



## **SEPARATA**

***Caros leitores,***

***Este arquivo é uma separata do livro “Tópicos em Saúde e Direitos” (Ventura, CAA; D’ANDREA, G; OLIVEIRA, RGV; RICARDO, MF (Orgs.), Sociedade Brasileira de Comunicação em Enfermagem, 2017). Os capítulos foram disponibilizados individualmente para facilitar o acesso daqueles que buscam por assuntos mais específicos e potencializar os resultados de revisões de literatura.***

***Os demais capítulos individualizados, a versão completa do livro com informações editoriais completas podem ser encontrados para download no seguinte link:***

***[bit.ly/livrosaudedireito2017](http://bit.ly/livrosaudedireito2017)***

***Muito obrigado!***

***Os Organizadores***



# ***Infância e Adolescência: direitos e transtornos***

***Marinêz de Fátima Ricardo***

***Michelle Andrea Marcos***

## **RESUMO**

O sucesso social e escolar das crianças passou a depender de variantes que estão, muitas vezes, relacionadas a seu emocional, à sua saúde mental. Algumas crianças chegam à escola com diferentes quadros de transtornos psiquiátricos como Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), depressão, escarificações (automutilação). A situação é tão grave que há campanhas para que se conscientize sobre a medicação excessiva para crianças, principalmente em relação ao consumo do Metilfenidato. Em relação à depressão, é raro o quadro depressivo ser notado, pois nem sempre os sintomas são observados e podem passar despercebidos por pais e educadores sem que a criança receba a assistência necessária. Além disso, outro quadro preocupante é o da automutilação, cada dia mais crescente principalmente entre grupos de adolescentes, que lesionam o seu próprio corpo

em busca de um alívio para as dores emocionais que eles não conseguem sanar. Diante disso, esse estudo objetiva relacionar os direitos elencados no ECA à saúde e à educação e contrastá-los com estudos que versam sobre a saúde mental infantil e as suas consequências no âmbito escolar, na tentativa de propor possíveis ações que amenizem o quadro atual. Dessa maneira, esta é uma pesquisa bibliográfica, baseada em documentos o mais recentes possível, pois o recorte feito é dinâmico e ainda é pouco focalizado.

## **INTRODUÇÃO**

Atualmente, com o desenvolvimento tecnológico e mudanças socioculturais, o comportamento das crianças também sofreu alterações e isso tem refletido em vários contextos, inclusive no escolar.

A conduta infantil tem despertado preocupação em educadores e pais, pois, em vários casos, destoa da expectativa social e escolar, fazendo com que não se saiba como agir. Cada vez mais há ocorrências de crianças com dificuldade em seguir regras disciplinares e em acompanhar o processo de ensino/aprendizagem.

Nesse contexto, muitos pais (na maioria das vezes orientados pelos educadores) procuram ajuda com especialistas da saúde para verificar se há alguma explicação patológica para as atitudes de seus filhos. Entre os diagnósticos, um dos mais constantes é o TDAH (Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade) normalmente já nos primeiros anos de escolarização.

A Associação Brasileira de Psiquiatria (2014) conceitua o TDAH como um transtorno do neurodesenvolvimento que afeta a parte de atenção, desorganização e/ou hiperatividade-impulsividade. A criança apresenta inquietação, impulsividade, intromissão em atividades alheias; atitudes essas que são comuns às crianças, porém devem ser observadas com mais atenção se forem excessivas para a idade.

Outro quadro preocupante nas escolas é a depressão. Doença que atinge grande número de habitantes no mundo inteiro, passou a ser também um problema apresentado por crianças. São vários os fatores que podem fazer com que a criança apresente sintomas depressivos e é a combinação de vários sintomas que definem qual o grau de depressão em que a pessoa se encontra e qual é o tratamento indicado, ressaltando que a tristeza (um dos sintomas depressivo) é natural do ser humano e deve ser respeitada, deve-se ficar alerta somente quando acompanhada por outros distúrbios e por tempo prolongado.

Na criança, isso se agrava, pois muitas vezes os pais não notam a mudança comportamental do filho ou não tratam a situação com a seriedade que ela necessita. Além disso, há crianças que não demonstram os seus problemas, mascarando a situação e impossibilitando que sejam ajudados.

Além das situações anteriores, há outro quadro infantil alarmante que é a automutilação, que consiste em cortes feitos na pele, principalmente na fase da adolescência, com diferentes objetos: lâmina de apontador ou estilete, caco de vidro, compasso etc. Deve-se observar que os ferimentos não objetivam o suicídio, é uma lesão cutânea que concretiza um sofrimento emocional, a não aceitação ou a não compreensão de situações pelas quais a criança esteja passando, muitas vezes consequência de quadro depressivo.

Le Breton (2010) afirma que os cortes podem variar de profundidade de acordo com a intensidade do sofrimento e que pode ser apenas em uma parte do corpo ou em várias dependendo da situação. Os ferimentos são uma “cirurgia de significados”, permitindo que a dor sentida saia, é uma transformação da dor emocional em física.

Com esse cenário inquietante, ao considerarmos o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) sobre o direito à Saúde, muitos podem interpretar que cumpri-lo seja apenas garantir que a criança tenha assistência médica e medicação necessárias para que seu bem-estar esteja assegurado. É importante que se faça uma leitura mais ampla e adequada à realidade atual

local para entender que o bem-estar infantil está relacionado a outras garantias.

