década de 1930 em diante a psiquiatria infantil começou a ganhar identidade própria, deixando de ser apenas uma réplica de um modelo patológico adulto (Abrão, 2020). Com o passar do tempo houve registros de que Melaine

Klein descreveu um caso que foi diagnosticado como esquizofrenia e que hoje poderia ser identificado como autismo. Contudo, somente após publicações como a de Kanner, em 1943, e a de Asperger, em 1944, sobre observações de casos de crianças, foram definidos transtornos específicos (Autismo infantil e Síndrome de Asperger) (Petot, 1988).

A partir da década 1950, novas classificações psiquiátricas foram criadas, de modo a dar aos diagnósticos da psiquiatria infantil contornos específicos. Segundo Abrão (2020), pôde-se então observar o crescimento de duas vertentes da psiquiatria infantil: uma que foca em influências organicistas e biológicas; e outra classificatória, oriunda da psicanálise, com maior reconhecimento e representação. A divisão da psiquiatria da infância em duas vertentes fez com que houvesse produções de conhecimentos e práticas destinadas à atenção de crianças com certa distinção entre si. Observou-se uma tendência organicista, em que hipóteses de natureza genética prevaleceram, bem como uma visão terapêutica voltada para a utilização de fármacos, com as práticas psicoterapêuticas comportamentais em segundo plano. Por outro lado, houve uma tendência voltada para a importância dos fatores ambientais na origem das psicopatologias; seguindo essa linha, foram consideradas outras formas para o tratamento que não os psicofármacos, como a psicoterapia e outras intervenções ambientais.

A psicanálise, fundada em hipóteses que encontravam no ambiente social e familiar a origem do sofrimento psíquico na infância, teve, portanto, um papel deveras importante, não só no surgimento da psiquiatria infantojuvenil, como também na implementação de tratamentos psicoterapêuticos para esse público. Melanie Klein e Freud se destacaram como responsáveis pela divulgação dos primeiros casos de atendimento psicoterapêutico em crianças (Lima, 2010).

Hoje é possível perceber uma maior força da outra vertente acerca da psiquiatria, voltada para aspectos organicistas, a qual, muitas vezes, se utiliza dos fármacos como cruciais no processo de remissão e como principal forma de intervenção junto ao indivíduo. Essa vertente acaba, portanto, colocando as práticas psicoterapêuticas abaixo ou no mesmo plano de importância dos fármacos.

A Psicopatologia na Infância e na Adolescência

Distinguir o que é normal do que é patológico, principalmente em saúde mental, gera controvérsias. A patologia mental, em suma, se define por um distúrbio de comportamento em relação a uma norma estabelecida (Paoliello, 2000). Mas para se entender a psicopatologia, é preciso ter um olhar que vai além da unidade corpórea (Poisk et al., 2019).

A criação de classificações embasadas cientificamente que distingam o que pode ser

considerado um transtorno ou uma doença é vista com bons olhos pela ciência, uma vez que pode servir como guia e auxílio ao profissional para realizar um diagnóstico preciso e melhor encaminhar o tratamento (DSM-5, 2014).

Na saúde mental, os dois sistemas classificatórios mais divulgados são: *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*, da Associação Psiquiátrica Americana, atualmente na 5ª edição (DSM-5) (American Psychiatric Association [APA], 2014) e a *Classificação Internacional de Doenças*, da Organização Mundial da Saúde, cuja 11ª edição (CID 11) foi lançada online em 2018 (World Health Organization [WHO], 2018).

É necessária a identificação de pelo menos duas características que sejam apresentadas e descritas dentro dos critérios diagnósticos para indicar, no Manual de Transtornos Mentais, a possibilidade de pertencimento do indivíduo à classificação de transtorno. Críticas ao DSM-5 foram feitas no sentido de que este método seria pouco criterioso para o diagnóstico e, por isso, aumentaria o número de diagnósticos (Araújo & Neto, 2014).

É importante ressaltar que a utilização desses instrumentos deve ser realizada por pessoas com o nível de profissionalização necessária, assim como é preciso efetuar uma análise macro da situação do indivíduo a ser examinado para diferenciar critérios diagnósticos de variações comportamentais normais ou consequências transitórias do estresse (DSM-5, 2014). Ademais, deve ser feita, durante o critério de diagnóstico, visto tanto no CID quanto no DSM, uma avaliação dos impactos destes sintomas na produção de sofrimento e da incapacidade da pessoa (Goodman & Scott, 2005).

Cabe pontuar, ainda, a importância da interdisciplinaridade e da transdisciplinaridade no momento do diagnóstico, que podem permitir um processo diagnóstico e de tratamento mais completo e com menos limitações, haja vista que podem estar envolvidos nesse processo psiquiatras, psicólogos, neurologistas, entre outros profissionais, que possuem possibilidade de trabalho e observação onde as outras áreas encontram limitações.

Para Iribarry (2003), é preciso estabelecer as diferenças entre as noções de transdisciplinaridade e interdisciplinaridade. Uma equipe pode ser considerada transdisciplinar quando reúne profissionais de diferentes áreas, que colaboram entre si, incluindo conhecimentos científicos, sociais, culturais e espirituais, em uma abordagem holística e integrativa, sem a necessidade de uma coordenação centralizada. A transdisciplinaridade não deve ser vista como algo pronto e finalizado para uso como um modelo. É um desafio constante que toda a equipe esteja atenta a possíveis cristalizações e hierarquização de poder e saber.

A interdisciplinaridade consiste na troca de ideias entre profissionais de diferentes

áreas e é entendida como meio crucial para prevenir dificuldades e confusões no diagnóstico, bem como para tomar decisões assertivas sobre o melhor tratamento e acompanhamento de pacientes. Entretanto, uma interdisciplinaridade sem falhas requer, para ser atingida, interações mais aprofundadas entre os profissionais de saúde e/ou educação. Por meio dessas interações, é possível adquirir uma compreensão mais profunda do transtorno e desenvolver estratégias de intervenção que tenham como objetivo a recuperação integral da saúde do indivíduo em todos os aspectos (Carreiro et al., 2008). O conceito da transdisciplinaridade se apresenta de forma a completar essa falha encontrada na forma em que se é executada a interdisciplinaridade.

Portanto, é interessante que a tomada de decisão em um diagnóstico para o psicopatológico seja realizada a partir da visão transdisciplinar. Dessa forma, a decisão estará embasada por um conjunto de observações derivadas de todas as áreas envolvidas no trabalho em equipe, não apenas pelo que cada área acredita ser o melhor para o paciente, mas sim pelo que o próprio indivíduo demonstra ser urgente e necessário para o seu tratamento. Acredita-se que, para estabelecer uma direção de tratamento, é importante que as decisões sejam tomadas em um ambiente horizontal, no qual todos os profissionais contribuam compartilhando suas opiniões, sem que um conhecimento prevaleça sobre outro (Iribarry, 2003).

O DSM-5 excluiu o capítulo “Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou na Adolescência”, passando a fazer parte do capítulo “Transtornos do Neurodesenvolvimento” (Araújo & Neto, 2014). Contudo, há, ainda, um destaque de alguns transtornos mentais mais comuns à infância e à juventude.

Dentre os principais transtornos da infância e da adolescência, salienta-se o Transtorno de Déficit de Atenção (TDAH), definido pela constante presença, nos últimos seis meses ou mais, de desatenção e hiperatividade, que se mostra diferente do esperado para a fase do desenvolvimento em que a pessoa se encontra, acarretando significativo prejuízo funcional em mais de um ambiente (APA, 2014). Além disso, mencionam-se características de uma instabilidade emocional, o autoconceito negativo e hostilidade, com baixa tolerância à frustração e déficits cognitivos (Sadock et al., 2017). DSM-5 descreve que outro ponto importante do TDAH é que o seu quadro sintomático se modifica na passagem da infância para a adolescência, verificando-se uma tendência de a característica de hiperatividade se modificar para um quadro de nervosismo e impaciência (Poisk et al., 2019).

Transtornos Disruptivos, que se relacionam com o controle de impulsos e da conduta, também são muito observados e são propensos a se iniciarem durante a infância e a adolescência (APA, 2014). Segundo o DSM-5, eles são caracterizados pela manifestação, nos

últimos doze meses, de violação de regras e normas, com a existência de um humor irritável e raivoso, manifestado em vários ambientes. Acrescenta-se que essa condição desencadeia sofrimento para o indivíduo e para pessoas próximas, havendo prejuízo no desempenho acadêmico, escolar, profissional e em relações interpessoais, o que pode gerar baixa autoestima e baixa tolerância à frustração (Poisk et al., 2019).

Dentro da psicopatologia, destacam-se as seguintes possibilidades: a continuidade homotípica psicopatológica, que consiste em transtornos cujos sintomas se manifestam mantendo-se de forma semelhante em diferentes idades; e a continuidade heterotípica, em que os padrões de sintomas podem mudar no decorrer da vida, seja com a ocorrência de diferentes transtornos, ou ainda com o mesmo transtorno se manifestando de diferentes maneiras ao longo do tempo. Existe ainda a possibilidade de remissão, em que se há uma diminuição perceptível dos sintomas durante o desenvolvimento do indivíduo (Silva, 2008).

Nota-se que tanto os transtornos disruptivos, quanto o TDAH, são transtornos que geralmente têm continuidade heterotípica ou mesmo remissão (Silva, 2008). Ou seja, possuem tendência de modificar ou diminuir seus sintomas durante a vida. Por outro lado, como verificado em pesquisa realizada por Kim Kohen et al. (2003), cerca de 82% a 100% dos adultos com 26 anos que apresentaram algum transtorno mental nos últimos doze meses possuíam histórico de diagnóstico durante seu desenvolvimento, embora não necessariamente o mesmo transtorno. Assim como apresentado por Costello et al. (2003) mostrou que 23% a 61% das crianças que apresentam algum diagnóstico psiquiátrico terão um novo diagnóstico de transtorno, embora não necessariamente o mesmo, em um acompanhamento seguinte.

Nota-se, também, uma estabilidade maior em relação ao transtorno, à medida que aumenta a idade dos indivíduos. Ou seja, os transtornos em adultos que foram diagnosticados na adolescência apresentam maior estabilidade do que os transtornos em adolescentes identificados na infância (Silva, 2008). O diagnóstico infantil pode então ser, ao mesmo tempo, incerto e altamente modificável com o tempo. Além disso, esse diagnóstico abre a possibilidade de criação de rótulos que podem provocar limitações internas no indivíduo e favorecer a identificação de outros transtornos mentais e comportamentais no decorrer de seu desenvolvimento, bem como causar uma confusão acerca de sua real condição de saúde.

Visão Humanista Infanto-juvenil

A abordagem humanista da psicologia surgiu nos Estados Unidos em um contexto de guerra. Nessa abordagem, são evidenciados os sentidos que os indivíduos atribuem à própria vida (Bezerra & Bezerra, 2012). O foco passa a ser o momento atual e em como o futuro e o

passado se fazem presentes nesse momento. O ser humano começa a ser compreendido como dotado de autonomia, de liberdade em suas decisões e de capacidade de percepção de seus sentimentos e pensamentos internos. Portanto, o terapeuta assume um papel de facilitador para uma ampliação da consciência de si mesmo (Cótica. et al., 2016).

Dentro da visão humanista, as crianças e os adolescentes são reconhecidos como pessoas em desenvolvimento e em constituição de sua identidade, possuem a capacidade de perceber suas potencialidades, suas relações com o mundo, seus sentimentos e suas necessidades próprias, embora comumente tenham dificuldade para nomeá-las. Para Rogers (1975), uma criança pequena possui alto grau de expressão do que está acontecendo e do que é percebido por ela. Entretanto, muitas vezes ela tem uma baixa capacidade de se expressar de maneira verbal.

