

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



Mariana Nogueira Rangel Pande

Medicalização, diagnósticos e prescrição de psicotrópicos para crianças na primeira infância: práticas discursivas de médicos que trabalham com crianças

Rio de Janeiro

2016

Mariana Nogueira Rangel Pande

Medicalização, diagnósticos e prescrição de psicotrópicos para crianças na primeira infância: práticas discursivas de médicos que trabalham com crianças

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Duarte de Carvalho Amarante

Coorientadora: Prof.^a Dra. Tatiana Wargas de Faria Baptista

Rio de Janeiro

2016

Catálogo na fonte

Fundação Oswaldo Cruz

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica

Biblioteca de Saúde Pública

P189m Pande, Mariana Nogueira Rangel
Medicalização, diagnósticos e prescrição de
psicotrópicos para crianças na primeira infância: práticas
discursivas de médicos que trabalham com crianças. /
Mariana Nogueira Rangel Pande. -- 2016.
369 f. : il. color. ; graf.

Orientador: Paulo Duarte de Carvalho Amarante.
Coorientadora: Tatiana Wargas de Faria Baptista.
Orientador do doutorado-sanduiche: Claude-Olivier
Doron.
Tese (Doutorado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola
Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro,
2016.

1. Medicalização. 2. Prescrições de Medicamentos.
3. Psicotrópicos. 4. Uso Off-Label. 5. Pré-Escolar. 6.
Transtornos Mentais - terapia. I. Título.

CDD – 22.ed. – 362.2

Mariana Nogueira Rangel Pande

Medicalização, diagnósticos e prescrição de psicotrópicos para crianças na primeira infância: práticas discursivas de médicos que trabalham com crianças

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Aprovada em: 17 de outubro de 2016.

Banca Examinadora

Prof.^a Dra. Maria Helena do Rego Monteiro de Abreu
Conselho Regional de Psicologia – Rio de Janeiro

Prof. Dr. Rossano Cabral Lima, Instituto de Medicina Social
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Prof.^a Dra. Ana Paula Freitas Guljor
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - Fundação Oswaldo Cruz

Prof.^a Dra. Elvira Maria Godinho de Seixas Maciel
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - Fundação Oswaldo Cruz

Prof.^a Dra. Tatiana Wargas de Faria Baptista (Coorientadora)
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - Fundação Oswaldo Cruz

Prof. Dr. Paulo Duarte de Carvalho Amarante (Orientador)
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - Fundação Oswaldo Cruz

Rio de Janeiro

2016

AGRADECIMENTOS

São muitas as pessoas que, de maneiras bem diferentes, me ajudaram a realizar esse trabalho.

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer a Paulo Amarante, muito mais do que um orientador! Mas também um militante incansável da transformação social e cultural em torno da loucura; exemplo de resistência e perseverança a partir de sua própria experiência de vida; e mestre absolutamente comprometido com a formação das suas centenas de alunos, apostando em nossa capacidade de transformar o mundo. Obrigada pelo seu incentivo incansável!

À Tatiana Wargas, por me acolher, com a delicadeza, disponibilidade e gentileza de sempre, especialmente nos momentos cruciais de meu percurso e desta tese. E também ao proporcionar encontros frutíferos e agradáveis com o grupo de estudos sobre metodologia de pesquisa, com Eliane Vargas, e as meninas do grupo: Ana Paula, Natália, Patrícia, Roberta.

A Claude-Olivier Doron, pela atenção incomum entre preceptores de doutorado-sanduíche, pelas críticas pertinentes e pela disponibilidade de apontar alguns caminhos acadêmicos durante minha estada em Paris.

Aos pesquisadores que participaram da banca de qualificação e da defesa da tese, pelas contribuições e críticas valiosas que ajudaram a refazer e construir esta pesquisa. No primeiro momento, à Vera Luiza, pela acolhida anterior à qualificação, com informações decisivas no caminho a seguir; também pelas críticas construtivas e disponibilidade: a Vera Pepe, também pelas informações ajudas também durante a elaboração do projeto; a Rossano Lima, também pelas aulas interessantes no IMS; a Elvira Maciel pela disciplina oferecida na ENSP, pelo apoio desde o início e pelo grande incentivo ao tema da pesquisa, assim como à insistência em procurar a opinião de pediatras na realização deste trabalho. E na etapa da defesa de tese, também a Helena Monteiro e a Ana Paula Guljor, pela disposição a contribuir para a pesquisa, e Fernando Diaz, por aceitar a participar como suplente.

À equipe do LAPS, pelo apoio e parceria constantes: Ana Paula Guljor, Edvaldo Nabuco, Fernando Oliveira, Leandra Brasil, Luciene Nery, Matheus Folly, Wanda Espírito Santo; e especialmente a Fernando Freitas, cuja paixão cativante pelo tema foi determinante na realização desta pesquisa.

Aos demais doutorandos do Paulo, pela alegria da caminhada! Em especial à Katita Jardim, Vanessa Pinto, Eduardo Torre e Melissa Oliveira.

A Nilson Costa, pela disponibilidade em momentos cruciais do doutorado e por tornar o projeto do doutorado-sanduíche factível, facilitando processos burocráticos.

Aos professores e pesquisadores da ENSP, cujas disciplinas ajudaram a construir criticamente o objeto desta pesquisa. Um agradecimento especial àqueles que se dispuseram em conversar sobre este trabalho e me ajudaram a estabelecer alguns recortes e caminhos possíveis. Agradeço especialmente a Ângela Esher, Lenice Reis e Rondineli da Silva.

Aos inúmeros funcionários da ENSP, especialmente da Seca e da Pós-graduação, trabalhadores dedicados sem os quais nossas pesquisas não poderiam se cumprir. Também à equipe solícita que me ajudou nas incursões à Bibliothèque Interuniversitaire de Santé.

Às queridas amigas da turma do doutorado, que enfrentaram (e ainda enfrentam!) os maiores desafios para seguir no programa e concluir suas teses: a Cláudia Reinoso, Danielle Moraes, Joseane Ferreira, Karen Gonçalves e Louise Schilkowsky, meu carinho e minha admiração.

À Sandra Pacheco, por sua disponibilidade em me ajudar na fase exploratória da pesquisa e que, ao dividir com generosidade seu conhecimento sobre a rede de saúde mental com crianças, me ajudou a organizar os primeiros passos da pesquisa, seus objetivos, possibilidades e limites.