No entanto, o Brasil é um país grande que apresenta realidades muito distintas. Há crianças que ainda não recebem assistência mínima devido ao local em que moram e que, a elas ter um médico que as atenda, é um privilégio. Além disso, pela situação de miséria em que vivem, não têm acesso às tecnologias e as brincadeiras das quais participam, normalmente, são com outras crianças.

Por isso, faz-se necessário constar que há outros contextos que também precisam ser analisados e que devido à extensão do assunto, esta pesquisa se deteve apenas na realidade das crianças que já recebem um acompanhamento mínimo em regiões mais estruturadas, nas grandes metrópoles, e que carecem de outras atenções especiais à sua saúde.

Portanto, é importante uma interpretação mais ampla e mais contextualizada do ECA, pois as necessidades variam e as soluções para elas também. Além disso, os direitos devem ser salvaguardados, sem que as responsabilidades sejam ignoradas e que todas as personagens desse processo tenham clara a sua participação: poder público, sociedade, família e a criança.

Dessa maneira, este estudo focaliza três problemas graves recorrentes em crianças e, conseqüentemente, presente nas escolas, tentando organizar informações importantes para profissionais da Educação e da Saúde, além da sociedade em geral, para que, assim, possam ajudar as crianças que estejam em alguma das situações focalizadas.

Cabe ainda ressaltar que, para esse estudo, ao nos referirmos à criança, teremos como conceito norteador presente na Convenção sobre os Direitos da Criança (ONU, 1989) que define “criança” como menoridade ao tratar do tema saúde mental, que no caso do Brasil é a pessoa menor de 18 anos de idade, inserindo, assim, também neste grupo os adolescentes focalizados pelo ECA.

## **TDAH**

O TDAH é atualmente um dos diagnósticos mais comuns entre crianças que apresentam dificuldade de aprendizagem nas escolas. Porém, esse mal não está presente apenas entre as crianças, há vários adultos que também são diagnosticados com a doença, apesar de que ainda não haja uma unanimidade entre os pesquisadores sobre até qual idade a doença se faz presente.

Segundo definição dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS)<sup>1</sup>, os sintomas geralmente são atenuados no fim da adolescência, embora uma minoria experimente o quadro completo até o meio da idade adulta. Já a Associação Brasileira de Déficit de Atenção assume que o TDAH é um transtorno neurobiológico, de causas genéticas, que aparece na infância e frequentemente acompanha o indivíduo por toda a sua vida. (BRATS, 2014, p. 2)

O que se observa é que a forma de diagnóstico é recente e mutável e por mais que se tenham estudos sobre o assunto, é muito prematuro ainda para se ter conceitos definitivos sobre a doença, o que dificulta o laudo e o tratamento.

De acordo com Folquitto:

[...] o TDAH é um transtorno amplamente estudado, porém de diagnóstico difícil, e muitas vezes controverso. Tendo como referência a tríade de sintomas hiperatividade/desatenção/impulsividade, o diagnóstico deste transtorno geralmente é realizado a partir de manuais, que caracterizam o fenômeno exclusivamente por suas manifestações sintomáticas. (FOLQUITTO, 2013, p. 27)

Essa dificuldade de diagnóstico pode gerar pareceres incorretos e tratamentos desnecessários, pois é importante lembrar que a curiosidade, a agitação e dificuldade em se manter focado em apenas uma atividade são

características normais na infância e nem sempre podem ser consideradas como patologia.

Muitas vezes, a excessiva agitação e a desatenção podem ocasionar dificuldades no aprendizado, já que a criança dificilmente consegue focar sua atenção numa tarefa por um período longo de tempo. Por outro lado, dificuldades no aprendizado, em certo grau, são comuns ao desenvolvimento da maioria das crianças e não devem ser confundidas com sintomas de TDAH, como erroneamente tende a acontecer. Portanto, as dificuldades escolares não são critérios para o diagnóstico de TDAH, embora possam parecer como dificuldades secundárias, possivelmente decorrentes dos sintomas apresentados, ou de outras questões não relacionadas diretamente ao transtorno, como problemas de adaptação escolar ou à rotina de estudos, por exemplo. (FOLQUITTO, 2013, p. 31)

Sendo assim, o insucesso no processo de alfabetização é algo que várias crianças podem apresentar e antes de encaminhá-las para um especialista é importante pesquisar as causas da falta de atenção e das dificuldades de aprendizado em casa e no ambiente escolar. Não se pode resolver de maneira simplista e medicamentosa como alguns especialistas tentam.

De acordo com a Associação Brasileira do Déficit de Atenção, os medicamentos recomendados em consensos de especialistas são os estimulantes (lis-dexanfetamina e metilfenidato), a atomoxetina, os antidepressivos (imipramina, nortriptilina, bupropiona), a clonidina e a modafinila. Os estimulantes são a primeira linha para o tratamento, englobando os grupos do metilfenidato e das anfetaminas, que possuem propriedades e efeitos adversos similares. Apesar de não serem indicados para o tratamento dessa condição, alguns clínicos prescrevem antidepressivos. (BRATS, 2014, p. 3)

A maioria das crianças são tratadas com o metilfenidato, que se encontra no mercado brasileiro com os nomes comerciais de Ritalina e Concerta. O número de consumidores é crescente e os medicamentos são vistos como solução para vários problemas, desde comportamentais até de aprendizagem. Alguns especialistas são defensores de que o enquadramento

da criança em um padrão social é um direito dela e que devemos garanti-lo de qualquer maneira, mesmo que seja a medicando, sem considerar as individualidades de cada um.