A criança é vista como um ser que, em sua maioria, não sabe o motivo de ingressar em um atendimento psicológico, podendo ser portadora de demandas dos pais e não dela. Mas, concomitantemente, ela demonstra capacidade para se atualizar, construindo recursos para lidar com situações. Ademais, possui percepção do que está acontecendo ao seu redor, geralmente, expressando por meio de comunicação não-verbal e não assertiva, principalmente em contextos em que não possui liberdade e incentivo para tal (Cótica. et al., 2016).

Ainda dentro da visão humanista, é imprescindível destacar como a adolescência é entendida. Essa fase, que está entre a infância e a vida adulta, é caracterizada por diversas mudanças psicológicas, biológicas e sociais (Ballone, 2018). Grandes alterações hormonais tornam a energia física e as emoções mais intensas. A intensidade emocional e o estado de ânimo decorrem da necessidade do adolescente de encontrar seu lugar no mundo e de se inserir nos vários planos da existência social (Fischer & Macedo, 2018). Na medida em que se adquire nessa fase uma capacidade de pensamento abstrato, a forma de linguagem se torna mais complexa, completa e concreta (Almeida & Geller, 2018).

Para desenvolver sua identidade, muitas vezes o adolescente busca a inserção em grupos. Ele tem a necessidade de ser aceito socialmente, por pessoas da mesma idade. Ele procura observar características comuns nos membros do grupo e também reconhecer as diferenças nos outros e em si próprio, percebendo sua fronteira de contato. Dessa forma, ele desenvolve suas habilidades de interação social, adquirindo amadurecimento suficiente para integrar-se ao mundo dos adultos (Silva & Melo, 2018). Segundo Silva (2015), o adolescente necessita entender sua mudança corporal e construir sua identidade frente às expectativas de seus responsáveis, bem como lidar com eles, que ainda ocupam o papel de responsáveis de uma antiga infância.

Psicopatologia dentro das abordagens humanistas

Apesar de irem em direção contrária ao enquadramento humano em categorias classificatórias e psicodiagnósticas de transtornos mentais, as abordagens humanistas consideram o processo de adoecimento mental (Souza et al., 2013). A Abordagem Centrada na Pessoa, desenvolvida por Carl Rogers, parte do princípio de que o indivíduo possui uma capacidade inata à autorregulação, ao desenvolvimento e ao amadurecimento do próprio organismo, nomeada como tendência atualizante (Sanders, 2009). A desregularização dessa tendência acarretaria, portanto, uma incongruência da imagem que o indivíduo tem de si próprio e do que ele realmente vivencia em sua totalidade, fazendo com que o indivíduo permaneça vulnerável e ansioso. Ou seja, para a ACP, as psicopatologias significam uma incongruência do funcionamento autêntico do indivíduo, que busca um crescimento criativo de si (Warner, 2006).

Dentro da terapia proposta na ACP, o terapeuta trabalha como facilitador e apoiador da capacidade de atualização do indivíduo. Ao aceitar seus sentimentos e percepções da realidade, sem impor uma visão, o terapeuta auxilia seu cliente a alcançar um estado em que lhe seja possível experienciar conscientemente certos elementos percebidos como integrados e imutáveis do seu *self*. Conseqüentemente, acredita-se que a vontade positiva na direção do crescimento, quando estimulada, resulta em sua mudança terapêutica em casos de desordens psicopatológicas (Souza et al., 2013).

Isto confirma a ideia de que a saúde está ligada a algumas condições que são inerentes ao ser humano, tais como ser livre, ter responsabilidade, estar em relação (ser-no-mundo), ter potencialidades, além de ser consciente de si e do mundo. De acordo com Romero (1997), a liberdade é um dos preceitos básicos do existencialismo, o qual sustenta que o homem é ontologicamente livre para fazer suas escolhas e, em decorrência disto, é também responsável por tudo o que escolhe ser e fazer.

Por uma outra perspectiva, na visão da Gestalt-Terapia, o indivíduo é mais do que a soma de suas partes separadas, ou seja, o organismo é visto como uma unidade completamente interligada entre suas partes e que, em sua essência, busca um equilíbrio dinâmico na relação consigo mesmo e na relação com o meio, por meio de uma fronteira de contato. Destaca-se, dentro da linha de pensamento, que o indivíduo é possuidor de um impulso motivador, de autorrealização, que busca satisfazer as necessidades e realizar as potencialidades individuais (Holanda, 1998). A psicopatologia, portanto, ocorre quando há uma desorganização orgânica em que não se tem a volta ao estado de equilíbrio natural do ser humano, ou quando as necessidades satisfeitas não são aquelas que são naturais ao

organismo e sim aquelas que lhe foram impostas (Miranda, 2003).

Ademais, segundo Perls (1981), o desenvolvimento do indivíduo se dá por meio do contato com os outros, com o meio, o que oferece os recursos essenciais ao crescimento do indivíduo, por isso, o ser está em constante mudança, flexibilidade, quando saudável. Durante o adoecimento, o indivíduo se encontra cristalizado, de modo que fica menos capaz de ir ao encontro da satisfação de suas necessidades. O indivíduo aliena-se de si mesmo, enquanto o outro e o meio se tornam mais importantes e considerados na vida da pessoa.

Tenório (2003) explica que a psicopatologia, dentro da perspectiva da Gestalt-Terapia, surge como uma alternativa do indivíduo de resolver o conflito entre ele e o meio e equilibrar-se nessa relação, mesmo que isso possa comprometer a sua saúde e integridade posteriormente. Ou seja, a doença é entendida como um ajustamento criativo disfuncional. *“Adoecer é descobrir um jeito de sobreviver e preservar a estrutura do ‘eu’, quando as condições do campo são vivenciadas como desfavoráveis, imutáveis e inevitáveis”* (Perls, 1981, p. 45.).

Cabe ressaltar, por fim, a perspectiva da abordagem humanista do Psicodrama, criada por Jacob Levi Moreno. Segundo Moreno (1974), a concepção de psicopatologia está aliada ao fenômeno de transferência, em que o indivíduo passa por uma percepção alterada da realidade a partir de transferências fantasiosas.

Moreno (1974) traz ainda conceitos como o do Fator E, fazendo menção à capacidade de espontaneidade, que é vista como proporcional à saúde mental do indivíduo. Destaca também a Conserva Cultural, a qual significa que o indivíduo se encontra enrijecido, cristalizado, produzindo as mesmas respostas para antigos conflitos. Esse estado é compreendido como um adoecimento e um sofrimento psíquico.

Para Baptista (2012) e Filipi (2014), a noção de saúde mental está ligada à capacidade do indivíduo de desenvolver e inverter papéis, com o intuito de explorar a forma com que ele se relaciona com o mundo. Esse tema foi abordado ainda por Moreno (1974), para quem o indivíduo possui uma dinâmica relacional, em que a forma com que ele se relaciona com o mundo mantém um padrão, uma essência. Ou seja, um desajustamento psíquico em um ambiente deve significar um desajustamento na forma com que a pessoa se relaciona consigo ou com os outros. A família acaba por ser a primeira forma de relação da criança, e, por isso, a forma com que se dá essa relação pode ser a origem para as demais dificuldades que o indivíduo enfrenta, nos mais diversos ambientes.

Percebe-se que as teorias, embora cada uma com suas particularidades, têm como foco o momento presente de cada indivíduo. Ademais, pregam que condições de adoecimento não

são imutáveis e devem, assim, ser compreendidas como presentes, atualmente, no indivíduo, o qual pode estar apresentando um sofrimento psíquico, uma psicopatologia, justamente devido a uma estagnação em algum fator autorregulador de sua vida. Em outras palavras, de forma geral, a saúde é sinônimo de fluidez e movimento, enquanto o adoecimento se equipara a um enrijecimento e uma cristalização do indivíduo em busca de novas soluções para suas angústias internas.

Dentro de uma concepção de psicopatologia fenomenológica-existencial, é importante ressaltar que o cliente está implicado no seu próprio processo de diagnóstico. Os clientes, portanto, desempenham um papel tão ativo quanto o psicólogo na elaboração de uma compreensão da situação que estão enfrentando (Tenório, 2003).

O diagnóstico, nessa mesma linha, busca compreender a pessoa em sua completude, levando em conta fatores subjetivos, culturais e históricos de sua vivência. Nessa perspectiva, o ser humano é compreendido como um todo integrado, que interage continuamente com o meio ao seu redor (Giorgi, 2006). Aliado a isso, a doença não é vista como algo separado do indivíduo, mas sim uma parte de seu modo de existir. Essa compreensão do processo de adoecimento não nega a importância dos aspectos objetivos e empíricos em favor dos aspectos subjetivos, mas busca entender o mundo vivido por cada pessoa a partir de uma perspectiva ampla e integradora, evitando dicotomias e considerando a totalidade da experiência individual (Souza et al., 2013).

Outro ponto de suma importância sobre a perspectiva fenomenológica-existencial e a forma como esta concebe o diagnóstico é o valor atribuído à identificação das vivências e das experiências subjetivas do indivíduo. Leva-se em consideração a forma como ele atribui significado aos eventos de sua vida e como ele se relaciona consigo mesmo e com os outros (Tenório, 2003).

O princípio da intencionalidade, como apresenta Araujo (2010), refere-se ao sentido que a consciência atribui aos acontecimentos por ela vivenciados. Segundo cita a autora, a maneira que uma pessoa interpreta uma situação específica não necessariamente reflete a essência da situação em si, mas sim a interpretação que ela dá e o significado que ela lhe atribui.

Considerando que o diagnóstico, principalmente infantojuvenil, é perpassado pela consciência de diversas pessoas, justifica-se um olhar ainda mais atento a todos os participantes diretos da vida do indivíduo e envolvidos no processo e uma busca de suas intencionalidades (escola, professores, pais, cuidadores, médicos). Dessa forma, é possível perceber que os sintomas e as necessidades que motivaram a busca pelo diagnóstico podem

não estar isolados na criança (Evangelista, 2016).

Ainda de acordo com o exposto pelo autor, por meio do psicodiagnóstico fenomenológico, somente é possível se obter um recorte do ser, uma compreensão mais profunda de como o indivíduo se encontra em determinado momento e de como ele pode ser ajudado a lidar com suas dificuldades. Por isso, é imprescindível que o diagnóstico não tenha um caráter determinista, já que a condição atual do indivíduo não necessariamente se mantém em outros momentos de sua vida.

Deve-se considerar que crianças e adolescentes são diretamente impactadas pelo meio em que vivem, são seres totais, existe uma vinculação entre fatores emocionais, cognitivos, sociais, orgânicos, espirituais e culturais. Para que eles se desenvolvam de forma saudável, é preciso que tenham um ambiente seguro, de acolhimento e de respeito às suas demandas (Silva & Silva, 2019).

É importante, portanto, não seguir uma lógica patologizante do diagnóstico infantojuvenil, em que o doente é apenas a criança ou o adolescente, com mínima ou sem responsabilização do adulto ou educador. Normalmente, os sintomas são interpretados como perturbações químicas, e os diagnósticos tendem a assumir uma postura patológica, baseando-se nas ideias neurocientíficas que prevalecem no campo da medicina contemporânea. Essa classificação força, de maneira violenta, crianças e adolescentes a fazerem parte de um grupo que é controlado por medicamentos para ajuste de seus comportamentos às normas sociais impostas (Côrrea, 2010).

A clínica humanista com crianças e adolescentes

Independente da linha humanista, o psicoterapeuta, com sua atuação, exerce a função de facilitador do autoconhecimento para crianças e adolescentes. Segundo Costa & Dias (2005), esses profissionais devem ainda permitir e conduzir o reencontro do cliente consigo mesmo e a possibilidade de que ele encontre recursos para ressignificar o sofrimento psíquico.