À Superintendência de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde, e sobretudo às pessoas que me ajudaram e facilitaram minha entrada em campo: Sandra Arôca, Bianca Vivarelli e Catarina Dahl.

À Maria Lucia, profissional que contribuiu com grande parte das 600 páginas de transcrições.

Aos queridos amigos que a Residência trouxe para a vida, com permanentes trocas e interlocuções, em especial Ana Adler, Gabriel Quintella e Marcio Longo; e a Ricardo Lugon, sobretudo pela troca de artigos e pelo envio de documentos do Rio Grande do Sul.

A todos os entrevistados que aceitaram ceder parte de seu tempo e trabalho para colaborar com essa pesquisa; a todas as diretoras que não só aceitaram minha participação como também facilitaram o acesso ao serviço e aos entrevistados; a todos os técnicos dos serviços que se dispuseram à comunicação e a abrir um pouco de sua rotina e do ambiente institucional. Agradeço também a duas amigas que, trabalhando em CAPS e CAPSi, me auxiliaram com algumas informações sobre questões relativas aos serviços, rotinas institucionais, processos burocráticos etc: Raquel Pádova e Eliza Picoli.

À Nataly Mariz e à grande ajuda sobre os percursos, desafios e documentos no processo do doutorado-sanduiche.

Aos amigos queridos que Paris nos fez encontrar e reencontrar, e que foram fundamentais para que aquele ano se tornasse ainda mais especial. Agradeço sobretudo a Guilherme e Theane, Thomas e Lívia, Gabriel, Florence e Benjamin, Fany e Mickaël, Daniela e Rafael e sobretudo ao nosso querido amiguinho Francisco! Também aos muitos amigos e parentes que nos visitaram nesse período, com uma lembrança especial a Fabio Belloni (*in memorian*), por sua risada franca e pela luta pelos direitos humanos.

Às amigas do parque, surpresa que a maternidade trouxe, e em especial à Karine, cujas mãos de anjo me ajudaram com as difíceis tarefas de formatação da tese.

Às diferente pessoas que nos ajudaram em casa durante esses quatro anos, especialmente a Euzir Gomes.

Gostaria de fazer um agradecimento especial à minha família, principalmente a três pessoas muito importantes nesse processo: ao meu companheiro Aftab, presença fundamental e força constante durante os prazeres e dificuldades do percurso. Agradeço por todo o apoio e ajuda sem fim! À minha mãe Silvia, pelo amparo emocional, pela leitura dedicada e revisão do texto e aos incontáveis “plantões vovolais”. E a pequena Lila, tão companheira, que já conhece o valor do “tabaio no cuntador” da mamãe. A vocês meu amor sem fim.

E, finalmente, às instituições e benefícios que financiaram esta pesquisa, de maneiras diferentes, e sem os quais este trabalho não poderia ter sido realizado: ao CNPq, pelos três anos de bolsa, além do período de licença maternidade; à CAPES, pela bolsa de um ano para a realização do doutorado-sanduiche; e ao edital PROAP, com alguns recursos extras, como fotocópias e algumas transcrições.

RESUMO

Esta pesquisa analisou práticas discursivas de psiquiatras da infância, neuropediatras e pediatras de serviços públicos no município do Rio de Janeiro, sobre diagnósticos e terapias, inclusive psicofarmacológicas, utilizadas com crianças, sobretudo na primeira infância. Dentre os principais achados, destacam-se que: a) há uma dissonância significativa entre o que se sabe sobre a segurança e a eficácia da medicação das crianças na primeira infância, sobretudo a longo prazo, e a prática cotidiana, com sérias implicações éticas; b) a agressividade e a violência tornam-se insígnia de sintoma e transtorno mental, implicando na necessidade de tratamento, a partir de uma condição histórica fundamental que coloca a periculosidade como elemento de cuidado e controle; c) o processo da educação e da escolarização exerce um papel fundamental na demanda por atendimento formulação de diagnósticos – desde o alienismo há uma relação íntima entre esses elementos, com características específicas na contemporaneidade; d) a relação entre as especialidades e os diferentes papéis que cada uma atribui a si e aos demais mostra as concepções que se constroem acerca da compreensão acerca dos problemas mentais e comportamentais na infância; as variações entre as práticas de psiquiatras e neuropediatras parecem ser menores do que se supõe, constituindo-se como verdadeira arena de disputa de poder; e que a pediatria ocupa um lugar limítrofe quanto aos problemas mentais e comportamentais, tendendo a uma nova forma de especialismo; e) as noções diagnósticas de base para o tratamento, de modo que as classificações diagnósticas oficiais têm se tornado critério cada vez mais dominante de compreensão nosográfica e nosológica, dando pouco espaço à criação e à resistência entre as diferentes especialidades e vertentes. Para a análise desses pontos, foi necessário buscar algumas raízes da psiquiatria infantil, compreendendo as impressões e os relatos dos entrevistados a partir de uma construção histórica que apresenta continuidades e rupturas. Para a leitura desses processos, usamos como balisa a produção arqueológica e genealógica de Foucault, compreendendo essas relações a partir de jogos e disputas de poder. A pesquisa mostrou que existe uma continuidade que atravessa as diferentes especialidades e diz respeito à disputa sobre a finalidade do tratamento, ora combatendo o sofrimento mental, ora visando a adaptação social. Identifica, finalmente, alguns aspectos do funcionamento da rede de saúde mental que colabora para uma certa forma de medicalização da infância, que não se restringe unicamente à formação e à prática dos profissionais de saúde.

Palavras-chave: Medicalização. Prescrições de medicamentos. Psicotrópicos. Uso off-label. Crianças pré-escolares.