A criança com dificuldades em leitura e escrita é diagnosticada, procuram-se as causas, apresenta-se o diagnóstico e em seguida a medicação ou o acompanhamento terapêutico. E o que é mais perverso nesse processo, sob o nosso ponto de vista, é que os defensores das explicações organicistas defendem a patologização da criança que não aprende ou não se comporta na escola, como um direito. Utilizam a mesma lógica que se faz presente para as modalidades de doenças, para o processo de aprendizagem. Dizem aqueles que defendem a medicalização do aprender que é um direito da criança ser medicada, ser atendida e ser diagnosticada. Os defensores das explicações organicistas no campo da educação afirmam que é um direito da família saber o problema que esta criança tem e mais do que isso, que cabe ao Estado brasileiro arcar com as despesas do diagnóstico, do tratamento e da medicação. Esse argumento vem ganhando os espaços legislativos de grande parte de cidades e estados brasileiros por meio de inúmeros projetos de lei que visam criar serviços sejam nas Secretarias de Educação, seja na Secretaria de Saúde, para atender as crianças com problemas escolares. (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2013, p. 9)

Esse desvio de expectativa dos professores e das famílias tem gerado vários encaminhamentos de crianças a neurologistas e o diagnóstico, em muitos casos, é de TDAH, sem que, nem sempre, sejam consideradas as consequências, a longo prazo, do tratamento medicamentoso.

Os dados sobre utilização de metilfenidato, droga controlada, tarja preta, e que pode provocar reações adversas, frequentes e graves, como consta em qualquer livro de farmacologia e na própria bula do produto, ministrada a crianças e adolescentes por médicos de várias especialidades com a finalidade de melhorar os sintomas de Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade - TDAH (distúrbio que não raramente está acoplado aos diagnósticos de dislexia), teve um aumento de venda de 71.000 caixas em 2000 para 2.000.000 de caixas em 2010 (dados do IDUM – Instituto de Defesa de Usuários de Medicamentos, 2010). Atualmente, o Brasil é o segundo maior consumidor mundial de metilfenidato situação que nos preocupa sobremaneira. (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2013, p. 9)



Dessa forma, é importante não ser tão imediatista e resolver o problema apenas momentaneamente, pois nessa ânsia de solução rápida podem ser criados problemas maiores futuros. O alto consumo do metilfenidato é um alerta para que outras medidas sejam tomadas em relação ao comportamento das crianças, pois não se pode sanar essa questão apenas os medicando.

## **DEPRESSÃO**

A depressão é uma patologia que preocupa muito na atualidade. O número de pessoas com quadro depressivo é cada vez maior, resultando em problemas individuais e sociais.

De acordo com as estatísticas da Organização Mundial da Saúde (apud MONTEIRO e LAGE, 2007), é estimado para as próximas décadas um aumento significativo no número de deprimidos. Assim sendo, estima-se que em 2020 a depressão representará a segunda enfermidade que mais constará nos anos de vida útil da população mundial, podendo até mesmo ultrapassar o número de afetados por doenças cardiovasculares. Atualmente, é tida como a quarta causa mundial de deficiência e o segundo lugar na faixa etária compreendida entre 15 a 44 anos, havendo a possibilidade de se tornar um problema recorrente que incapacite o sujeito, ao ponto de não conseguir cuidar de si mesmo e nem de suas atividades diárias.

Algumas pessoas confundem a depressão com um profundo sentimento de tristeza, o que, muitas vezes, dificulta um diagnóstico. Ocorre que o sentimento de tristeza faz parte da experiência normal de vida do indivíduo. Entretanto, o conceito de depressão não é sinônimo de tristeza nem de infelicidade, ainda que a infelicidade seja uma característica comum do humor depressivo.

A depressão pode se apresentar como um sintoma, uma síndrome ou um transtorno, com a tristeza fazendo parte de um imenso elenco de problemas, que pode incluir a perda de interesse nas atividades, baixa autoestima, perturbações do sono, mudanças de apetite, entre outros.

Há vários níveis do quadro depressivo. Lima (2004) afirma que o afeto depressivo e a cognição depressiva são sintomas experimentados por inúmeras pessoas ao longo da vida, sem ter qualquer conotação patológica. Em contrapartida, o termo síndrome é mais do que um mero sintoma isolado, ele agrega uma combinação de vários sintomas constituintes de um complexo, determinando a síndrome depressiva.

Ainda há o chamado transtorno depressivo maior, que é o sinônimo para o que todos conhecem como depressão, sendo considerada uma doença grave.

Insta mencionar o **Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-V)** que define como depressão maior quando a pessoa apresenta, concomitante, cinco dos sintomas a seguir, independentemente da idade, por um período maior que duas semanas e que esse quadro seja diferente ao que ela apresentava anteriormente, sendo que o item 1 ou 2 devem estar presentes nos sintomas.