Percebe-se uma quantidade limitada de pesquisas que aprofundem a prática da clínica psicológica de base humanista, quando se trata de crianças e ainda mais no que refere-se à adolescência. Destacam-se os estudos de autores, como: Therense (2019), Dos Santos (2017), Costa & Dias (2005) e Mota (2012).

A prática clínica, principalmente no tocante à infância, passa pela dificuldade de, junto com a criança, estabelecer uma relação de confiança e cooperação. O papel dos responsáveis como apoiadores durante o processo terapêutico é essencial, tendo em vista que muitas das demandas que surgem na clínica infantil são oriundas ou derivadas propriamente deles e de

suas relações com as crianças. Essa necessidade de apoio dos pais e responsáveis faz com que o progresso terapêutico da criança, em sua maioria, fique estagnado.

Destaca-se, durante o trabalho com a criança, a necessidade de compreender sua rede social e de apoio, pois o infante pode ser o denunciador de toda disfuncionalidade familiar. Não há dúvidas da importância da colaboração dos responsáveis pela criança no processo terapêutico, sendo eles responsáveis por atuarem como transformadores de sua história. Por isso, segundo Grandesso (2000) é imprescindível ouvir e considerar o que os pais ou responsáveis trazem da história da criança, pois eles possuem, na prática, a convivência com ela, bem como recursos desenvolvidos que podem ser mobilizados na terapia.

É interessante ressaltar que, geralmente, alinhada à terapia na infância, aparece também a preocupação com a adolescência, pois há uma correlação. Entretanto, a prática clínica com os infantes se distancia da realizada com adolescentes, que segue técnicas mais próximas à dos próprios adultos. Na clínica infantil, o terapeuta necessita se comunicar de maneira a atingir o lúdico e o simbolismo da criança, pois, muitas vezes, assim será expressa a capacidade cognitiva, bem como haverá uma sensação de afinidade e compreensão, algo que provavelmente não ocorreria com a mesma eficácia em adolescentes (Costa & Dias, 2005).

Para Grandesso (2000), trabalhar com psicoterapia infantil demanda uma capacidade de se comunicar de maneira lúdica, mas, ao mesmo tempo, de maneira séria para gerar potencial de mudança. É imprescindível não haver depósito de expectativas por parte do terapeuta, o qual deve ter atitudes que favoreçam o potencial saudável da criança, fornecendo um ambiente de segurança e de respeito às suas capacidades e aos seus sentimentos.

A ludoterapia, que é realizada no trabalho clínico com crianças, tem como um de seus princípios a necessidade de estar pautada no sentimento de permissividade, para que a criança possa expressar seus sentimentos livremente. A manifestação dos sentimentos da criança deve ser aceita, mesmo na ausência de autorização para que determinados sentimentos sejam expressos por meio de ações (Brito. et al., 2021). Como resultado desse equilíbrio entre a permissividade e a imposição de limites, permite-se que a criança aprenda a lidar com seus sentimentos, que são aceitos, e transfira os comportamentos adquiridos durante a ludoterapia para as suas interações no dia a dia.

Há ainda autores, como Oaklander (1980), que ressaltam a sutileza que deve haver no trabalho da clínica infantil. O terapeuta deve tomar cuidado para não ser demasiadamente invasivo, produzindo um efeito de bloqueio da criança no momento da representação simbólica. Na ludoterapia, o terapeuta deve permanecer constantemente atento ao que a criança genuinamente expressa, demonstrando um interesse sincero, o que se reflete na terapia

por meio de atitudes e não de meras técnicas (Brito. et al., 2021).

No contexto da clínica infantil, é imprescindível o terapeuta aprofundar seus conhecimentos no contexto da criança e estar alinhado com sua vida escolar, frequentando esse ambiente, caso necessário. Ele também deve se manter atualizado acerca do universo infantil, de jogos, linguagens e brincadeiras que estão sendo utilizadas no momento e em alta no mercado. Com isso, considera-se a prática da clínica na infância complexa, haja vista que o êxito do processo terapêutico depende da rede social da criança, principalmente dos pais/responsáveis e da escola. Sendo assim, trabalhar com criança é trabalhar simultaneamente com pais/responsáveis e instituições (Costa & Dias, 2005).

Ainda que complexa, percebe-se a importância da clínica infantil, que possui capacidade de elaborar inquietações e sofrimentos antes que se tornem muito cristalizados e disfuncionais. Colombo (2000) destaca que, durante o exercício da prática, o profissional precisa trabalhar a história de sua própria infância, seus preconceitos e crenças para focar integralmente no momento presente, e, com isso, estimular o potencial de mudança ou autorregulação inerente ao ser humano, seja qual for sua idade.

Por outro lado, estudos de Abreu e Zacharias (2016) levantam questões a serem abordadas na clínica com adolescentes. Segundo esses autores, os adolescentes, em sua maioria, chegam à terapia com diversas resistências e sistemas de autodefesa. Por isso, a criação de vínculo passa por alguns impasses, e o adolescente deve entender o real motivo da terapia em sua vida. Destaca-se que os conflitos oriundos da forma em que o jovem se relaciona com sua família são os principais assuntos trazidos para a clínica. Essa circunstância está em conformidade com a fala de Benetti (2006), que correlaciona a origem de distúrbios emocionais, tanto em crianças quanto em adolescentes, à presença da discórdia familiar.

Nesse aspecto, apesar de, perante a lei, os adolescentes ainda não serem inteiramente responsáveis por si mesmos, e de ser imprescindível a escuta do ponto de vista de seus responsáveis sobre seus comportamentos, é importante frisar que não se deve levar a fala dos responsáveis como norteadora do processo da terapia. Dentro da clínica, o adolescente é visto como dotado de potencialidades, liberdade e responsabilidades, ou seja, capaz de transmitir a sua própria queixa e de estar em terapia, sendo essa a direção a ser seguida.

É comum que os indivíduos passem por uma fase de desequilíbrios, insegurança e incompreensão, durante a adolescência. Questões sobre a autoimagem e preocupações com o corpo surgem em conjunto com a construção da identidade, a partir do contato com os outros. Por isso, é importante estar atento aos ambientes em que o adolescente está inserido e de que forma ele pode estar sendo afetado pelo meio onde vive, no momento presente. Devem ser

utilizadas técnicas que permitam ao terapeuta aproximar-se da singularidade do cliente e, assim, permitir que ele se expresse de maneira única e individual. Isso pode não apenas aliviar seu sofrimento, como proporcionar a esse indivíduo, que busca, de forma contínua, identidade ou um *self* ideal, perceber-se como sujeito da própria vida. Dessa maneira, na visão humanista o indivíduo estará evitando o enrijecimento e a cristalização da sua capacidade de atualização e autorregulação (Pratta, 2007).

A adolescência é um período da vida de muitas transformações e descobertas, tanto de regras, de identidade, de limites e de como agir no contexto social. Ou seja, é um período em que adolescente está muito suscetível à influência do mundo ao seu redor para definir como ele próprio se vê e como deve ser o seu comportamento em determinadas situações. Porém, o adolescente também possui capacidade de fazer reflexões autocríticas e ferramentas para expressar, por si só, os problemas pelos quais está passando. Por isso, muitas vezes, as dificuldades enfrentadas por adolescentes, evidenciadas geralmente no ambiente escolar, podem ser resultado de uma interação conturbada no ambiente familiar ou de interações sociais mal sucedidas na escola (Ferreira & Marturano 2002).

Método

Participantes

A pesquisa foi realizada com três participantes. Todos os entrevistados são psicoterapeutas, cada um com uma especialização em alguma das três abordagens da psicologia humanista (ACP; Gestalt-terapia; Psicodrama). Cada um foi nomeado com a inicial de sua abordagem, ou seja, "A"cp, "G"estalt e "P"sicodrama. Os psicólogos que não atendiam crianças e adolescentes, ou que tinham menos de dez anos de experiência de atuação na área clínica infantojuvenil, não foram contemplados como participantes da pesquisa. Ademais, foram excluídos do grupo de pesquisa participantes que não aceitaram assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ou que não concordaram com os termos da pesquisa ou com o registro do áudio das entrevistas.

Procedimentos

Após a conclusão da elaboração do projeto e da análise do parecerista, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Brasília (UniCEUB), por meio da Plataforma Brasil (PLATBR). Assim que o projeto foi aprovado, (CAAE: 66987922.6.0000.0023), iniciou-se o processo de seleção dos participantes.

Para a seleção das participantes, foi realizada, por meio de contatos e pesquisas em redes sociais, uma busca ativa de psicólogos incluídos nos requisitos definidos para a seleção. O contato se deu por meio de mensagem individual via *Whatsapp*. Foram examinadas questões sobre a especialização realizada e o tempo de experiência em atendimento com o público-alvo, conforme os critérios de inclusão e exclusão da pesquisa e a concordância com a participação em entrevistas e com a respectiva gravação das mesmas. Tendo o respondente concordado com os termos propostos, foi realizada a entrevista virtualmente por meio da plataforma *google meet*.

Realizada interlocução inicial com os participantes, após contato on-line, foram apresentados: a) os objetivos e os detalhes metodológicos da pesquisa, b) a garantia de manutenção do sigilo e da privacidade dos participantes da pesquisa durante todas as fases da pesquisa; c) os possíveis benefícios e riscos que podem advir em razão da participação na pesquisa; e d) o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A). Neste momento, foram respondidos todos os questionamentos do participante, com possibilidade de novos esclarecimentos em momento futuro. O participante foi informado da não obrigatoriedade de continuidade na participação na pesquisa, caso desejasse cessar sua participação, e que isso não lhe acarretaria qualquer prejuízo. Mediante a concordância, expressa por meio da assinatura do Termo, os procedimentos da pesquisa foram propriamente iniciados.

Foi agendada a entrevista de acordo com a disponibilidade do participante e do pesquisador, a qual ocorreu por meio da plataforma do *Google Meet*. As entrevistas realizadas foram de base fenomenológicas, foi utilizado, como princípio das entrevistas, a questão norteadora: Descreva a sua experiência clínica com crianças e adolescentes que chegam com foco no diagnóstico. A partir daí foram realizadas perguntas que direcionaram o participante a descrever a sua experiência com diagnósticos em crianças ou adolescentes e como são conduzidos os casos de diagnóstico dentro de sua abordagem e atuação pessoal. A duração das entrevistas foi de aproximadamente uma hora. Após a etapa de entrevistas, foi realizada a transcrição literal das informações obtidas. Em seguida, foi iniciado o processo de análise, de acordo com os passos estabelecidos no método fenomenológico de Giorgi.

Instrumentos

O instrumento de pesquisa utilizado foi a entrevista fenomenológica com uma questão norteadora. A partir das informações obtidas, coube ao pesquisador realizar novas indagações no decorrer da entrevista, percebidas como necessárias.

Análise das informações construídas

O Método Fenomenológico de Investigação em Psicologia de Giorgi foi o escolhido para a análise das informações obtidas pela pesquisa. O método parte do princípio de consciência intencional desenvolvido por Husserl, que teve como interesse compreender o que são as coisas em si mesmas como partida para o conhecimento (Giorgi e Sousa, 2010). Ou seja, a compreensão de um objeto é um fenômeno em que a consciência se orienta para o objeto. A intencionalidade seria a ação de atribuir um sentido ligando a consciência ao objeto.

Segundo Giorgi e Sousa (2010), os fundamentos teóricos do Método Fenomenológico de Investigação em Psicologia se dão pela pesquisa que contempla a obtenção de descrições de outros sujeitos, a elaboração da redução fenomenológica-psicológica do fenômeno, a análise eidética e a variação livre imaginativa.