ABSTRACT

This research analyzed discursive practices of child psychiatrists, neurologists and pediatricians in public health services in the city of Rio de Janeiro, on diagnostics and therapies, including psychopharmacological, used with children, especially preschoolers. Among the main findings, it highlights that: a) there is a significant mismatch between what is known about the safety and efficacy of the medication of preschoolers, especially in long-term, and daily practice, with serious ethical implications; b) aggression and violence became signs of symptom and mental disorder, resulting in the need of treatment from a fundamental historical condition that poses dangerousness as element of care and control; c) the process of education and education plays a key role in the demand for care and diagnostic formulation - since alienism there is a close relationship between these elements, with specific characteristics in the contemporary world; d) the relationship between the specializations and the different roles that each attaches to itself and the other shows the concepts that build on the understanding of mental and behavioral problems in childhood; variations between the practices of psychiatrists and child neurologists appear to be smaller than assumed, establishing itself as a true area of power struggle; and pediatrics occupy a borderline place related to mental and behavioral problems, tending to a new form of specialness; e) diagnostic notions work as a base for treatment, so that the official diagnostic classifications have become the increasingly dominant criterion for nosographic and nosological understanding, giving little space to the creation and resistance between different specialties and branches. For the analysis of these points, it was necessary to find some roots of child psychiatry, understanding impressions and reports of respondents from a historical building that has continuities and ruptures. To read these processes, we use as reference the archaeological and genealogical perspective of Foucault, understanding these relationships from power struggles. Research has shown that there is a continuity that runs through the different specialties and concerns the dispute about the purpose of treatment, sometimes fighting mental suffering, sometimes aimed at social adaptation. We identify finally some aspects of the functioning of the mental health services network that contribute to a certain form of medicalization of childhood, which is not restricted only to training and practice of health professionals.

Keywords: Medicalization. Drug prescriptions. Psychotropic drugs. Off-label use. Pre-school children.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Fotografia 1 - Uma sessão de phonographo, 1905	47
Fotografia 2 - Sala de Recreio – Pavilhão Bourneville, 1905	47
Fotografia 3 - A Escola – Pavilhão Bourneville, 1905	48
Fotografia 4 - Secção das Meninas, no centro, “Tia Anna”, Pavilhão Bourneville, 1905	48
Fotografia 5 - Jardim Geométrico, Pavilhão Bourneville, 1904-1905	49
Fotografia 6 - Alunos da Escola Pacheco e Silva, s/d	50
Fotografia 7 - Aula de cálculo na Escola Pacheco e Silva, s/d	50
Fotografia 8 - Arthur Ramos examina um aluno, 1939	52
Fotografia 9 - Curso de Bio-Psicologia Infantil – H. São Pedro, 1940	54
Gráfico 1- Relação entre número de CAPSi e CAPS habilitados no Brasil, por ano – 2006-2014	57
Fluxograma - Etapas para seleção de serviços e entrevistados	75
Gráfico 1 - distribuição de especialidade por tipo de serviço	76
Gráfico 2 - Círculo esotérico e exotérico	119
Gráfico 3 - Quantidade total de Metilfenidato mensal. Brasil, 2009	166
Gráfico 4 - Consumo mensal de metilfenidato industrializado no Brasil entre 2009 e 2011.....	166
Quadro com trechos das entrevistas - Capítulo 4	186
Quadro com trechos das entrevistas - Capítulo 5	212
Gravura 1 - En l’an 2000: At school, Jean-Marc Côté, 1901	213
Gravura 2 - Fábrica de escolas do amanhã	222
Quadro com trechos das entrevistas - Capítulo 6	228

Gráfico 5 - Divisão de condições e transtornos mentais e comportamentais por especialidade	234
Quadro com trechos das entrevistas - Capítulo 7	259
Quadro com trechos das entrevistas - Capítulo 8	311

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Anvisa – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPSI – Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CID – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde

CMS – Centro Municipal de Saúde

DSM - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

ESF – Estratégia de Saúde da Família

FDA – Food and Drug Administration

LME – Laudo para Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

NOTIVISA – Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária

OMS – Organização Mundial de Saúde

SISREG – Sistema Nacional de Regulação

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TDAH – Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO OU: SOBRE PEIXES E CRIANÇAS	16
PARTE I CONTEXTOS, HISTÓRICOS E REFLEXÕES	37
CAPÍTULO 1. BREVE HISTÓRICO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL PARA A INFÂNCIA NO BRASIL	38
1.1 Primeira linha de trabalho: a diferenciação entre os anormais do asilo e os anormais da escola	46
1.2 A reforma psiquiátrica e o novo cenário assistencial	55
CAPÍTULO 2. CAMINHO METODOLÓGICO E CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	62
2.1 Aproximação com o campo e seleção dos serviços	62
2.2 Contexto, características institucionais e descrição do campo	65
2.3 Escolhendo os entrevistados	71
2.4 A seleção dos entrevistados e a caracterização das entrevistas	73
2.5 As técnicas de pesquisa	76
2.6 Passo-a-passo da análise das entrevistas	79
2.7 Limites da pesquisa	82
2.8 Considerações éticas	84
2.9 Pesquisa bibliográfica	85
2.10 Análise e interpretação das entrevistas e das fontes bibliográficas	86
2.11 Apoio e financiamento da pesquisa	90
CAPÍTULO 3. ESTADO DA ARTE SOBRE A QUESTÃO DOS MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS NA INFÂNCIA E NA PRIMEIRA INFÂNCIA	91
3.1 Este ilustre desconhecido: o psicotrópico, as prescrições e seu uso em crianças	97
3.2 A <i>epidemia de doença mental</i> e a <i>inflação diagnóstica</i> na infância	100
3.3 O uso <i>off label</i> dos medicamentos psicotrópicos na infância	110
3.4 Heterogeneidade das prescrições e polifarmacologia	113
3.5 O paradoxo da ética na pesquisa na infância e etapas da pesquisa	114

PARTE II. ANÁLISE DAS ENTREVISTAS	123
--	-----

CAPÍTULO 4. OS CUIDADOS TERAPÊUTICOS NA PRIMEIRA INFÂNCIA E A PRESCRIÇÃO DE PSICOTRÓPICOS	125
--	-----

4.1 Quem medica?	126
------------------------	-----

4.2 Que tipos de associações, comparações e metáforas são usadas?	141
---	-----

4.3 Que tipos de negociação se há de fazer?	145
---	-----

4.4 Como se conseguem os medicamentos prescritos?	152
---	-----

4.5 Qual é o papel da medicação frente ao tratamento como um todo?	155
--	-----

4.6 O que e para quem se medica?	156
--	-----

4.7 Quais são as convergências e as divergências de opinião em relação à medicação?	171
---	-----

4.8 Como se lida com a problemática dos efeitos colaterais?	174
---	-----

4.9 Uso de medicação em crianças na primeira infância: um “tiroteio no escuro”?	181
---	-----

4.10 O processo de prescrição, implicações éticas e a relação com os familiares	183
---	-----

Quadro com trechos das entrevistas: Capítulo 4	186
--	-----

CAPÍTULO 5. A QUESTÃO DA AGRESSIVIDADE	197
---	-----

5.1 A agressividade como sintoma. Ponto de corte da patologia e do tratamento	198
---	-----

5.2 Violência como resposta à violência sofrida ou presenciada	203
--	-----

5.3 O paradoxo do fenômeno social e patológico e a questão da periculosidade	206
--	-----

Quadro com trechos das entrevistas: Capítulo 5	212
--	-----

CAPÍTULO 6. PROBLEMAS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS DE CRIANÇAS FRENTE A PROCESSOS DE ESCOLARIZAÇÃO	213
--	-----