1. Humor deprimido na maioria dos dias, quase todos os dias (p. ex.: sente-se triste, vazio ou sem esperança) por observação subjetiva ou realizada por terceiros (Nota: em crianças e adolescentes pode ser humor irritável);
2. Acentuada diminuição do prazer ou interesse em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias (indicado por relato subjetivo ou observação feita por terceiros);
3. Perda ou ganho de peso acentuado sem estar em dieta (p.ex. alteração de mais de 5% do peso corporal em um mês) ou aumento ou diminuição de apetite quase todos os dias (Nota: em crianças, considerar incapacidade de apresentar os ganhos de peso esperado);
4. Insônia ou hipersônia quase todos os dias;

5. Agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias (observável por outros, não apenas sensações subjetivas de inquietação ou de estar mais lento);
6. Fadiga e perda de energia quase todos os dias;
7. Sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada (que pode ser delirante), quase todos os dias (não meramente autorrecriminação ou culpa por estar doente);
8. Capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se ou indecisão, quase todos os dias (por relato subjetivo ou observação feita por outros);
9. Pensamentos de morte recorrentes (não apenas medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, ou tentativa de suicídio ou plano específico de cometer suicídio. (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 2014, p. 201-202)

Infelizmente, esses distúrbios não afetam apenas adultos, as crianças também apresentam diagnóstico de transtorno depressivo. No entanto, neles os sintomas depressivos podem ter formas de apresentação distintas das ocorridas em adultos.

Segundo Lima (2004), quando as crianças são muito pequenas, não têm capacidade de se expressar. Podem apresentar muito choro ou irritabilidades e queixas somáticas. Já quando as crianças são maiores, ou na adolescência, os sintomas são mais parecidos com os dos adultos.

De acordo com Abramovitch e Aragão (2011), em crianças menores, observam-se várias dificuldades emocionais, com sintomas depressivos, podendo haver hiperatividade e ansiedade. Igualmente comum é o fato das crianças exibirem posturas de oposição e desafio, de hostilidade, instabilidade de humor e crises de raiva. Segundo as autoras, esses sintomas causam prejuízos psicossociais e acadêmicos e, após a recuperação do episódio depressivo, o desenvolvimento normal da criança não será mais atingido ou ficará incompleto.

Além disso, as crianças também apresentam sintomas físicos como dificuldades em ganhar peso ou perda inadequada para a idade. Podem ter insônia ou hipersônia diurna, agitação ou lentificação psicomotora, fadiga ou perda de energia –

expressas no correr e brincar –, sentimentos de desvalia ou culpas, dificuldade de pensar ou de se concentrar – presentes na queda do rendimento escolar – e podem, também, ter pensamentos de morte. (ABRAMOVITCH e ARAGÃO, 2011, p. s/n)

Ainda, faz-se necessário salientar que a depressão maior só pode ser considerada na adolescência caso se apresentar de forma duradoura e frequente, afetando as mais variadas funções e causando danos psicossociais significativos.

São inúmeros fatores possíveis de causar a depressão em crianças e adolescentes, tais como o papel desempenhado pela família. Abuso emocional, físico e/ou sexual, problemas acadêmicos e divórcio dos pais são alguns relevantes fatores de risco. A expressão da depressão maior no indivíduo varia conforme a sua idade e a etapa do desenvolvimento em que esse se encontra quando adoece.

É importante observar que momentos depressivos, às vezes, são necessários para a compreensão das perdas que ocorrem durante a vida, fazendo parte do desenvolvimento e crescimento de um indivíduo. Igualmente, existem momentos em que é normal estar depressivo ou apresentar personalidade triste, além de reações essencialmente depressivas, como a do luto. Por isso a importância de se distinguir sintomas depressivos de transtorno depressivo maior, aceitando que essa enfermidade possa acometer o indivíduo em tenra idade, procurando lhe dar o encaminhamento necessário com a maior rapidez possível, garantindo a eficácia da recuperação da criança sem comprometer o seu desenvolvimento biopsicológico.

## **AUTOMUTILAÇÃO**

Na atualidade, observa-se constantemente um culto ao corpo, à estética, à boa forma física. São produtos de beleza, alimentação, esporte, imagens que propagam o belo, o corpo como uma forma de ser aceito em uma

sociedade. Porém, esse corpo também é guardião de muitos sentimentos e desejos não tão belos ou compreendidos pela sociedade. Alguns sentimentos como ansiedade, angústia, desespero, desânimo podem levar a ações que marcam o corpo de uma forma não tão bela e feliz: a automutilação.

A automutilação traduz-se em um ato de agressão ao próprio corpo, sendo uma verdadeira autolesão, efetuada de forma superficial, moderada ou profunda, sem intenção suicida. Há um tipo específico de automutilação que é a escarificação, também chamada de *cutting*, que é o ato de provocar um ferimento em si mesmo com o uso de instrumentos cortantes, tais como faca, estilete, lâmina, caco de vidro etc. Essa agressão em seu próprio corpo é cada vez mais comum na adolescência e representa “uma verdadeira técnica de sobrevivência para os jovens em sofrimento” (LE BRETON, 2010, p. 25).

Todavia, Arcoverde e Soares (2012, *apud* KOVÁCS, 2008) defendem que apesar de a autolesão em si não ter manifestadamente motivação suicida, esse modo de comportamento autodestrutivo também significa uma afronta, ainda que feita de forma inconsciente, à própria vida, tal como o abuso de drogas e o envolvimento em situações arriscadas.