A aquisição de descrições de sujeitos terceiros se deu, na presente pesquisa, por meio de entrevistas com participantes que estavam dentro dos requisitos supracitados, quais sejam, psicoterapeutas com especialização em alguma abordagem psicológica humanista com dez ou mais anos de experiência de atuação na área clínica infanto-juvenil.

A redução fenomenológica-psicológica do fenômeno consistiu em uma abstenção de todo conhecimento obtido de maneira prévia ou simplesmente resguardado de um senso comum. Com isso, objetivou-se fazer com que o conhecimento obtido fosse prioritariamente dos indivíduos participantes e teoricamente capacitados para respaldar um maior conteúdo a ser analisado pelo pesquisador.

Por último, a análise eidética se deu de forma a buscar um fator comum ao fenômeno, de maneira a sintetizar a experiência de vários participantes sobre a forma como é vista a questão de diagnósticos e como eles são trabalhados dentro de uma clínica psicológica de abordagem humanista. Obviamente foi utilizado um olhar psicológico para realizar essa análise, com cuidado para que o fenômeno não fosse reduzido a ponto de perder sua complexidade e com a intenção de que a linguagem não fosse inteiramente específica de teorias.

O método de Giorgi consiste em quatro passos para análise e transcrição da entrevista realizada. São eles, em ordem cronológica: estabelecer um sentido geral; determinar as informações obtidas, mediante divisão das unidades de significado; transformar as unidades de significado em expressões de caráter psicológico; e determinar a estrutura geral de significados psicológicos. (Giorgi & Sousa, 2010).

Assim, o primeiro passo consiste em estabelecer um sentido geral do conteúdo da entrevista, mediante leituras repetitivas completas das transcrições das entrevistas, com

intenção de redução fenomenológica, com o objetivo de compreender o sentido da experiência dos participantes de maneira generalizada. Esse passo relaciona apenas o pesquisador e o texto, sem qualquer modificação ou acréscimo do texto em si. (Giorgi & Sousa, 2010).

O segundo passo consiste na determinação de trechos das informações obtidas em unidades de significado, em que deve haver divisão do texto em partes menores sempre que se identificar uma mudança de sentido nas descrições dos indivíduos. Também não deve haver acréscimo de literatura por parte do pesquisador nesse passo.

O próximo passo é a mudança das unidades de significado em expressões de caráter psicológico. Nele o pesquisador deve reescrever o texto das unidades de significado, fazendo a linguagem cotidiana obtida de forma natural pelos participantes nas entrevistas virar expressões que explicitem o significado psicológico das descrições dadas pelos entrevistados.

Esse passo é visto como momento de suma importância do método, pois assim as muitas referências utilizadas serão transformadas em declarações reveladoras dos seus significados psicológicos em relação ao que está sendo objeto de pesquisa. Ressalta-se a necessidade de não expressar o sentido das descrições em relação à vida pessoal dos participantes e de evitar utilizar a linguagem específica de uma escola teórica (Giorgi & Sousa, 2010), embora na presente pesquisa se atentou para esses aspectos, já que o intuito da mesma foi ter um olhar específico de um fenômeno.

O último passo, a determinação da estrutura geral de significados psicológicos, faz referência à modificação, pelo pesquisador, das unidades de significado obtidas no passo anterior, transformando-as em uma estrutura descritiva global, de forma a englobar sentidos invariantes, que são denominados constituintes essenciais da experiência. É imprescindível que a estrutura global não só perpassa pelas unidades de significado mais relevantes, como defina as relações entre elas. Segundo Giorgi & Sousa (2010), é possível que nem todas as unidades de significado apresentem valor igual. Entretanto, a estrutura deve expressar a rede essencial das relações entre as partes, de modo a que o significado psicológico total fique evidenciado.

Após a realização dos passos supracitados, ainda de acordo com o método Fenomenológico de Investigação em Psicologia de Giorgi, procedeu-se às discussões dos resultados obtidos pelas entrevistas. Na discussão ocorreu a elaboração dos dados, em que se têm os resultados das entrevistas com os diferentes participantes da pesquisa e as relações entre as diferentes unidades de significado que surgiram a partir das falas dos participantes. Em conjunto com isso, executou-se a comunicação e a correlação do conteúdo emergente com a literatura abordada, momento em que os resultados foram analisados de acordo com o

referencial teórico desta pesquisa. Ao final, a pesquisa foi concluída com a passagem dos resultados à comunidade acadêmica/científica.

Resultados e Discussão

Após a transcrição das três entrevistas realizadas e a formulação das unidades de sentido, foi possível traçar aspectos recorrentes dos fenômenos e vivências experienciados pelos participantes da pesquisa. A partir disso, apreenderam-se quatro categorias finais, que agrupam as unidades de sentido, com base nas experiências vividas pelos psicoterapeutas na clínica em relação ao diagnóstico, ao seu manejo e às suas repercussões.

As categorias foram: A inversão da ordem: a pessoa como centro (Categoria 1); As formas de manejo clínico: ludicidade, liberdade, acolhimento e envolvimento (Categoria 2); O diagnóstico como recurso interdisciplinar (Categoria 3); A função do diagnóstico: para quem e para quem (Categoria 4). Essas quatro categorias serão discutidas teoricamente e exemplificadas por meio das entrevistas.

Categoria 1 - A inversão da ordem: a pessoa como centro

A questão do diagnóstico na área médica é predominantemente focada no transtorno em si e na remissão de seus sintomas. Nesse processo, em que se aponta um normal e um patológico, a pessoa é colocada em segundo plano em detrimento de sua patologia, destacando, portanto, um olhar que privilegia padrões sociais funcionais (Barbosa & Leite, 2020). A partir dos relatos trazidos pelos participantes da pesquisa, foi possível perceber a necessidade de se inverter essa ordem, trazendo a pessoa para o centro do processo, privilegiando-a e abrindo possibilidade de ela expor suas questões e percepções desde o primeiro contato.

Participante A: E quando vem com diagnóstico é essa coisa, né? Tem um nome antes da pessoa, né? Então a família me leva dessa maneira, a escola também quando encaminha. Quando vem primeiro o nome do diagnóstico ou do possível diagnóstico, então acho que o primeiro ponto é a gente inverter essa ordem, né? Independentemente tem um indivíduo ali... É muito mais potente acolher a pessoa, do que o nome do diagnóstico e digamos os sintomas desse diagnóstico. A gente acolhe a vida, a demanda, a emoção, os sentimentos e o sofrimento, a dor. O diagnóstico é abraçado junto, então o diagnóstico não está excluído, mas o foco está primeiro no indivíduo.

Participante G: Eu tenho certeza que o rótulo não me dá a pessoa, o território é muito maior do que o mapa. Então eu vou descrevendo o vivido da pessoa. Eu tenho é um diálogo, eu falo muito para os meus alunos assim: seu nome é William, eu não vou compreender a depressão do William. Eu quero saber o William da depressão, é o corte de você, eu acho que nós terapeutas somos responsáveis

pela reversibilidade figura e fundo, então as pessoas chegam colocando o sintoma como figura. E eu tenho que colocar o sintoma como fundo, e o fundo como figura.

Participante P: Então assim, independentemente desse diagnóstico, disso que tá aí na frente, a pessoa continua sendo a mesma para mim. Eu explico muito isso para os pais assim, eu uso uma caneca e falo, “ta vendo, se você colocou um rótulo aqui (caneca), está vendo meu dedo? É uma menina. (Colocando o dedo para atrás da caneca). Você está vendo ela agora?” Além de qualquer coisa, esse ser quer ser visto enquanto ser humano.

Foi perceptível, por meio das entrevistas, a importância de se ressaltar sempre a pessoa à frente de qualquer diagnóstico, sendo esse o primeiro passo para conduzir qualquer atendimento. Pode-se perceber que, nesse ponto, a clínica de psicoterapia humanista infantojuvenil não se difere da psicoterapia em adultos.

Da mesma forma que a Abordagem Centrada na Pessoa, proposta por Carl Rogers, tem como princípio norteador que o indivíduo tem uma capacidade inata à autorregulação, as outras abordagens de psicoterapia humanista não fogem desse padrão (Sanders, 2009). Dentro da corrente de pensamento da Gestalt-Terapia, o indivíduo é dotado de um impulso motivacional, direcionado à autorrealização, que o leva a buscar a satisfação de suas necessidades e o desenvolvimento de suas potencialidades individuais (Holanda, 1998). Ainda nesse sentido, o Psicodrama apresenta conceitos como o do Fator E, se referindo a uma capacidade, pertencente a todos indivíduos, de espontaneidade, que é entendida como diretamente proporcional à saúde mental (Moreno, 1974).

Ademais, todas consideram o momento presente como enfoque da terapia e consideram a noção de adoecimento como uma interferência do funcionamento autêntico e natural do indivíduo, que busca um crescimento criativo de si (Warner, 2006). Os sintomas, portanto, podem representar uma forma de ajustamento do indivíduo ao seu contexto. Mesmo que esse, em algum momento, possa ter sido benéfico para a pessoa, ele se mantém estático fugindo da tendência constante de se atualizar. É o que se pode observar nos relatos abaixo.

Participante A: Como um princípio do arcabouço teórico, na essência das abordagens humanistas, e ACP não é diferente, o potencial do indivíduo independe da idade. A capacidade dele de atualização, de movimento de saúde, existe independentemente se tem algum grau de comprometimento, de deficiência.

Participante G: Eu entendo esse diagnóstico não da pessoa, mas do contexto no qual o sintoma aparece. E defino a doença como um adoecimento existencial, como um fechamento às possibilidades do mundo. De ser-no-mundo.

Participante P: Então para o psicodrama um homem nasce como um ser criativo e espontâneo, né? Então ele exerce toda sua criatividade e espontaneidade, inclusive o ato de nascer, né? E aí quando a situação de respostas se torna repetitiva, vamos dizer assim, que aquela pessoa perde a capacidade dela de dar novas respostas para aquelas situações, ela tá adoecida, porque o fator

espontaneidade dela tá embotado, né? Ela cristalizou um papel.

As entrevistas evidenciaram o que foi visto dentro do entendimento de psicopatologia na visão humanista, ou seja, o adoecimento psicológico como uma maneira do indivíduo de sobrevivência e preservação do eu, quando as condições do campo são vivenciadas como desfavoráveis (Perls, 1981).

Ademais, evidenciou-se a importância de considerar o diagnóstico e perceber que este pode trazer benefícios à vida do indivíduo, principalmente quando envolve aspectos genéticos em que há uma hipossuficiência fisiológica no indivíduo. O diagnóstico pode contribuir para a elaboração de um plano de tratamento mais adequado à disfuncionalidade da pessoa. Segundo apresentado pelo DSM-5 (2014), o diagnóstico pode funcionar como orientação e suporte ao profissional para direcionar de forma mais eficiente o tratamento.

Por outro lado, a partir do que foi trazido pelos entrevistados, percebe-se o risco de o diagnóstico confirmar uma condição patologizante e desconsiderar o potencial autorregulador da pessoa ou seus sintomas como uma adaptação existencial ao seu contexto. A partir da categorização, as crianças e adolescentes são obrigadas a se integrarem a um grupo que, em sua maioria, é gerenciado por medicamentos para adequação de seus comportamentos às convenções sociais impostas (Corrêa, 2010). Foi possível perceber isso nas falas abaixo.

Participante A: Eu acho que o diagnóstico muitas vezes é extremamente prejudicial. Muita gente se enxerga pelo nome que está no diagnóstico. A pessoa antes de falar o nome dela, às vezes de falar dela, ela fala eu tenho “isso” no psiquiatra. A escola já chega com um nome, isso é muito despersonalizante, sabe? Olha o nível de toxicidade, de adoecimento que a pessoa chega, ela não se vê como ela. É como se negasse a você mesmo como ser, eu não sou eu. Eu tenho um nome, eu tenho um título. Olha o tanto que isso é violento, tanto que isso é prejudicial. Olha o quanto que isso, sabe? Não só limita. Mas como é uma fuga no processo de saúde.