6.1. Reflexões e críticas a respeito do papel da escola frente à identificação de diagnósticos e demanda por tratamento	219
---	-----

6.2. A questão da educação fundamental e sua relação com os problemas de saúde mental na primeira infância	224
--	-----

Quadro com trechos das entrevistas: Capítulo 6	228
--	-----

CAPÍTULO 7. O PROBLEMA DA RELAÇÃO ENTRE AS ESPECIALIDADES	229
--	-----

7.1 O uso das classificações diagnósticas oficiais e de questionários	
---	--

7.2 A importância dada ao tratamento multiprofissional	232
7.3 O medicamento como parte das estratégias de tratamento	233
7.4 A disputa por categorias diagnósticas	234
7.5 O desconhecimento sobre o acompanhamento pediátrico	239
7.6 As relações intra e extra institucionais	241
7.7 Disputas e conflitos entre psiquiatras e neuropediatras: um certo estilo da clínica?	243
7.8 O lugar assumido pelo pediatra e as dúvidas sobre os encaminhamentos	254
7.9 Outras questões referentes às relações entre as especialidades	257
Quadro com trechos das entrevistas: Capítulo 7	259
CAPÍTULO 8. DIAGNOSTICANDO A INFÂNCIA	265
8.1 Breve trajetória histórica da psiquiatria da infância	271
8.2 A alta incidência de transtornos mentais e mudanças nas classificações diagnósticas	277
8.3 Diagnósticos, construtos sociais e “jardim das espécies”	280
8.4 Obrigatoriedade de escolha de um diagnóstico para qualquer encaminhamento, prescrição etc.	287
8.5 Quando ou por que se diagnostica?	289
8.6 Como se diagnostica?	291
8.7 Onde se diagnostica?	296
8.8 Quais são os desafios ou dificuldades de se diagnosticar?	297
8.9 Quem diagnostica?	299
8.10 Quais são as posições frente às classificações diagnósticas?	301
8.11 Diagnosticando crianças na primeira infância	306
Quadro com trechos das entrevistas: Capítulo 8	311
CONCLUSÃO, ou QUESTÕES INCONCLUSIVAS, OS “DITOS” E OS “NÃO-DITOS” DA PESQUISA E DO PODER	317
REFERÊNCIAS	333

APÊNDICE 1 – ROTEIRO DE ENTREVISTAS SEMI-ESTRUTURADAS COM OS PSQUIATRAS	363
APÊNDICE 2 – ROTEIRO DE ENTREVISTAS SEMI-ESTRUTURADAS COM OS NEUROPEDIATRAS	364
APÊNDICE 3 – ROTEIRO DE ENTREVISTAS SEMI-ESTRUTURADAS COM OS PEDIATRAS	365
APÊNDICE 4 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	366
ANEXO 1 – MODELOS DE RECEITA “A” E RECEITA “C1”, USADOS RESPECTIVAMENTE PARA A PRESCRIÇÃO DO METILFENIDATO E DA RISPERIDONA (ANVISA, 1998)	369

**INTRODUÇÃO, ou:
SOBRE PEIXES E CRIANÇAS**

“(…) o conhecimento histórico, (…) se quiser levar a bom termo as análises de uma dada época, terá de atingir, para além da sociedade ou da mentalidade, as verdades gerais nas quais os espíritos dessa época estavam, sem saber, encerrados, quais peixes num aquário.

Quanto ao céptico, é um ser duplo. Na medida em que pensa, em que se mantém fora do aquário e olha para os peixes que nele andam às voltas. Mas como é preciso viver, dá por si dentro do aquário, também ele peixe, para decidir que candidato receberá o seu voto nas próximas eleições (sem por isso atribuir valor de verdade à sua decisão). O céptico é ao mesmo tempo um observador, fora do aquário de que se distancia, e um dos peixinhos vermelhos. Desdobramento que nada tem de trágico” (Paul Veyne, 2001:10)

Frente ao contexto atual de suposta superação do modelo manicomial, recolocam-se questões que não desapareceram diante da reformulação de serviços e dispositivos de saúde mental. Permanece uma cultura que toma a experiência da loucura e do sofrimento mental a partir de um viés preponderantemente científico, médico e, portanto, psiquiátrico. A reforma dos serviços não corresponde, necessariamente, à transformação epistemológica que questiona a relação com as supostas doenças mentais, tampouco com a clínica e com as entidades nosográficas, naturalizando os conhecimentos científicos como ponto de apoio para a compreensão de quaisquer comportamentos desviantes (Amarante, 2003; 2014).

Dentre os desafios que sobrevivem ao moribundo modelo asilar, persistem relações de poder que se atualizam através daquilo que se convencionou chamar de *medicalização da vida*. Relações estas que ultrapassam os limites de quaisquer instituições assistenciais e estão absolutamente intrincados em todas as etapas de nossa vida, desde antes do nascimento até após a morte. Medicalização, termo bastante abrangente que tem sido tomado, não sem confusões ou debates, a partir da tese clássica da década de 1970. Neste contexto, tal expressão foi caracterizada como o processo de transformação de condições humanas em transtornos e doenças, sob a égide do cuidado sanitário e, mais particularmente, médico. Ou, nas palavras de Conrad, é o “processo pelo qual problemas não-médicos passam a ser definidos e tratados como problemas médicos, usualmente em termos de doenças ou transtornos” (Conrad 2007:4, trad. livre)

A expressão medicalização é, de fato, significativamente ampla e genérica, gerando discussões sobre sua pertinência pragmática e acurácia teórica (Zorzanelli et al., 2014). No entanto, ela permanece muito atual, na medida que serve como instrumento fundamental para discussão e análise de muitas situações sociais, colocadas cotidianamente¹. Em outras palavras, muito embora a expressão medicalização receba críticas relevantes a respeito de sua super-generalização, ela não se esgota, uma vez que ainda é instrumento imprescindível para a análise e a discussão de inúmeras situações colocadas no caso-a-caso, suas maneiras de construção e possíveis formas de superação.