Além disso, é importante ressaltar que a automutilação é uma forma primitiva de comunicação em que o indivíduo marca em seu próprio corpo, através de sangue, cicatrizes e dor, a sua incapacidade para verbalizar a angústia que sente. Assim sendo, faz-se necessário investigar quais motivos realmente levam o indivíduo a cometer um ato de agressão contra si, tendo em vista que isso contraria o instinto de sobrevivência que é natural a todos os seres humanos, o de proteger-se.

Pode-se considerar a conduta autolesiva como uma alternativa de ação utilizada como estratégia de escapismo ou de enfrentamento do estresse: ao se encontrar numa situação de sofrimento psíquico, o indivíduo se fere propositalmente, pois a dor física desvia o foco desse sofrimento, resolvendo o problema, ainda que temporariamente. (ARCOVERDE e SOARES, 2012, p. 295)

Nesse contexto, a autolesão significa provocar a dor física para aliviar a dor emocional, em uma tentativa verdadeira, ainda que aparentemente contraditória, de sobreviver em meio a experiências imbuídas de sofrimento psíquico. Há estudos que mostram que o alívio da dor emocional parece se sobrepor à dor física.

De fato, vários autores afirmam que o comportamento autolesivo pode ser praticado como forma de aliviar temporariamente emoções negativas, pois diante do flagelo, o cérebro produz endorfina para aliviar a dor do corpo e esse alívio é sentido pelo indivíduo como um alívio da ansiedade, ou até uma sensação de bem-estar, mesmo que temporária.

De acordo com Richardson e Zaleski (1986 *apud* ARCOVERDE e SOARES, 2012), a repetição da autolesão é como um sistema que envolve um círculo vicioso, isto é, a agressão corporal causa a liberação de  $\beta$ -endorfina, que provoca a sensação de bem-estar; porém, uma vez repetida, a conduta autolesiva causa o fenômeno da tolerância e é necessária uma quantidade cada vez maior de  $\beta$ -endorfina para que o mesmo efeito ocorra. Isso gera uma dependência dessa substância, o que pode ser notado com a repetição da automutilação.

Quando o indivíduo se torna dependente dessa conduta, pode acabar se ferindo mais gravemente do que o desejado, perdendo totalmente o controle perante seus impulsos, podendo, em casos mais graves, ser levado até a morte, ainda que esse não seja o seu objetivo.

Há ainda as atitudes motivadas pela necessidade que o adolescente tem de correr riscos. Como o ato de escarificação vem sendo cada vez mais divulgado na internet, os adolescentes veem, ouvem falar e querem experimentar, assim como gostam de testar vários comportamentos arriscados, desafiando seus próprios limites. Alguns adolescentes o praticam mesmo como forma de imitação ou para inserir-se em um grupo de já praticantes.

De qualquer forma, trata-se de um ato lesivo e merece a devida atenção. Até mesmo porque, ainda que tal ato seja desencadeado por aparentes

modismos, representa igualmente um ato de desrespeito ao corpo, um comportamento que fere a própria dignidade da pessoa que o pratica. E, ainda que o indivíduo experimente a automutilação por mera curiosidade, ele só irá tornar essa prática autolesiva em um hábito se realmente pretender a regulação emocional, assim como todos os demais.

Le Breton (2010, p. 40) conceitua que “as escarificações são o preço a pagar para não se perder, a parte a ser sacrificada para salvar o todo da existência. Elas são um recurso antropológico para opor-se a esse sofrimento e preservar-se”.

Dessa forma, os cortes são feitos como uma forma silenciosa de pedir ajuda, não se sabe ao certo o que angustia a pessoa e nem como organizar os diferentes sentimentos que a atormentam nem como lidar com os temores sem explicação. Nesse caos emocional, a única forma, às vezes, de externar todo conflito é mutilando o próprio corpo.

Por isso, uma vez constatada a automutilação, esta não deve, em hipótese alguma, ser negligenciada pela família. Deve ser encarada como um pedido de socorro feito por determinada pessoa que luta para se manter viva em meio a adversidades emocionais e, a partir dessa compreensão, haver o devido encaminhamento para se tratar esse transtorno e combater as suas causas, devolvendo ao indivíduo que se automutila o amor próprio e o prazer de viver.

## **ECA: SOLUÇÕES E TRANSTORNOS**

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em vigor desde 1990, é uma lei federal que tem como objetivo garantir direitos das crianças e adolescentes no Brasil.

Apesar da Convenção sobre os Direitos da Criança, da ONU, definir criança como toda pessoa menor de dezoito anos (e não prever a figura do

adolescente), pela definição do ECA, criança é a pessoa com até doze anos incompletos e adolescente é a pessoa entre doze e dezoito anos.

Anteriormente ao ECA, havia no Brasil o Código de Menores, de 1927, que adotava a doutrina da situação irregular. Ou seja, somente quando as crianças e adolescentes estivessem em alguma situação irregular (abandonados, em situação de risco, praticando ato infracional etc.) é que faziam jus a uma proteção especial. Fora disso, aplicava-se o Código Civil e os conflitos judiciais eram direcionados às Varas da Família, Varas Cíveis etc.