Participante G: Se a pessoa acaba usando ele (o diagnóstico), se adoecer com rótulo então o rótulo que seria para curar, né? O que seria para ampliar a possibilidade da pessoa, se acomoda no rótulo e usa o rótulo, né? E acaba se adoecendo mais. Então ela vai sendo prisioneira do próprio rótulo. E não é fácil desconstruir, por isso que eu trabalho com a família como um todo.

Participante P: Além de qualquer coisa ele quer ser visto enquanto ser humano. Então o que a gente pode ver, a gente tem um risco de um adoecimento muito grave aqui dessa pessoa que não é vista. Ela pode ficar aqui para sempre na sombra desse diagnóstico e um adoecimento ou ela pode fazer um outro adoecimento, um outro movimento de adoecimento e em que ela sai daqui, mas ela vai para um extremo.

Percebe-se uma preocupação existente: o diagnóstico não só como processo de redução e rotulação do indivíduo, mas como uma possível contramão do processo de saúde em alguns casos. Esses pontos levantados pelos entrevistados vão ao encontro das ideias de

que as crianças e adolescentes possuem capacidade para mudança, atualização e construção de recursos para lidar com suas situações. Além disso, apresentam percepção do mundo à sua volta, mesmo que na infância geralmente se expressem menos por falas concretas e mais pelo imaginário (Cótica. et al., 2016). Todas essas potencialidades do ser, de certa forma, acabam sendo negligenciadas ao se atribuir um rótulo à frente dessa pessoa.

Ademais, o processo de diagnóstico, quando relacionado a crianças e adolescentes, pode ainda desconsiderar questões características e específicas da própria idade e fase do desenvolvimento. É preciso estar atento a isso e também aos contextos nos quais eles se encontram, pois ambientes conflituosos, como ocorre na presença da discórdia no âmbito familiar, influenciam na origem de problemas emocionais tanto em crianças quanto em adolescentes (Benetti, 2006).

Categoria 2 - As formas de manejo clínico: ludicidade, liberdade, acolhimento e envolvimento

É comum observar teorias sobre o manejo clínico de crianças e adolescentes associadas entre si, sendo importante destacar as diferenças e semelhanças entre as formas desse manejo nas diferentes idades. Segundo Costa e Dias (2005), é competência do psicoterapeuta permitir e conduzir o reencontro do cliente consigo mesmo, trazendo a possibilidade de ele encontrar recursos para ressignificar seu sofrimento psíquico. Foi observado, nos relatos expostos abaixo, que a terapia deve estar voltada para a promoção de um ambiente de acolhimento e liberdade para todos os indivíduos.

Participante A: Então o manejo que eu acredito é um ambiente de livre expressão. De liberdade, não a liberdade física, muita gente confunde, acha que ACP pode fazer o que quer, né? Sei lá, a pessoa com uma ideia suicida pode pular para o lado da janela, e você não vai fazer nada. Tem gente que acha que essa liberdade física a criança pode quebrar tudo, desrespeitar. Não tem regra nenhuma, né? Não tô falando da liberdade física, nós estamos falando da liberdade experiencial, da pessoa expressar valores. Eu não vou julgar, eu vou acolher, respeitar como é que ela quer conduzir a sessão, quais são os temas os assuntos, o que ela manifesta, né?

Participante G: Eu lembro de uma cliente adolescente que tinha ataques de pânico, aí entra lá na sala e grita, eu falei: “Grita!” Nossa, eu fico super à vontade. Ai a mãe: Doutora... falei: “Não, grita! Isso é ótimo, deixa que ela tá pondo para fora”. Ela cansou, né? Eu falei: “Bom, o que você quer fazer agora?” Ela disse que queria ir para casa. “Ótimo! Aqui você vai fazer o que você quiser, inclusive gritar.” Ficou curada, que coisa, primeira sessão.

Participante P: Porque tá, esse exemplo dessa menina. Então ela vem na primeira sessão, e ela pegou um brinquedo que eu tenho aqui daqueles pedagógicos, e ela falou que aquilo ali é máquina de lavar a louça. E ela passou três sessões pegando as panelinhas e botando na máquina de lavar louça e

a brincadeira era essa, ela e a máquina de lavar louça, não me incluía na brincadeira, não entrava em contato, e era aquilo né? Sempre ali, percebe que tava tipo uma cristalização ali, né?

Evidencia-se que a promoção de um ambiente acolhedor e de liberdade experiencial permite que tanto crianças quanto adolescentes apresentem suas próprias demandas e sentimentos. O sentimento de permissividade facilita e propicia a expressão dos sentimentos de maneira livre, que é sempre aceita (Brito. et al., 2021). Com isso, torna-se possível observar e perceber de que maneira se tem ou não conseguido elaborar novas e eficientes soluções para os conflitos. Assim como os autores apresentam, a permissividade não implica uma liberdade total da expressão em ações, e isso faz com que seja possível a transferência do vivido em terapia aos outros contextos de sua vida.

Entretanto, no que tange a especificidades no manejo infantojuvenil, foi destacado, a partir das entrevistas, algumas diferenças entre as idades. Na clínica infantil, por exemplo, o terapeuta precisa se comunicar de maneira a atingir o lúdico e o simbolismo da criança. Geralmente é dessa forma que será expressa a capacidade cognitiva, bem como haverá uma sensação de afinidade e compreensão, o que, muitas vezes, não terá a mesma eficácia com adolescentes (Costa & Dias, 2005). Observa-se isso nos relatos abaixo.

Participante A: A criança brincar livremente, o adolescente conversar o que quiser, se o adolescente quiser jogar, pegar jogos, às vezes até os adultos preferem se expressar desenhando, jogando um jogo mais adulto, então livre expressão que a pessoa traz quando eu ofereço um espaço de liberdade à pessoa, é um convite a ela ser ela mesmo.

Participante G: Então quando o diagnóstico vem pronto, e as pessoas: Olha aqui como eu sou TDAH, né? Ai eu falo, eu quero que você me descreva como você vive isso que você tá dizendo, né? Então eu vou além do nome, a gente estuda junto, principalmente com adolescente, né? Então vamos juntos. Com as crianças então eu entro no sintoma, nas fantasias, eu entro nas loucuras, nisso psicodrama me ajuda, porque a gente vai conversar com os “demônios”.

Participante P: É muito diferente, são questões assim... Primeiro que a criança, ela vem muito para o lúdico, né? Então começa que a linguagem da criança é o lúdico, de fato o adolescente ele costuma usar um pouco mais o verbal, né? O manejo é diferente, tem questões muito específicas da adolescência que precisam ser estudadas e aprofundadas. Assim, para além, é todo um desenvolvimento, né? Já envolve muita questão de sexualidade e drogas. A parte social tem um impacto maior. Essa percepção de si do outro. Qual é a expectativa que o mundo tem sobre mim. A criança não vai nesse lugar do adolescente, que já tem uma elaboração maior.

O trabalho na clínica infantil demanda uma capacidade de se comunicar de maneira lúdica, mas, ao mesmo tempo, de maneira séria para gerar potencial de mudança (Grandesso, 2000). Pode-se notar que as crianças possuem uma forma de expressão a partir de brincadeiras (lúdico), fantasias e pelo imaginário, elas não possuem tantos pensamentos abstratos acerca

do mundo, bem como recursos dialógicos mais complexos. Já na adolescência, quanto mais desenvolvida é a capacidade de pensamento abstrato, mais complexa, completa e concreta se torna a forma de linguagem (Silva & Melo, 2018).

Apesar disso, outro ponto em comum observado foi a necessidade de envolvimento de todas as redes de apoio e de outros profissionais, durante o manejo clínico infantojuvenil, para se garantir um manejo potente e eficaz. Há, portanto, uma dependência do processo terapêutico com a rede social e de apoio, principalmente pais/responsáveis e escolas. Trabalhar com esse público é, também, trabalhar com pais e instituições (Costa & Dias, 2005). Essa questão é demonstrada pelas falas abaixo.

Participante A: Então a gente vai dialogar com a psiquiatria ou com a terapia ocupacional ou com psicopedagogo, vai dialogar com a escola, com a família, vai dialogar. Às vezes a pessoa precisa de um curso específico, ela precisa de orientação jurídica, porque ela está sofrendo violência, precisa de um apoio, de uma denúncia no conselho tutelar, na Delegacia da Criança e do Adolescente, da delegacia da mulher. Mas o importante nisso da parte implícita é você ser empático, eu vou considerar incondicionalmente ser congruente com a família, com o casal, com os pais, com a criança, com quem quer que seja o cliente, seja na primeira ou qualquer sessão, entende? Esses pais estão procurando o filho com diagnóstico, eles tão no sofrimento também, estão preocupados.

Participante G: Sou terapeuta de criança, adolescente, adulto, casal e família porque eu descobri, você que está também começando, que quem atende criança tem que atender casal. Quem atende criança tem que atender a família, quem atende adolescente tem que atender família, quem atende família atende família, né? Então eu sou terapeuta do ser humano, né? Onde tiver o ser humano, eu tô ali porque eu sou terapeuta das relações. Família, psiquiatra. Eu trabalho com a escola, né?

Participante P: Assim eu acho que também cabe a gente não ser inimigo dos pais, tá? Pelo contrário, a gente precisa entender que esse pai tá trazendo uma criança para terapia porque esse pai tá tendo uma dor, né? Ele tem uma dor, ele não tá sabendo como lidar então a gente precisa auxiliar esse pai, né? Então a gente tem que trazer essa leitura de o que essa criança tá me mostrando do universo dela. Como que isso está relacionado com a queixa com a demanda dos pais. Tem relação, não tem? Como, né?

Com as entrevistas realizadas, é possível conectar com o pensamento de que, muitas vezes, os problemas dos adolescentes podem ser resultado de uma interação conturbada no ambiente familiar ou de interações sociais mal sucedidas na escola (Ferreira & Marturano 2002). Ademais, há um destaque de que as crianças podem ser um exemplo da disfuncionalidade familiar vivida ou ser levada a terapia por demandas dos pais. Por isso, é muito importante considerar o que os pais ou responsáveis trazem da história da criança, justamente por possuírem a convivência com ela (Grandesso, 2000).

A relevância que a família tem na clínica infantojuvenil, portanto, é tremenda e pode tanto servir como aliada para um eficiente manejo terapêutico, como fator de estagnação da

condição existente do cliente ou, até mesmo, contribuir para uma iatrogenia. A melhor opção é manter uma relação de empatia e transparência com esses responsáveis, buscando aproximação e parceria. Além disso, levar essas ideias para o ambiente escolar pode trazer benefícios em diversos contextos para esse público.

Categoria 3 - O diagnóstico como recurso interdisciplinar

Um ponto marcante, sem dúvidas merecedor de destaque, é a possibilidade da interdisciplinaridade e da troca entre os diversos saberes, não só como evidenciado na categoria anterior, como estratégia de manejo terapêutico, mas também como um potente e imprescindível caminho para se elaborar um bom diagnóstico e utilizá-lo como um interessante recurso, durante a intervenção clínica.

Aqui entra o conceito de transdisciplinaridade descrito por Iribarry (2003), que se distingue da interdisciplinaridade por se tratar de uma troca de saberes entre diferentes áreas, que colaboram entre si com suas observações, sem que uma prevaleça sobre a outra. Esse ponto é muito importante, haja vista que o processo de diagnóstico infantojuvenil deve ocorrer com muita cautela, e a troca de observações pode ser muito vantajosa. Ademais, além de se agregar pontuações e exames médicos, a transdisciplinaridade pode acrescentar percepções da família e da escola, abarcando todos os contextos em que o indivíduo está inserido. Evidenciam-se essas questões pelos relatos a seguir dos entrevistados.