Diferentes autores vêm, desde os anos 1970, discutindo o caráter histórico deste processo, e as formas pelas quais as fronteiras das doenças são sistematicamente impelidas a diferentes direções, num movimento que tende a ser cada vez mais inclusivo. Ainda que sob diferentes ênfases, objetos e marcos históricos, o conceito de medicalização reafirma o caráter datado e contextualizado da construção de diagnósticos e problematiza a compreensão das doenças como entidades ontológicas (Zola, 1966; 1972; 1973; 1975; Conrad, 1975; 2007; Illich, 1975; Hacking, 2000; Clarke et al, 2003; Rosemberg, 2006; Szasz, 2007)².

¹ Muitos tem sido os objetos de medicalização, como os corpos feminino (Gilbert et al, 2006) e masculino (Gomes et al, 2014), a impotência sexual (Faro et al 2013), o sedentarismo e o ataque noturno à geladeira (Ferreira et al, 2012), a guerra (Summerfield, 1999), a menopausa (Lock, Kaufert, 2001), a gestação e o aconselhamento genético (Corrêa, Guilam 2006), a educação (Angelucci, Souza, 2011) para citar apenas alguns.

² Dentre essas referências obrigatórias sobre o tema da medicalização, constam, a título de exemplo, o texto clássico de Zola (1972), para quem a medicalização se trata, ao mesmo tempo, de um potencial intrínseco à medicina e do desejo da sociedade utilizar esse potencial. Enfatiza o controle social exercido pela medicina e sua capacidade de moralizar, ameaçando a liberdade das pessoas. Para ele, tal controle se dá de 4 formas: 1. pela expansão de aspectos da vida que se tornam objeto de interesse e intervenção da medicina, como o trabalho, o sono,

Tais autores, ao afirmarem o aspecto socialmente construído dos diagnósticos, situam-nos como o produto de uma interação complexa entre evidências científicas, conflitos de interesses e negociação pública. Mostram a tensão constante entre o ideal da objetividade na medição e delimitação dos diagnósticos e o estabelecimento de critérios mais ou menos arbitrários, justamente porque resultam de processos constantes de construção social.

Mas é preciso também considerar alguns aspectos que mostram que a noção de medicalização, ainda que fundamental, é insuficiente e provisória, no contexto da reflexão ou análise de certas situações sociais. Foucault mesmo foi crítico à noção da medicalização segundo a tese clássica da década de 1970, e mais especialmente aquela apresentada por Illich. Ele mostrou que a medicalização não é um fenômeno exatamente recente, muito embora reconheça que, contemporaneamente, as formas de medicalização sejam absolutamente dominantes.

Foi na palestra conferida no Brasil, em 1974, que Foucault tratou da medicina contemporânea, a partir da Segunda Grande Guerra, derrubando algumas concepções a respeito da recente interferência da medicina sobre aspectos sociais (Foucault, 1974). Critica o pensamento de Illich, para quem uma suposta “antimedicina”, menos intervencionista, poderia resgatar as bases de um cuidado menos medicalizado. Ao contrário, Foucault defende que foi justamente o caráter social da medicina moderna que impulsionou os grandes avanços deste saber, a partir do século XVIII – período a partir do qual a medicina pôde “decolar”, segundo suas próprias palavras. Foucault distribui sua análise em três pontos principais: a separação

a diversão e a alimentação, e a ênfase na prevenção; 2. exercendo controle sobre procedimentos técnicos (como na cirurgia e na prescrição de medicamentos), interferindo em padrões estéticos, éticos, de comportamento; 3. acessando com exclusividade certas áreas “tabu”, que dizem respeito às propriedades pessoais e individuais, como o envelhecimento, a drogadição, o alcoolismo e a gravidez; 4. procurando expandir boas práticas de vida e conferindo estatuto de verdade às afirmações que provém do conhecimento médico e científico.

Já a tese fundamental de Illich reside na idéia de que a empresa médica aliena o homem no cuidado com sua saúde e com seu corpo, tornando-se a intermediária privilegiada deste cuidado. Tal tese é assim resumida: “A empresa médica ameaça a saúde, a colonização médica da vida aliena os meios de tratamento, e seu monopólio profissional impede que o conhecimento científico seja partilhado” (Illich, 1975:6). O autor enfatiza os efeitos deletérios da medicina para a saúde do homem, classificando-os em três tipos: 1. a *iatrogênese clínica* decorre dos resultados maléficis dos tratamentos médicos, em geral dispendiosos, e com benefícios duvidosos; 2. a *iatrogênese social* tem a ver com os efeitos da relação entre a medicina e a sociedade, já que toda a noção de doença e de saúde é transformada pela racionalidade médica e se constitui por uma concepção dominada pela ciência; 3. a *iatrogênese estrutural*, ligada à demanda oriunda da população que, servilmente, aceita o intermédio imprescindível da medicina nas terapêuticas para a sua saúde. O fundamental à crítica da medicalização é, para Illich, é o seu caráter de controle social, a partir de uma relação vertical, em que um poder opressor gera a dependência dos indivíduos.

entre a cientificidade e a eficácia de medicina; o fenômeno da medicalização indefinida; e a economia política da medicina.

Em primeiro lugar, não é novidade o fato de que a medicina pode matar. A iatrogenia, segundo Illich, ocorreria em função dos erros da medicina. Foucault discute a *iatrogenia positiva*, ou seja, “os efeitos medicamente nocivos devidos não a erros de diagnóstico nem à ingestão acidental de substâncias, mas à própria ação da intervenção médica no que ela tem de fundamento racional” (Foucault, 1974:175). A medicina matava porque era ignorante. A sua nocividade era proporcional à sua não-cientificidade: era “uma rapsódia de conhecimentos mal fundados, mal estabelecidos e verificados” (idem:174). Desde o início do século XX a medicina passou a ser perigosa não pelo que *não sabe*, mas justamente pelo que conhece, por ser calcada numa ciência³. Com isso, os riscos proporcionados pela medicina já não ocorrem *em detrimento dos* conhecimentos cientificamente adquiridos, mas acontecem justamente *em função* deles.