O ECA modificou isso, adotando a doutrina da proteção integral, que significa que em qualquer caso que as crianças e adolescentes se encontrem ele deverá ser aplicado. Além disso, a decisão do juiz da Vara da Infância e da Juventude é a que prevalece em casos de conflito, inclusive sobre a decisão dos pais.

Assim, a partir do ECA, crianças e adolescentes brasileiros, sem distinção de raça, cor ou classe social, passaram a ser reconhecidos como sujeitos de direitos e deveres, considerados como pessoas em desenvolvimento a quem se deve prioridade absoluta do Estado. O objetivo estatutário é a proteção dos menores de 18 anos, proporcionando a eles um desenvolvimento físico, mental, moral e social condizente com os princípios constitucionais da liberdade e da dignidade, preparando para a vida adulta em sociedade.

De acordo com o Estatuto, cabe ao Estado, à família e à sociedade zelar para que as crianças e adolescentes se desenvolvam em condições sociais que favoreçam a integridade física, liberdade e dignidade.

Assim, conforme o artigo 7º do ECA (BRASIL, 2016): “A criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência”.



Contudo, não se pode atribuir tal responsabilidade apenas a uma suposta inaplicabilidade da lei, uma vez que tais indivíduos nada mais são do que o produto da entidade familiar e da sociedade, as quais têm importância fundamental no comportamento dos mesmos.

Portanto, mesmo depois de tantos anos, o ECA ainda é um documento que destoa imensamente da realidade da sociedade brasileira. São vários os fatores que geram a discrepância entre a lei e o que se depara no cotidiano; entre eles estão as diferenças cronológicas e regionais. O documento, elaborado há mais de 25 anos, visava garantir direitos essenciais às crianças e aos adolescentes de um contexto social da década de 1980, dessa maneira, não era possível prever como seriam os seus futuros beneficiários e quais as consequências de sua aplicabilidade no porvir.

As crianças e adolescentes naquela época tinham mais contatos umas com as outras, brincavam juntas na rua, conversavam mais. Atualmente, até mesmo por causa do excesso de violência nas ruas, as pessoas passam a maior parte do tempo livre lidando com algum tipo de tecnologia (celular, computador, *videogame*), o que faz com que se desliguem do mundo e de si mesmas para viverem em um ambiente virtual, o que pode ser extremamente prejudicial, notadamente na fase de desenvolvimento, em que o ser humano necessita extravasar as energias e explorar o mundo ao seu redor afim de realizar novas descobertas.

Outro ponto que sofreu mudanças, nas últimas décadas, foi a estrutura familiar. Até os anos de 1990, era comum ter mães que se dedicavam exclusivamente aos filhos e à casa, porém isso é cada vez mais raro de se encontrar na atualidade, ou porque a mulher deseja trabalhar e conquistar o seu espaço profissional ou porque ela necessita da contraprestação gerada pelo trabalho, seja pelo fato de ser mãe solteira, seja pelo fato do salário do marido não ser suficiente para sustentar a família. E, desse modo, os pais passam mais tempo longe dos seus filhos, deixando de acompanhar de perto o seu desenvolvimento.

Essas mudanças do contexto de criação e formação da criança geraram problemas para esse grupo; entre os muitos, destacamos apenas alguns relacionados à Saúde que se refletem na Educação; pois, na atualidade, não basta assegurar a frequência escolar, material didático e alimentação adequada. A maioria dos problemas infantis atuais que afetam o desempenho escolar estão fora dos muros da escola e, na maioria das vezes, não podem ser resolvidos dentro deles.

Por mais que se mantenham camuflados entre desvios de comportamento que poderiam ser considerados comuns para a faixa etária, há uma súplica silenciosa das crianças que são cobradas por desempenho e atitudes das quais elas não têm conhecimento e não sabem como atingir.

Possível consequência disso é o aumento do consumo de metilfenidato, que em 2013 foi de 71,8 toneladas, sendo os Estados Unidos o maior consumidor (OICS, 2014). Esse cenário precisa ser considerado um alarme para que haja uma conscientização de que a forma como as crianças estão sendo cuidadas não é o mais indicado.

Pode-se observar que muitos pais não conseguem colocar limites, dizer “não”, orientar seus filhos sobre como se comportar em sociedade. O papel que cabe à família está sendo, cada vez mais, transferido para instituições de ensino desde muito cedo.

Devido à necessidade dos pais de trabalharem, as crianças são normalmente encaminhadas para berçários, creches etc. Essa única mudança por si só não seria prejudicial se a criança tivesse convivência e orientação efetivas nos outros momentos em que a família estivesse reunida. No entanto, o mais comum é que os responsáveis se tornem permissivos por se sentirem culpados pela sua ausência ou por estarem muito cansados de suas atividades profissionais ou por estarem muito atarefados com as atividades domésticas.

Além disso, outra postura observada é de excesso de proteção às crianças. Muitas não são orientadas a cuidar de seus objetos pessoais, material escolar, a ajudar em pequenas atividades domésticas e essa aparente

preservação pode gerar duas situações preocupantes: a formação de um ser que não se sente responsável pela manutenção da sociedade em que vive, portador apenas de direitos que devem ser mantidos pela família e pelo Estado sem que a ele caiba alguma responsabilidade ou regras que devem ser respeitadas; e o fato de não se ver como pertencente a uma sociedade com a qual precisa contribuir para a sua manutenção, respeitando-a e preservando-a. Por isso muitas vezes acredita-se dispensável a ela.