Participante A: O diagnóstico está ali, ele é uma ferramenta importante até, dependendo do diagnóstico, de questões que a gente precisa além da psicoterapia. Então, a gente também não tem que dizer que a gente é o dono da verdade, que vai dar conta de tudo. Tem que dialogar com outro saber no diagnóstico, e no processo a pessoa vai perceber que o que ela precisa tá muito difícil para aquele momento e que ela precisa da medicação.

Participante G: Eu tenho neurologista com quem eu trabalho para verificar se existe alguma interrupção do funcionamento orgânico. Foi ótimo você falar isso. Meu diagnóstico, eu mando mesmo e muitas vezes mando também para um psicodiagnóstico, eu preciso de um Rochart. Então esse diagnóstico ele envolve, ele é feito com outros profissionais. Por isso que eu falei: eu amo essa definição independente do diagnóstico, ele é um encontro de intersubjetividades, de intencionalidades, cada um vai contribuindo para essa colcha de retalho.

Participante P: Sim, vamos pensar. Claro que existe também toda a questão, enfim, de estrutura, né? Existem transtornos, então vai para uma avaliação neuropsicológica, até porque a gente não é dono da razão. Acho que esse é um fator, um outro fator é essa visão multidisciplinar. Então você precisa associar a observação familiar, você precisa adicionar observação da escola, você precisa por exemplo no seu caso, né? Se é um paciente que está já com acompanhamento psicológico, avaliação desse psicólogo, mas avaliação de quem vai fazer a avaliação, sabe? Mas esse olhar de quem vai fazer

avaliação, eu acho que é preciso, esse olhar multidisciplinar faz toda a diferença, né, para compreender o sujeito melhor e na sua totalidade, né?

Além disso, apareceu como imprescindível ter um olhar fenomenológico sobre o ser para não entender o diagnóstico como apenas um recorte da vida dele, considerando que o diagnóstico é um momento importante no processo terapêutico e que pode afetar significativamente a vida do paciente. Destaca-se a importância da forma como é passado o diagnóstico para o cliente, para que ele possa ter uma compreensão maior de como ele se encontra em determinado momento e de como pode ser conduzido um tratamento em seu favor (Evangelista, 2016).

Outro aspecto que fica evidente pelas entrevistas realizadas é a necessidade de explorar a realidade vivida por cada indivíduo a partir de uma perspectiva ampla e integradora, evitando o estabelecimento de uma separação entre doença e pessoa. O adoecer deve ser compreendido como um modo de existir-no-mundo, que considera a totalidade da experiência singular (Souza. et al., 2013).

Participante A: Não que ele não esteja sentindo mesmo, mas às vezes que um diagnóstico é aquela coisa, é um recorte. A pessoa naquele momento, quando foi feito o diagnóstico, não quer dizer que a pessoa é, mas está daquele jeito. Quer dizer, claro, tem condições estruturais de personalidade muito mais complexas, né? Determinadas psicopatologias realmente não é só um estado, é uma condição que a pessoa vai ser aquilo o resto da vida. Mesmo assim a pessoa tem uma capacidade de atualização, cada caso é único, cada situação, não dá para a gente generalizar, mas muitas vezes o diagnóstico é um recorte. É o estado da pessoa como a pessoa tá naquele momento. Então isso também ajuda a pessoa a entender que ela pode fazer psicoterapia, usar medicação ou qualquer outro tipo de ajuda e evoluir para um caminho de saúde, ela não é aquilo o resto da vida, porque o diagnóstico é muito importante, mas, muitas vezes, parece ter um papel de adoecimento.

Participante G: Ele nunca está pronto, ele não está pronto. O diagnóstico é processual. Ele vai acontecendo no processo. Eu falo que a gente filma o paciente, a gente não fotografa, a gente não tira selfie. A psicopatologia é um diálogo abortado. É aquilo que não foi escutado, então eu não tenho dúvida, né, que o sintoma é um grito querendo ser escutado e, é claro, é um adoecimento do ser-no-mundo.

Participante P: Eu encaminhei um paciente meu que eu suspeitava de altas habilidades, por exemplo. E ele voltou da avaliação com diagnóstico de TDAH, né? Então a gente não descarta que eles sejam meninos muito capazes intelectualmente, mas o que está prevalecendo nesse momento, hoje, na dinâmica de funcionamento daquela criança é um grau de atenção muito deficitário. Existem casos em que faz necessário uma intervenção, né? Enfim, de outros graus, né?

A partir dos relatos trazidos pelos participantes da pesquisa, foi possível perceber a importância de um trabalho em conjunto com os vários profissionais, de diferentes saberes, e com familiares e instituições para elaboração de um diagnóstico mais preciso e não

determinante. A interdisciplinaridade aparece como ponto essencial no processo de diagnóstico infantojuvenil, possuindo o potencial de resultar em uma decisão assertiva sobre o tratamento e o acompanhamento adequado para esse público. Para isso, exigem-se interações mais aprofundadas entre os profissionais de saúde, educação e os próprios pais ou responsáveis, a fim de se atingir a transdisciplinaridade (Carreiro et al., 2008).

Ademais, a compreensão fenomenológica do ser apareceu como imprescindível para se considerar a pessoa em sua totalidade, levando em conta fatores subjetivos, culturais e históricos de sua experiência de vida. O indivíduo deve ser compreendido como um todo interconectado, que constantemente interage e se modifica com o ambiente ao seu redor (Giorgi, 2006).

Categoria 4 - A função do diagnóstico: para quê e para quem

O diagnóstico infantojuvenil é realizado pelo trabalho e observações de vários profissionais e de sua rede de apoio. Pode-se mencionar como participantes do processo desde os pais e a escola até os profissionais da saúde (médicos e psicólogos). Esse fato implica que a tomada de decisão em um diagnóstico perpassa por um conjunto de subjetividades e intenções. Como destacado por Araújo (2010), a forma como uma pessoa interpreta uma situação específica não reflete necessariamente a essência da situação em si, mas sim a interpretação que ela está atribuindo e o significado que está dando ao fenômeno vivenciado. Isso corrobora o que foi encontrado nas entrevistas realizadas, nas quais se percebe que a rotulação da criança ou do adolescente a um transtorno, muitas vezes, funciona como uma justificativa para a mudança na forma de se relacionar com esse público.

Participante A: Então na escola, tem uma gíria, uma expressão que é o aluno laudado, como se fosse um problema e fica em uma escola em vez dos alunos terem o suporte e o acolhimento, né, tratado com afetividade, com respeito. Ele vira um aluno problema que vai interferir no padrão. Já começa totalmente a ordem da coisa invertida.

Participante G: Eu defino o diagnóstico como o encontro de intencionalidades. Como é que eu trabalho? Coloco todas essas intencionalidades para dialogarem. E aí qual o interesse da família em manter o rótulo? Tinha o pai que tinha interesse em manter o rótulo, porque aí a filha dormiria com a porta do quarto aberta, porque a menina podia se matar. O próprio adolescente, todo mundo tem interesse no rótulo, na verdade, a escola tem interesse porque não tem que ter trabalho, o psiquiatra tem interesses, laboratórios têm interesse e alguns terapeutas também, que ganham um dinheiro em cima do rótulo.

Participante P: A gente tem que ter um cuidado, eu tô falando isso, porque às vezes os pais querem. Até isso também, esse é um fator importante: a gente filtrar o que é queixa do pai e o que é demanda dessa criança ou adolescente. Então é preciso diferenciar isso que é demanda do pai, que é

demanda dessa criança, e muitas vezes o pai quer um diagnóstico porque ele quer medicar, porque medicar é mais fácil.

Evidencia-se o entendimento do princípio de intencionalidade, descrito por Araújo (2010), em que a consciência outorga um sentido às coisas. É inegável, dentro de um processo diagnóstico infantojuvenil, a quantidade de indivíduos envolvidos nele. Nesse sentido, levando em consideração a perspectiva fenomenológica-existencial, é imprescindível reforçar as vivências e as experiências subjetivas dos indivíduos e a maneira como eles atribuem significado aos eventos (Tenório, 2003). Esse ponto exige um olhar mais cauteloso e crítico acerca do papel dos envolvidos no processo de diagnóstico, os quais podem estar exercendo, em suas atribuições de sentido, a manutenção de um rótulo reducionista em crianças e adolescentes para assegurar, formalmente, suas vivências e necessidades subjetivas.

Reafirma-se assim outro ponto possível de se perceber, apresentado pelo Evangelista (2016), é que os sintomas e as demandas que ocasionaram a busca pelo diagnóstico podem não estar somente isolados nas crianças e nos adolescentes. Por isso, como também foi destacado pelo autor, é importante o próprio cliente estar implicado no seu processo de diagnóstico. Ressalte-se que a importância da participação do cliente em seu diagnóstico equipara-se à do profissional que o elabora.

Esse olhar crítico e integral permite compreender não só uma aproximação maior da essência do fenômeno de um diagnóstico, mas também os interesses sociais e culturais que o cercam. Proporciona-se, assim, um processo mais humano, ao considerar o ser em sua complexa interação com si e com o mundo, ao invés de simplificá-lo e enquadrá-lo em um transtorno apenas por apresentar requisitos pré-estabelecidos expostos em um manual.

Considerações Finais

Esse trabalho objetivou compreender como psicoterapeutas de linha humanista vivenciam a questão do diagnóstico infantojuvenil na clínica. Como objetivos específicos, considerou-se compreender a visão de psicopatologia na infância e na adolescência para psicólogos humanistas; entender a forma de atuação desses profissionais diante de casos de diagnósticos em crianças e adolescentes; investigar os diversos fatores envolvidos no processo de diagnóstico infantojuvenil e as repercussões em seus sistemas sociais decorrentes do diagnóstico. Além disso, buscou-se analisar qual o papel dos terapeutas diante de um alto número de diagnósticos e medicalização nesse público. A metodologia utilizada foi o Método Fenomenológico de Investigação da Psicologia. A base teórica utilizada se fundamentou em uma perspectiva fenomenológica-existencial da psicologia clínica.

Destaca-se que o objeto de estudo foi a vivência dos psicoterapeutas em casos de diagnóstico infantojuvenil, entretanto a vivência do terapeuta é permeada na relação terapêutica e, portanto, na vivência das crianças e adolescentes dentro da clínica. Por isso, o que foi observado e apareceu foi o fazer e a percepção dos psicoterapeutas, com exemplos de caso, ademais utilizaram-se de termos técnicos para explicação. Apesar disso, os objetivos pretendidos foram alcançados e evidenciados a partir das entrevistas realizadas. Inicialmente, foi abordado que os psicoterapeutas, dentro desse contexto de diagnóstico infantojuvenil, desempenham um papel dissemelhante com a existência da visão médica predominantemente focada no transtorno e na remissão de seus sintomas em detrimento da pessoa. O psicoterapeuta, portanto, é responsável pela inversão dessa ordem como primeiro passo do processo psicoterapêutico, em que se passa a considerar mais a pessoa, possibilitando que ela exponha suas questões e percepções acerca de sua realidade.

Os três participantes trouxeram, durante suas falas, que, ao se acolher a pessoa em sua integralidade, gera-se um maior potencial de mudança e tratamento do que quando o acolhimento é focado, simplesmente, nos sintomas ou no transtorno. Dentro do contexto de saúde mental, destacou-se a existência de uma capacidade inata ao indivíduo, independente de qualquer idade ou condição atípica, de ajustamento e atualização em busca de sua saúde.