Critica também a visão segundo a qual, atualmente, a medicina passou a funcionar para além de seu campo tradicional, ultrapassando a demanda do doente e do domínio das doenças. Isso já ocorre desde o século XVIII, pois a medicina moderna se constituiu exatamente como uma medicina social. Desde então ela incide sobre temas como a sexualidade e a organização urbana. Da Idade Média até meados do século XVIII, quando a medicina se ocupava das doenças e dos doentes, ela tinha resultados científicos e terapêuticos nulos. Foi exatamente a partir da expansão de sua ação é que conseguiu se libertar da estagnação na qual se encontrava, avançando tecnicamente.

O que caracteriza a medicina contemporânea então não é sua capacidade de ampliar suas áreas de ação, mas o fato de já não ter mais campo exterior. Atualmente, tudo está sob o domínio do conhecimento médico. Nas palavras de Foucault,

No século XIX, a medicina havia ultrapassado os limites dos doentes e das doenças, mas ainda existiam coisas que continuavam a ser – não médicas – e pareciam não “medicalizáveis”. A medicina tinha um exterior (...). Na situação atual, o diabólico é que, cada vez que se quer

³ Dá o exemplo do tratamento anti-infeccioso, cujo efeitos positivos (o desequilíbrio da cobertura bacilar e viral) só ocorre porque ao mesmo tempo provoca efeitos negativos (a alteração da proteção do organismo). Outro exemplo cujas consequências ainda se desconhecem é o da intervenção genética. A medicina não é capaz apenas de interferir no indivíduo e sua descendência direta, mas capaz de mudar a história: “Não se sabe ainda se o homem é capaz de fabricar um ser vivo de natureza tal que toda a história da vida, o futuro da vida, se modifique” (idem:178).

recorrer a um domínio exterior à medicina, descobre-se que ele já foi medicalizado (idem:183-4).

Finalmente, Foucault defende que tampouco é recente a inserção da medicina na economia política. Foi um episódio de mortandade de gados na França, e não qualquer epidemia humana, que motivou a criação da Academia da Medicina naquele país, no século XVII. Foi portanto a partir de interesses econômicos que esta se constituiu. Mas foi sobretudo pelo interesse na manutenção e reprodução da força de trabalho que a medicina se expandiu como um campo para além das fronteiras da doença. O que caracteriza a situação atual é uma nova forma de produção, não mais voltada para a reprodução da força de trabalho, mas de riqueza. A saúde se tornou objeto de desejo, consumido por uns, e fonte de lucro para outros. Mas a maior parte dos lucros derivados da saúde não vai para os médicos, convertidos em “intermediários quase automáticos entre a indústria farmacêutica e a demanda do cliente, quer dizer, em simples distribuidores de medicamentos e medicação” (Foucault, 1974:191). Afinal, os grandes lucros vão para a indústria farmacêutica.

Enfim, com isso Foucault defende que, muito do que se aponta como sendo parte da crise da medicina atual, encontra raízes históricas profundas, e que não fazem deste fenômeno algo novo. O que caracteriza a medicalização atualmente então, não é a iatrogenia médica; a interferência da medicina em áreas externas à doença e ao doente; tampouco a estrita relação entre a medicina e os interesses econômicos. Mas o que caracteriza a medicalização hoje em dia é um paroxismo destas características, existentes desde o século XVIII. Uma iatrogenia positiva, própria à racionalidade médica e inextricavelmente vinculada a ela; não mais uma medicalização daquilo que não diz respeito ao doente e à doença, mas na produção de uma sociedade sem brechas, em que virtualmente tudo é objeto de conhecimento e intervenção médicos; e uma inversão dos termos econômicos, que não preza preponderantemente a reprodução da força de trabalho, mas pretende sobretudo a produção de riqueza – que, aliás, não recai sobre os médicos, mas sobre a indústria farmacêutica, – o que é, de fato, extensível a todo complexo médico-industrial ou médico-financeiro.

Foucault situa o processo de medicalização pelo menos desde a constituição da medicina social, na modernidade, entre o final do século XVIII e o início do século XIX, com o estabelecimento de um novo modelo de poder que incide na sociedade a partir da re-organização

dos espaços públicos, mão-de-obra e espaços de trabalho e constituição de um sistema público de saúde (Foucault, 1979b;c). A ação não somente sobre os indivíduos, mas sobretudo sobre o corpo coletivo, o lócus da cidade, o esquadrinhamento e o controle urbano, os hábitos de higiene, a distribuição das cidades, seus habitantes, isolando os riscos para o Estado e para a sociedade. O discurso médico passa a justificar as modificações urbanas e a definir as estratégias de ação para o controle da sociedade⁴.

Outro aspecto do controle urbano é a ascendência sobre a família e sobre a infância, tornando-as passíveis de intervenção médica. Seus hábitos e formas de relação passam a ser mediadas pelo conhecimento médico, incidindo mais sobre a saúde e as formas de se viver do que sobre a doença e os modos de tratá-la. Há uma reconfiguração da família, na qual a criança e a infância passam a ter maior centralidade, cabendo aos pais garantir uma matriz segura para uma boa vida adulta. A saúde se torna um instrumento fundamental no cuidado com as crianças, a higiene, os hábitos de moradia, as relações entre pais e filhos. A família se torna “medicalizada-medicalizante”, uma vez que é medicamente orientada, enquanto também reproduz essa nova forma de relação com os corpos, estendendo-a à sociedade (Foucault, 1979a).

Além disso, a ascendência da administração médica nos hospitais os torna instituições doravante laicas e organizadas em bases científicas, substituindo os cuidados caritativos com organização religiosa. A *medicalização do hospital* ocorreu no final do século XVIII, na Europa, e resultou do encontro entre uma nova formação médica e o processo da disciplinarização do espaço hospitalar. O hospital deixou de ser espécie de morredouro e de assistência filantrópica, tornando-se lugar privilegiado da ação médica, espaço organizado para curar. O médico, antes atribuído de uma função secundária, torna-se o principal administrador desta instituição. Os cuidados paliativos, de ordem religiosa e beneficente, são substituídos pelo objetivo de cura, sob a atenção e o conhecimento médicos. Constitui-se, assim, uma

⁴ Três modelos básicos surgiram em diferentes regiões da Europa: a *medicina de Estado alemã* pretendia melhor conhecer as condições de morbidade e mortalidade da população para fortalecer o Estado; a *medicina urbana francesa* visava a organização do espaço urbano, esquadrinhando a cidade, controlando e eliminando os perigos – através do afastamento dos cemitérios, do controle da circulação da água e do ar (com a abertura de avenidas longas e destruição das casas sobre os rios etc.); e a *medicina da força de trabalho inglesa*, interferindo sobre os pobres e as ameaças que representavam aos ricos. Ocorre, aí, a *medicalização da cidade*, incidindo sobre a organização urbana, e tornando o saber médico central para as políticas e na transformação urbana (Foucault, 1979b).

medicina hospitalar e um hospital médico, organizado fundamentalmente com base no poder disciplinar.