Esses sentimentos, juntamente com a falta de orientação e limite, podem ser fatores que estão afetando a saúde mental infantil. Pois, em muitos casos, a criança diagnosticada com TDAH, por exemplo, apenas precisava que seus responsáveis tivessem atitudes diferentes com ela. Não afirmamos que a medicação é desnecessária em todos os casos, mas que seja oportuna uma revisão nos casos em que as crianças precisam de tratamento medicamentoso.

Sobre a depressão infantil, Avanci, Assis e Pesce (2008) afirmam que a depressão, em crianças, ainda é pouco diagnosticada e que, muitas vezes, passa despercebida pela família e pela escola.

Isso pode ocorrer devido às várias atividades pelas quais os pais são responsáveis, e, às vezes, a mudança de humor ou comportamento pode ser justificada apenas por algum acontecimento esporádico ou em decorrência da fase de desenvolvimento infantil em que se encontra. Isso procede, porém, se forem sintomas constantes e por tempo prolongado, deverá despertar preocupação nas pessoas que convivem com a criança para analisar se ela necessita de algum atendimento especializado antes que o quadro se agrave.

Em alguns cenários depressivos graves, a criança pode tentar tirar a própria vida, pois acredita que dessa forma deixará de sofrer; em outras situações, pode iniciar um processo de automutilação, lutando, à sua maneira, contra as dores e as angústias que a cercam. Esse comportamento é mais observado na fase que o ECA designa como adolescência.

Segundo Le Breton (2010), a agressão contra o seu próprio corpo é uma forma de se manter vivo, sacrificando uma parte de seu corpo para

continuar existindo, é uma forma de exteriorizar o seu caos interior, pois o seu corpo seria, ao mesmo tempo, o mundo externo e interno.

O agravante é que, diante das várias transformações físicas que ocorrem nessa fase, a criança não consegue compreender o seu mundo interior e nem os fatos do exterior, sente-se perdida e sem respostas para diversos questionamentos. Além disso, por não se ver como integrante de uma sociedade, ela não assume a responsabilidade que tem sobre o seu próprio bem-estar, muito menos pondera sobre as consequências de seus atos não apenas para o seu corpo, como para as demais pessoas com quem convive.

Como agravante, ainda há a visão de muitos profissionais, alguns inclusive das áreas da Saúde e da Educação, que, ao se depararem com uma pessoa que pratica a automutilação, considera que seja apenas um “modismo” juvenil e não tratam o caso com a seriedade que merece.

Esse é o cenário inquietante que algumas crianças vivem, por isso, mais que garantir direitos a elas por leis, urge que vejamos com seriedade os sentimentos que as afligem e que as orientemos para que a sua saúde mental seja preservada e que cresçam, reconhecendo-se como integrantes da sociedade que as cerca, respeitando as normas do grupo em que estão inseridas. E essa responsabilidade de formação é da família, inicialmente, expandindo para a escola, Estado e comunidade como um todo.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

As mudanças nos contextos sociais, apontadas anteriormente, muito contribuem para uma inadequação na criação e formação das crianças. Os principais atores responsáveis pela proteção dos direitos infantis (família, sociedade e escola) tentaram se adequar ao contexto social atual, porém, sob alguns aspectos, essa adequação não foi suficiente para dar suporte às crianças que também apresentam outros comportamentos e dificuldades.

Houve uma grande e rápida evolução tecnológica que não cessa e evidencia o quanto objetos desejados hoje podem se tornarem obsoletos em anos, gerando uma saciedade quase inatingível.

Além disso, mudaram-se as formas de se relacionar socialmente, o que, cada vez mais rompe a barreira entre o real e virtual, mundos que se dialogam; todavia calam comunicações de outrora e se distanciam pessoas que estão presentes em um mesmo ambiente. Outra transformação ocorrida é na forma de aprender e de ter acesso ao conhecimento. Com os avanços tecnológicos, a informação está disponível em diferente equipamentos, em qualquer lugar e de fácil busca.

Tudo isso gerou muito estímulo e pouca orientação de como agir nessa sociedade mutante. Porém, as condutas exigidas das crianças no meio em que vivem, principalmente no escolar, são as determinadas por um padrão anterior em que não havia as variantes atuais. Há uma anacronia entre o paradigma e as crianças atuais.

Assim, há uma quebra de expectativa e é necessário que se direcione e se explique à criança claramente as regras dos comportamentos adequados para cada contexto e qual o papel dela, com suas responsabilidades e deveres, e evidenciar quais são as sanções caso isso não seja respeitado.

Muitos casos diagnosticados como TDAH talvez sejam falta de regras e limites em casa, além de um ambiente saudável e que haja uma rotina organizada de atividades. É importante salientar que a criança aprende mais facilmente quando há, além da orientação, o exemplo. Se ela vive em um contexto familiar tumultuado no qual não lhe são atribuídas responsabilidades e normas, será muito difícil para ela se adequar ao universo escolar.

Em relação à depressão, ela reflete esse desajuste entre a sociedade vivida e o questionamento existencial tão inerente ao homem e mais latente na adolescência. No entanto, enquanto há respostas para quase tudo na internet, não há como responder às angústias e as inseguranças pessoais em uma busca sem que ela seja dentro de si e esse pode ser um processo doloroso. A

criança que cresce sem norte, terá dificuldade em se ver como integrante da sociedade em que vive, pode se sentir uma intrusa incompreendida e que apenas gera problemas. Esses sentimentos podem acarretar em quadro depressivo.