O adoecimento mental, para a psicologia humanista, aparece como uma forma de ajustamento do indivíduo, interrompendo o funcionamento natural fluido e de atualização. O diagnóstico, quando não considera o adoecer como algo que faz parte da estrutura do indivíduo, pode reduzir e limitar a pessoa a quem da sua forma de existir-no-mundo. Com isso, o diagnóstico pode funcionar como um enrijecimento do processo natural da busca de saúde, ao desconsiderar o potencial de ajustamento inato do indivíduo e atribuir a ele uma disfuncionalidade biológica e determinista.

Salienta-se que existem questões fisiológicas e estruturais da biologia humana que acarretam condições imutáveis nos aspectos psíquicos das pessoas. Além disso, cabe pontuar ainda que, principalmente no público infantojuvenil, há risco de o diagnóstico ter impacto negativo no sistema social de crianças e adolescentes, caso eles assumam essa posição e se utilizem do rótulo para sua percepção de si no mundo ou iniciem um outro movimento psicopatológico para compensação da imagem distorcida definidora de si.

O trabalho psicoterapêutico com o público infantojuvenil envolve necessariamente a inserção dos agentes de sua rede de apoio e convivência. Eles são os responsáveis pela busca do acompanhamento psicológico do cliente e devem estar implicados nele. Apesar disso, é

importante separar o que é demanda do cliente e o que é demanda de terceiros. É preciso considerar as formas de a criança e o adolescente se relacionarem com a família e dentro das instituições em que estão inseridos, as quais, muitas vezes, podem ser as engrenagens propulsoras de toda a disfuncionalidade apresentada, ou podem servir como fortes aliadas para um eficiente manejo terapêutico.

Um ambiente acolhedor e de liberdade permite que o público infantojuvenil apresente suas próprias demandas. Destacam-se diferenças importantes entre a forma de manejo psicoterapêutico com crianças e com adolescentes. Na clínica infantil é necessária a comunicação por meio do lúdico e do simbolismo. Na clínica juvenil essa estratégia pode não ter a mesma eficácia, sendo interessante serem exploradas formas de pensamento mais abstratas e de linguagem mais complexas.

Nota-se que o diagnóstico deve possuir um caráter transdisciplinar, o que significa que deve ser feito por uma equipe que trabalhe em conjunto, realizando observações específicas de cada área, de forma que haja trocas sem hierarquização de saberes. Atualmente, observa-se a existência de interdisciplinaridade e multidisciplinaridade para elaboração de diagnósticos, entretanto esse processo pode conter falhas pela falta de abertura dos profissionais e da verticalização na forma da realização do trabalho.

Percebeu-se também, nas entrevistas realizadas, a necessidade de cuidado na escolha de profissionais parceiros que assumam uma posição crítica em relação ao determinismo, de modo que facilitem e apoiem o trabalho conjunto como um recurso importante para a produção de um diagnóstico mais integrado, que abarque o contexto histórico, a realidade atual e os aspectos cognitivos do indivíduo. Realizar um diagnóstico negligenciando a importância de uma investigação ampla e da troca de saberes entre profissionais pode originar prejuízos nos âmbitos sociais e emocionais desse público, tais como mudanças na forma como o indivíduo é tratado pelos outros, baixa autoestima, sentimento de inadequação e, conseqüentemente, mudança na forma de se relacionar com outras pessoas.

Evidenciou-se ainda o diagnóstico infantojuvenil como resultado das intenções do sistema familiar e/ou escolar, além de estarem envolvidos nesse resultado os interesses dos profissionais que o elaboram. Isso quer dizer que a interpretação de um indivíduo não coincide com a essência da situação, mas sim reflete o significado que ele está atribuindo a isso. Muitas vezes, o diagnóstico exerce uma função para os participantes no processo. Ele pode servir de justificativa para uma série de mudanças na forma de interação com as crianças e os adolescentes. Com isso, faz-se corresponder a situação aos significados atribuídos, às subjetividades e às intenções particulares dos envolvidos no diagnóstico.

O cliente também pode se utilizar desse enquadramento patológico para atingir objetivos e necessidades próprias. Ao assumir sua classificação, mesmo não lhe pertencendo, ele consegue obter recompensas temporárias em decorrência dela. O diagnóstico nas crianças e adolescentes difere-se dos realizados em adultos, porque o enquadramento, já nessa idade, se mostra como muito mais relevante e impactante para a vida, podendo ter, como efeito irreversível, um transtorno mais durável e incapacitante.

Acredita-se que o melhor caminho para solução de uma possível patologização e medicalização na infância e na adolescência seja uma maior difusão do conceito de transdisciplinaridade e de sua aplicação prática. Atualmente, as linhas humanistas da psicologia trazem, em suas teorias, um discurso contrário aos diagnósticos, mas talvez o mais interessante seja uma maior participação de todas as profissões envolvidas no processo diagnóstico. O saber nunca será universal, e as pessoas a serem examinadas são as maiores detentoras das fontes de saber sobre suas questões. Acredita-se que, a partir de uma maior consideração, valorização e implicação, principalmente das crianças e adolescentes, no seu processo de diagnóstico, em conjunto com uma equipe profissional qualificada, interligada e disposta a trocas, será possível realizar cada vez mais diagnósticos integrados e funcionais.

A partir das entrevistas realizadas, pontuam-se algumas limitações percebidas na pesquisa. Apesar de ter sido notada a importância da interdisciplinaridade, não foi contemplada, no trabalho, a percepção de profissionais de outras áreas e dos pais acerca do processo de diagnóstico infanto-juvenil. Acredita-se que isso traria um olhar mais amplo e sistêmico à pesquisa, assim como deve ter esse olhar para a elaboração do diagnóstico. Outra limitação observada foi a falta de dados, falas e informações trazidas pelo próprio público em destaque, o que seria visto como muito benéfico, pois atribuiria valor e consideração aos principais envolvidos no processo.

Por fim, como última limitação observada, verifica-se que, apesar de a pesquisa levantar pontos que sugerem caminhos interessantes e que promovem mudança na forma patologizante de se enxergar a vida, não se obteve uma conclusão exata sobre o papel que os psicoterapeutas humanistas devem exercer dentro de um contexto de altos números de diagnósticos e medicalização na infância e adolescência. Entretanto, abre-se espaço para uma reflexão pessoal: Dificilmente a trajetória da história da humanidade estará associada à ampliação da noção de “saúde mental e biológica”. Isso porque existem diversos eventos que ocorrem na humanidade e que impactam no aparecimento de mais transtornos e no desaparecimento de capacidades cognitivas, tornando-se díspar do que atualmente é estipulado como normalidade. Citam-se, como exemplos desses eventos, as pandemias e os

avanços tecnológicos.

Com isso, entende-se que a participação da linha humanista da psicologia dentro desse contexto de diagnósticos é benéfica, haja vista que essa visão considera o potencial natural do indivíduo de se autorregular e de caminhar em direção à saúde, assim como a forma com que se relaciona com si e com o mundo que o cerca. A psicologia humanista permite desenvolver a esperança de que ainda é possível observar um futuro que possibilite à humanidade uma melhor qualidade em sua forma de existir-no-mundo e que possa estar mais associado a uma real possibilidade de saúde, mesmo que a tendência biológica, cognitiva e comportamental seja favorável, cada vez mais, ao enquadramento de psicopatologias.

Sugerem-se, a partir disso, mais pesquisas que avaliem as formas de relacionamento dos pais com as crianças, especialmente se em alguma medida essa relação pode estar afetando o atual comportamento dos filhos. Outro ponto de destaque é a possibilidade de ser avaliado o que o aumento elevado da utilização de tecnologia por parte das crianças pode estar ocasionando no público infantojuvenil. Ademais, a presente pesquisa se limita a esse público alvo, mas é interessante serem realizadas mais pesquisas, tanto com a implicação das crianças e dos adolescentes nas informações coletadas, como também com o outro público alvo adulto. Sugerem-se ainda, mais pesquisas que abordem a efetividade e as repercussões da participação de psicólogos humanistas dentro do processo diagnóstico.

Essa pesquisa permite levantar reflexões a serem exploradas em pesquisas posteriores, acerca da preocupação com a patologização e com a medicalização da vida infantojuvenil. Além disso, ela incentiva os profissionais atuantes nos diagnósticos a desenvolverem mais estudos sobre a transdisciplinaridade e a terem uma equipe mais integrada. Essa pesquisa contribui para que aspirantes à psicologia clínica com crianças e adolescentes aperfeiçoem seus conhecimentos na área, bem como incentiva todos os profissionais que possuem contato com esse público a refletirem acerca da necessidade de terem uma maior cautela e horizontalização durante o processo do diagnóstico e do seu manejo.

Referências

- Abrão, J. L. F. (2020). Os primórdios da Psiquiatria Infantil e seus reflexos no Brasil *Memorandum*. v. 37. <https://doi.org/10.35699/1676-1669.2020.14698>.
- Almeida, A. N. S. (2014). Adolescência e psicopatologia. *Encontro: Revista de psicologia*. 17(27). <https://seer.pgskroton.com/renc/article/view/2992>.
- Almeida, D. M. de M. & Gélter, L. (2018). Psicologia e educação: transdisciplinaridade na construção do atendimento educacional especializado de Caarapó-MS. *Revista on-line de Política e Gestão Educacional*, Araraquara, v. 22, n. 2, p. 856–871. <https://doi.org/10.22633/rpge.unesp.v22.nesp2.dez.2018.11917>.
- Alves, K. H. & Romanha, R. (2019). A psicopatologia infantil na perspectiva de profissionais da área do desenvolvimento na primeira infância. [Trabalho de conclusão de curso]. Universidade do Sul de Catarina. Disponível em <https://repositorio.animaeducacao.com.br/bitstream/ANIMA/10436/1/Artigo%20Cient%20-%20Kamilla%20Herm%C3%ADnio%20Alves.pdf>.
- American Psychiatric Association (2014). Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (5ª Ed.): DSM-V. Porto Alegre: Artmed. Disponível em https://www.alex.pro.br/DSM_V.pdf.
- Antony, S. & Ribeiro, J. P. (2005). Hiperatividade: doença ou essência um enfoque da gestalt-terapia. *Psicologia: Ciência e Profissão* 25(2), 186-197. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932005000200003>.
- Anselmi, L.. (2008). Psicopatologia no início da adolescência: prevalência, continuidade e determinantes precoces. [Tese de Doutorado]. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Disponível em <http://hdl.handle.net/10183/15371>.
- Araújo, A. M. L. (2010). O diagnóstico na abordagem fenomenológica-existencial. *Revista IGT na Rede*. 7(13), 315-323. Disponível em: <https://igt.psc.br/ojs3/index.php/IGTnaRede/article/view/251>.
- Araújo, Á. C., & Neto, F. L. (2014). A nova classificação americana para os transtornos mentais—o DSM-5. *Revista brasileira de terapia comportamental e cognitiva*, 16(1), 67-82. <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v16i1.659>.
- Ariés, P. (1981). História Social da Criança e da Família. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan.
- Axline, V. M. (1972). Ludoterapia: A Dinâmica Interior da Criança. Belo Horizonte: Interlivros.
- Barbosa, M. de B. & Leite, C. D. P. (2020). Infância e patologização: Contornos sobre a

- questão da não aprendizagem. *Psicologia Escolar e Educacional*. v. 24. <https://doi.org/10.1590/2175-35392020220707>.
- Ballone, G.J. (2018) – Depressão na Adolescência – in. PsiqWeb, Internet, disponível em <https://ballone.com.br/dicionario/depressao/>.
- Bezerra, M. E. S & Bezerra, E. N. (2012). Aspectos humanistas, existenciais e fenomenológicos presentes na abordagem centrada na pessoa. *NUFEN*, São Paulo, v. 4,n.2,p.21-36. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-2591201200020004&lng=pt&nrm=iso.
- Benetti, S. P. D. C. (2006). Conflito conjugal: impacto no desenvolvimento psicológico da criança e do adolescente. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19, 261-268. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722006000200012>.
- Brito, S. & Blanes. S. (2022). Os desafios dos adultos diagnosticados com TDAH. *Veja*. <https://veja.abril.com.br/saude/os-desafios-dos-adultos-diagnosticados-com-tdah/>.
- Brito, R. A. C., Freire, J. C., Bloc, L. G. & Cavalcante, V. S. M. (2021). Da ludoterapia não-diretiva à ludoterapia centrada na criança - desenvolvimento histórico. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 27(2), 213-226. <http://dx.doi.org/10.18065/2021v27n2.8>.
- Carreiro, L. R. R. et al. (2008). Importância da interdisciplinaridade para avaliação e acompanhamento do transtorno do déficit de atenção e hiperatividade. *Psicologia: teoria e prática*, 10(2), 61-67. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-3687200800020005&lng=pt&tlng=pt.
- Conselho Regional de Psicologia. (2019). *Caderno Temático CRP SP: Patologização de medicalização das vidas: reconhecimento e enfrentamento*. (1a ed.). <https://www.crpssp.org/uploads/impresso/2712/2REvRIZxOwmcqcla4uOjLBNCiVBD6yAr.pdf>
- Corrêa, A. R. M. (2010). Infância e patologização: crianças sob controle. *Revista Brasileira de Psicodrama*, 18(2), 97-106. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-5393201000020006&lng=pt&tlng=pt.
- Costa, M. I. M. & Dias, C. M. S. B. (2005). A prática da psicoterapia infantil na visão de terapeutas nas seguintes abordagens: psicodrama, Gestalt terapia e centrada na pessoa. *Estudos de Psicologia*, 22(1), 43-51. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2005000100006>.