A medicalização, para Foucault, tem então um sentido duplo: se por um lado significa o início do cuidado e da centralização médica na instituição hospitalar – e todas as modificações daí decorrentes; por outro resulta da atuação da medicina na constituição de uma sociedade sadia – tanto no nível da família quanto na própria organização da cidade e dos riscos que oferece à sociedade. Se em um âmbito ela tem uma intenção mais propriamente curativa (no hospital), em outro ela intervém na forma de viver, tendo como objeto uma nova concepção de saúde. O discurso e o saber médico constituem uma ascendência sobre a população, as formas de lidar com a doença, mas sobretudo, o modo de viver e de se comportar, incluindo toda sorte de hábitos e costumes, como “a alimentação e a bebida, a sexualidade e a fecundidade, a maneira de se vestir, a disposição ideal do habitat” (Foucault, 1979a:202).

Para além disso, a análise de Foucault oferece um contraponto à concepção de medicalização, ao situar precisamente o surgimento da figura do *anormal*, no final do século XIX, como um ícone de um processo de *despsiquiatrização* de tipos desviantes. Em outras palavras, o anormal vem substituir a figura do alienado mental (que é primordialmente um doente, muito embora tenha estatuto de exceção), situando-o em um campo não exatamente psiquiátrico. Instaure-se um paradoxo, ainda não superado na contemporaneidade: o fato do anormal estar fora do campo da doença, ou alienação mental, não o exclui de um cuidado a um só tempo médico, assistencial e jurídico (Foucault, 2001).

Atualmente, de forma similar, não é preciso que uma condição seja interpretada como um transtorno propriamente dito para que seja passível de tratamento psiquiátrico, psicoterápico, psicanalítico. O sofrimento mental como motor para a procura de atendimentos psicanalíticos, assim como a prática do chamado *aperfeiçoamento* ou *enhancement*⁵ (Haris et al., 2008; Nahra, 2012), são duas faces distintas, mas representativas, deste paradoxo. É justamente este processo complexo e que pressupõe ritos de medicalização e de despsiquiatrização, não excludentes, que gostaríamos de tomar como ponto-de-partida para a análise do nosso objeto.

Os fenômenos que Angell (2012) chamou de *epidemia de doença mental* e que Frances (2013) denominou *inflação diagnóstica* têm relação direta com o aumento do número de

⁵ Que diz respeito, entre outros fatores, ao uso performático de medicamentos psicotrópicos.

crianças diagnosticadas com transtornos mentais e comportamentais e com a expansão de categorias diagnósticas, inclusive na infância, em diferentes lugares do mundo. Estes fenômenos nos motivaram a pesquisar as especificidades de tais condições no Brasil, e mais particularmente no município do Rio de Janeiro.

Em meio a campo tão amplo e já bastante estudado por diferentes prismas⁶, pretendíamos pesquisar uma questão infelizmente ainda pouco explorada no Brasil, que diz respeito às práticas de tratamento psicofarmacológico de crianças na primeira infância. Como ponto de partida para esta análise, pretendíamos contar com médicos que se deparam regularmente com supostos problemas de ordem mental ou comportamental de crianças e que são, efetiva ou virtualmente, possíveis prescritores de psicotrópicos: médicos psiquiatras da infância, neuropediatras e pediatras que trabalham em serviços públicos.

Duas palavras sobre a expressão *crianças na primeira infância*. Em primeiro lugar, é importante ter em mente que, ao falarmos sobre infância e sobre criança, não se pode desconsiderar que tais conceitos não prescindem de processos históricos particulares, passando por formas muito diferentes de compreensão, análise, relação, em diferentes contextos sociais. Os papéis atribuídos às crianças e à maneira como são tratadas foram produzidas socialmente, de acordo com a época, o lugar e a cultura em que vivem e viveram.

Não se pode dizer, ainda que não queiramos ser relativistas ao extremo, que a infância de uma menina órfã filha de escrava, no Brasil imperial, seja igual aquela de um garoto russo de família abastada na primeira metade do século XIX (Lobato, 1920; Tolstói, 2013), que uma criança medieval assemelha-se àquela do Renascimento, em uma mesma sociedade europeia (Ariès, 1981); que a de uma criança sertaneja na virada entre os séculos XIX e XX seja similar a de um órfão em plena Inglaterra durante a Revolução Industrial (Ramos, 2013; Dickens, 2013); tampouco que as experiências de uma criança da classe média de um pequeno vilarejo nos Himalaias, na década de 1950 (Pande, 2005), sejam parecidas com aquelas de classe média

⁶ O processo de medicalização dos problemas mentais e comportamentais na infância tem sido debatido através de diferentes pontos-de-vista, como a naturalização dos dados de prevalência dos diagnósticos psiquiátricos na infância (Iriart; Iglisias Ríos, 2012); o afrouxamento dos critérios classificatórios (Frances, 2013); a individualização de problemas sociais, familiares ou educacionais (Beltrame, Boarini, 2013; Angelucci, Souza, 2011; Sanches, 2011); a elasticidade da construção de diagnósticos, apoiada em lutas sociais que ora reivindicam certas entidades nosológicas, ora as refutam (Conrad, 2007); os interesses da indústria farmacêutica como um motor potente no aparecimento de novos diagnósticos e na maior produção e venda de medicamentos (Angell, 2010; Abraham, 2010), a sua contribuição no processo chamado de *disease mongering*, ou *fabricação de doenças* (Amarante, Torre, 2010), entre outros.

alta na zona sul do Rio de Janeiro no início do século XXI. Os exemplos seriam inesgotáveis. No âmbito desta pesquisa, essas particularidades, ainda que apresentadas de forma bastante apressada, refletem-se brevemente nas diferenças entre as crianças que frequentam serviços públicos de saúde e aquelas que são levadas, por exemplo, por babás nos consultórios particulares.