Outra provável consequência dessa desarmonia entre as inquietudes pessoais e a compreensão do mundo que cerca a criança é a automutilação. Nesse contexto, as mudanças acontecem no mundo particular, em seu corpo, em seus sentimentos e, muitas vezes, não há com quem conversar e nem bem como organizar o discurso para pedir ajuda, pois não se consegue interpretar todas as atribulações que lhe afligem.

Um agravante para essa situação é que a saúde mental ainda não é um assunto ao qual a sociedade em geral dá a devida importância, até mesmo quando se tratam de adultos cometidos por tais enfermidades. Ocorre que, ainda mais do que os adultos, as crianças e os adolescentes necessitam de zelo, prioritariamente, por serem considerados pessoas em desenvolvimento.

Nesses cenários, infelizmente, a solução mais comum é a medicamentosa, pois é mais fácil medicar do que mudar o contexto e o comportamento dos responsáveis envolvidos na educação da criança. Entretanto, não é esse o caminho adequado, já que os problemas não se resolvem, somente se agravam, podendo até causar consequências demasiadamente graves para a sociedade.

Como suporte para a medicalização infantil, recorre-se ao ECA, em um conceito em que a saúde é garantida pelo atendimento médico, sem considerar os fatores que a fizeram adoecer. É uma leitura rasa do artigo 7º do ECA, pois assegurar a saúde infantil inicia no seu bem-estar em ambiente familiar harmonioso para que a sua saúde mental seja mantida. E esse é um papel que cabe a todos os membros da sociedade: Estado, família, escola e toda sociedade.

Portanto, acima de tudo, faz-se necessário que todos se conscientizem que as crianças precisam muito mais do que atendimento médico, medicamentos, escola, material escolar e alimentação para se desenvolverem plenamente e saudáveis. Para tanto é importante que haja uma mudança de comportamento de todos envolvidos para que as crianças sejam melhor amparadas e orientadas e não se sintam tão estrangeiras na sociedade em que vivem.

## REFERÊNCIAS

ABRAMOVITCH, S.; ARAGÃO, L. O. C. Depressão na infância e adolescência. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, v. 10, n. 2, abr./jun. 2011.

ARCOVERDE, R. L.; SOARES, L. S. L. C. Funções neuropsicológicas associadas a condutas autolesivas: revisão integrativa de literatura. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 25, n.2, 2012.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. DSM-5. Tradução Maria Inês Corrêa Nascimento et al. Porto Alegre: Artmed, 2014.

AVANCI, J. Q.; ASSIS, S. G.; PESCE, R. P. **Depressão em criança**: uma reflexão sobre crescer em meio à violência. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ENSP/CLAVES/CNPq, 2008.

BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 – Estatuto da Criança e do Adolescente**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8069Compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069Compilado.htm)>. Acesso em 10 jul. 2016.

BRATS – Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologia em Saúde. **Metilfenidato no tratamento de crianças com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade**. Ano VII n. 23, mar. 2014. Disponível em: <[http://portal.anvisa.gov.br/documents/33884/412285/Boletim+Brasileiro+de+Avalia%C3%A7%C3%A3o+de+Tecnologias+em+Sa%C3%BAde+\(BRATS\)+n%C2%BA+23/fd71b822-8c86-477a-9f9d-ac0c1d8b0187](http://portal.anvisa.gov.br/documents/33884/412285/Boletim+Brasileiro+de+Avalia%C3%A7%C3%A3o+de+Tecnologias+em+Sa%C3%BAde+(BRATS)+n%C2%BA+23/fd71b822-8c86-477a-9f9d-ac0c1d8b0187)>. Acesso em 27 set. 2016.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Subsídios para a Campanha não à medicalização à vida**: medicalização da educação. Disponível em: <[http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/Caderno\\_AF.pdf](http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/Caderno_AF.pdf)>. Acesso em 26 set. 2016.

FOLQUITTO, C. T. F.. **Desenvolvimento psicológico e estratégias de intervenção em crianças com transtorno de déficit de atenção e**

**hiperatividade (TDAH)**. 2013. 195 f. Tese (Doutorado em Psicologia) Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

LE BRETON, D. Escarificações na adolescência: uma abordagem antropológica. **Horizontes Antropológicos**, v. 16, n. 33, p. 25-40, jan./jun., 2010.

LIMA, D. Depressão e doença bipolar na infância e adolescência. **Jornal de pediatria**, v. 80, n. 2, supl. 0, p. 11-20, 2004.

MONTEIRO, K. C. C.; LAGE, A. M. V. A depressão na adolescência. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 12, n. 2, p. 257-265, mai./ago. 2007.

ORGANE INTERNACIONAL DE CONTRÔLE STUPÉFAINTS – OICS. **Rapport l'OICS 2014**. Viena: ONU, 2014. Disponível em: <[http://www.unis.unvienna.org/unis/protected/2015/AR\\_2014\\_F.pdf](http://www.unis.unvienna.org/unis/protected/2015/AR_2014_F.pdf)>. Acesso em 13 jul. 2016.