- Costello, E. J., Compton, S. N., Keeler, G., & Angold, A. (2003). Relationships between poverty and psychopathology: A natural experiment. *Jama*, 290(15), 2023-2029. <https://doi.org/https://doi.org/10.1001/jama.290.15.2023>.
- Cótica, C.S., Monteiro, T., Portela, R., Pantoja, L., & Paixão, T. (2016). Psicoterapia Infantil na Abordagem Centrada na Pessoa. (En)Cena: A Saúde Mental em Movimento. Disponível em <https://encenasaudemental.com/comportamento/insight/psicoterapia-infantil-na-abordagem-centrada-na-pessoa-acp-possibilidades-e-desafios/>.
- D'Abreu, & Lylla, C. F. (2012). O desafio do diagnóstico psiquiátrico na criança. *Contextos Clínicos*, 5(1), 2-9. <https://dx.doi.org/10.4013/ctc.2012.51.01>.
- Danziato, L. J. B., & de Souza, L. B. (2016). O lugar do sujeito e do gozo nos processos de medicalização dos sintomas. *Psicanálise & Barroco em revista*, 14(1). <https://doi.org/10.9789/1679-9887.2016.v14i1.%25p>.
- De Abreu, D. B. & Zacharias, D. G. (2016). Psicoterapia e Adolescência. *Boletim EntreSIS*, 1(1), 2-7. Disponível em <https://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/boletimsis/article/view/16148/4046>.
- De Souza, G. M. (2015). Psicodrama em relação à psicopatologia: uma análise entre a fenomenologia compreensiva e descritiva. *Revista Educ-Faculdade de Duque de Caxias*, 2(2), 102-113. Disponível em https://uniesp.edu.br/sites/_biblioteca/revistas/20170608151356.pdf.
- Dos Santos, M. S. (2017). Angústia, adolescência e reestruturação de self na ótica humanista-existencial. Disponível em https://www.psicologia.pt/artigos/ver_artigo.php?angustia-adolescencia-e-reestruturacao-do-self-na-otica-humanista-existencial&codigo=A1092.
- Evangelista, P. (2016). O psicodiagnóstico interventivo fenomenológico-existencial grupal como possibilidade de ação clínica do psicólogo. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 22(2), 219-224. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672016000200014&lng=pt&lng=pt.
- Fischer, D. & Macedo, M. L. W. S. (2018). Adolescência e o contexto familiar: Reflexões a partir da Gestalt-Terapia. *Boletim EntreSis*. 3(1), 67-77. <https://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/boletimsis/article/view/18002/1192611968>.
- Grandesso, M. (2000). Sobre a reconstrução do significado: Uma análise epistemológica e

hermenêutica da prática clínica. *São Paulo: Casa do psicólogo.*

- Giorgi, A. (2006). Dificuldades encontradas na aplicação do método fenomenológico nas ciências sociais. *Análise psicológica*, 3(24), 253-361. <http://hdl.handle.net/10400.12/5989>.
- Giorgi, A., & Sousa, D. (2010). Método fenomenológico de investigação em psicologia. Lisboa: Fim de século, 25, 73-91.
- Grunspun, H. (1992). Distúrbios neuróticos da criança. Rio de Janeiro: Editora Atheneu.
- Holanda, A. (1998). Saúde e doença em Gestalt-Terapia: aspectos filosóficos. *Estudos de Psicologia*, 15(2), 29-44. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X1998000200002>.
- Iribarry, I. N.. (2003). O diagnóstico transdisciplinar em psicopatologia. *Revista Latinoamericana De Psicopatologia Fundamental*, 6(1), 53-75. <https://doi.org/10.1590/1415-47142003001005>.
- Januário, L. M., & Tafuri, M. I. (2009). O sofrimento psíquico grave e a clínica com crianças. *Revista Subjetividades*, 9(2), 527-550. Disponível em <https://ojs.unifor.br/rmes/article/view/1629>.
- Kamers, M. (2015). A falsa epidemia do TDAH e os impasses no uso da metodologia DSM na infância. *Estilos Clínicos*. 21(2), 516-527. <https://dx.doi.org/http://dx.doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v21i2p516-527>.
- Kim, M. M., Saigal, S., Pinelli, J., Hoult, L., & Boyle, M. (2003). Psychopathology and social competencies of adolescents who were extremely low birth weight. *Pediatrics*, 111(5), 969-975. <https://doi.org/10.1542/peds.111.5.969>.
- Lima, R. C. (2019). Classificação e psicopatologia da infância e adolescência: a contribuição francesa chega ao Brasil. *Estilos da clínica*. 24(1), 173-177. <https://doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v24i1p173-177>.
- Lopes, J. dos S. (s.d.) O atendimento à criança: Uma proposta humanista relacional. EncontroACP. Disponível em <https://encontroacp.com.br/textos/o-atendimento-a-crianca-uma-proposta-humanista-relacional/>.
- Marcos, L. R. (2019) 10 de outubro, Dia mundial da Saúde Mental. Acompanhart: Moradia Assistida e Casa Dia. Disponível em <https://www.acompanhart.com.br/post/10-de-outubro-dia-mundial-da-sa%C3%BAde-mental#:~:text=As%20estat%C3%ADsticas%20nos%20mostram%20que,de%2010%20a%2014%20anos>.

- Miranda, W. B. (2003). Saúde e doença em Gestalt Terapia. [Trabalho de conclusão de curso] Centro Universitário de Brasília. Disponível em <https://repositorio.uniceub.br/jspui/handle/123456789/2864>.
- Moreno, J. L. (1974). Psicoterapia de grupo e psicodrama . São Paulo: Mestre Jou, 1974.
- Mota, C. P. (2012). A fuga de André: uma intervenção psicoterapêutica. *Estudos de Psicologia*. 29(1), 809-820. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2012000500017>.
- Oaklander, V. (1980). Descobrimo crianças: abordagem gestáltica com crianças e adolescentes. São Paulo: Summus.
- Paoliello, G. (2001). O problema do diagnóstico em psicopatologia. *Revista Latinoamericana De Psicopatologia Fundamental*, 4(1), 86–93. <https://doi.org/10.1590/1415-47142001001008>.
- Perls, F. (1981). A abordagem gestáltica e testemunha ocular da terapia. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- Piaget, J. (1976). Psicologia e Pedagogia. 4ª. ed. Rio de Janeiro: Forense/ Universitária.
- Poisk, C., Poisk, E., Miotto, J. F., & Linartevichi, V. (2019). Psicopatologias na infância e na adolescência. *FAG Journal of health (FJH)*, 1(4), 91-99. <https://doi.org/10.35984/fjh.v1i4.153>.
- Pratta, E. M. M., & Santos, M. A. D. (2007). Família e adolescência: a influência do contexto familiar no desenvolvimento psicológico de seus membros. *Psicologia em estudo*, 12, 247-256. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722007000200005>.
- Rogers, C. (1975). A terapia centrada no cliente. São Paulo: Martins Fontes.
- Sadock, B.J., Sadock, V.A., & Ruiz, P. (2017). Compêndio de Psiquiatria: Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica. 11. ed. Porto Alegre: Artmed.
- Sanders, P. (2009). Os desafios da abordagem centrada na pessoa aos sistemas de saúde tradicionais de psicologia. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 8(1), 1-17. <https://doi.org/10.1080/14779757.2009.9688477>.
- Secretaria municipal de Saúde do Rio de Janeiro. (2018). Coleção Guia de Referência Rápida: Saúde Mental na Infância: identificação, manejo e qualificação do cuidado. (1a ed.). https://www.mprj.mp.br/documents/20184/841707/guia_de_referencia_em_saude_mental_na_infancia_1_edicao_2018.pdf.
- Silva, L. de C. & Silva, E. A. (2019). Psicodrama e atividades lúdicas na promoção e prevenção da saúde mental infantil. *Revista do NUFEN*, 11(1), 215-231. <https://dx.doi.org/10.26823/RevistadoNUFEN.vol11.n%C2%BA01rex26>.

- Silva, T. J. C. & Melo, S. C. de A. (2018). Violência infantil: atuação do psicólogo no processo de auxílio à criança. *Psicologia E Saúde Em Debate*, 4(1), 61–84. <https://doi.org/10.22289/2446-922X.V4N1A4>.
- Souza, C. P. & Callou, V. T. & Moreira, V. (2013). A questão da psicopatologia na perspectiva da abordagem centrada na pessoa: diálogos com Arthur Tatossian. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 19(2), 189-197. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672013000200006&lng=pt&tlng=pt.
- Taverna, C. S. R. (2011). Medicalização de crianças e adolescentes. *Revista ABRAPPE*. <https://doi.org/10.1590/S1413-85572011000100018>.
- Therense, M. (2019). O processo ludoterapêutico na perspectiva fenomenológico-existencial das crianças em atendimento clínico. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 25(1), 15-25. <https://dx.doi.org/10.18065/RAG.2019v25.2>.
- Tenório, C. M. D. (2003). A psicopatologia e o diagnóstico numa abordagem fenomenológica-existencial. *Universitas Ciências da Saúde*, 1(1), 31-44. <https://doi.org/10.5102/ucs.v1i1.493>.
- Teodoro, E. F. & Júnior, R. S. (2021). O poder transformador dos encontros: uma análise da animação Destino. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 27(2), 202-212. <https://dx.doi.org/10.18065/2021v27n2.7>.
- UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância. (2021). Saúde mental de adolescentes: A pandemia reforçou a urgência de medidas para garantir o bem-estar de toda uma geração. É preciso agir para promover a saúde mental de adolescentes. UNICEF para cada criança, Brasil. Disponível em <https://www.unicef.org/brazil/saude-mental-de-adolescentes>.
- Vygotsky, L. S. (1997). The history of the development of higher mental functions. v.5. New York: Kluwer Academic.
- Wallon, H. (1995). A evolução psicológica da criança. Lisboa, Edições 70.
- Warner, M. S. (2006). Toward an Integrated Person-Centered Theory of Wellness and Psychopathology. *Person-centered & experiential psychotherapies*, 5(1), 4-20. <https://doi.org/10.1080/14779757.2006.9688389>.