Primeiro ponto que, portanto, não pode passar despercebido ou ignorado, muito embora não seja pormenorizada nesta pesquisa: o caráter histórico, provisório, contextualizado, daquilo que se convencionou chamar de infância. Ainda que haja nuances e variações, a infância de que se trata no contexto desta investigação diz respeito, prioritariamente, a crianças pertencentes a grupos econômicos pouco privilegiados, residentes sobretudo de zonas periféricas do Rio de Janeiro (não só em áreas suburbanas como também em favelas ou zonas menos privilegiadas no centro ou zona sul da cidade), que frequentam escolas e serviços de saúde públicos. Em alguns momentos há relatos do atendimento de crianças com perfil de classe média e média alta, como aquelas atendidas em consultórios privados com ou sem plano de saúde, muito embora estas sejam citadas como uma exceção ou como uma base de comparação com as crianças atendidas regularmente nos serviços públicos de saúde.

O segundo aspecto digno de nota diz respeito às diversas categorizações e subdivisões atribuídas às diferentes fases da infância. No Brasil, todo um aparato médico, psicológico e social passou a incidir sobre esta etapa da vida de modo muito particular a partir do início do século XX, quando uma série de cuidados mais específicos foram destinados às crianças (Costa, 1989; Rizzini, 2011), como pretendemos mostrar mais adiante. De qualquer maneira, uma dada concepção de *desenvolvimento* – noção esta que, por sinal, também não é única, enfrentando diferentes rupturas⁷ – passou a dominar a cena assistencial, psicológica e médica sobre a infância, compreendendo-a a partir de etapas gradativas e necessárias. Daí a ideia de primeira, segunda e terceira infâncias, a distinção entre crianças em idade pré-escolar e escolar, as atribuições supostamente naturais de cada etapa do desenvolvimento, o que implica em determinadas expectativas, formas de estimulação, entre outros.

⁷ Foucault mostra que, mesmo durante o alienismo, a noção de desenvolvimento, ligada à idiotia, passou por duas fases principais. A primeira, caracterizada pela concepção de Esquirol, era uma visão mais simplista e binária: o idiota era, sobretudo, alguém que não se desenvolveu. Em um segundo período do alienismo, com Séguin, o idiota, concepção mais próxima do retardado, era aquele que não se desenvolvia na mesma velocidade que as outras crianças de sua idade. Essa lentidão no processo do desenvolvimento caracterizava, então, mais uma anomalia do que uma doença propriamente dita (Foucault, 2006). Foi apenas posteriormente que a noção de desenvolvimento humano, e mais especificamente infantil, começou a ser pesquisada a partir de um prisma longitudinal, com a institucionalização de uma psicologia do desenvolvimento, e sua correspondente periodização.

A título de referência, tomamos como critério os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), que classificam as crianças até os 5 anos segundo as seguintes faixas etárias: recém-nascido (do nascimento até o primeiro mês de vida); lactente (criança entre 1 e 23 meses); e pré-escolares (crianças de 2 a 5 anos de idade). Desta forma, trataremos como correspondentes as expressões “crianças de 0 a 5 anos”, “primeira infância”, “pré-escolares”, “crianças em idade pré-escolar” e “crianças pequenas” como correspondentes, ainda que saibamos que esta é uma aproximação pragmática, para fins desta pesquisa, e que não se tratam de sinônimos exatos, considerando os diferentes contextos de construção social referente a cada uma destas expressões. Muito embora haja diferenças conceituais entre os termos, historicamente tem se tomado a noção de *primeira infância* como aquela associada ao período anterior à educação formal⁸, o que no Brasil até recentemente correspondia à faixa de 0 a 5 anos de idade⁹.

Retomando o objeto da pesquisa, pretendíamos inicialmente pesquisar as motivações, influências e relações que contribuem para as decisões médicas, sejam elas diagnósticas, do tipo de cuidado dispensado e de prescrição de psicotrópicos em crianças pequenas. Este tipo de ação e decisão recai necessariamente em questões fundamentais, como a flexibilidade do processo diagnóstico, a participação de diversos interlocutores e atores sociais nestas decisões, e a insuficiência de pesquisas clínicas que identifiquem a médio e longo prazo o efeito dos psicotrópicos em crianças, tornando o campo bastante delicado e arenoso.

Os objetivos iniciais deste trabalho se calcaram numa tríade, pretendendo responder às seguintes questões: 1. A definição diagnóstica ou, em última análise, a distinção entre o normal e o patológico, é decisiva para as práticas terapêuticas? 2. Que tipo de critérios delimitam o emprego de alguma terapêutica – seja ela psicoterápica, de estimulação, ou mesmo psicofarmacológica? 3. Que forças e relações colaboram para a oferta do tratamento psicofarmacológico para este grupo de pacientes?

Algumas inquietações iniciais deram origem e ajudaram a organizar essas questões. A primeira tem a ver com uma série de críticas mais ou menos recentes à problemática do aumento

⁸ Noção essa que associa a criança à escola, mais precisamente à pré-escola. Toda uma tradição de pesquisa se calca justamente na criança como um sujeito escolar, sendo necessário “descolarizar a criança” em sua abordagem histórica e sociológica (Sirota, 2001).

⁹ A lei federal 12.796 instituiu em 2013 que, doravante, o ensino obrigatório deveria se dar a partir de 4 anos de idade (Brasil, 2013); mas consideramos a escolarização obrigatória instituída quando do início desta pesquisa, em 2012.

expressivo de categorias diagnósticas encontradas nas classificações diagnósticas oficiais, como o DSM e a CID¹⁰, nas últimas décadas. Outra questão relaciona-se à expansão de tais critérios, abrindo uma população cada vez mais ampla – o que significa a maior inclusão de crianças nos grupos diagnosticados. Há também a relação paradoxal entre os diagnósticos e o uso de terapias psicofarmacológicas: se por um lado, há uma estreita relação entre a definição de um diagnóstico e ao uso de determinados psicotrópicos, por outro, há uma indefinição desta relação, que muitas vezes se baseia mais nos sintomas do que nos diagnósticos propriamente ditos, sintomas estes que não são necessários nem exclusivos de tais ou quais diagnósticos.

Outro aspecto que mobilizou a realização desta pesquisa foi a constatação da lacuna de estudos brasileiros sobre a prescrição de psicotrópicos para essa faixa etária. Esse interesse se dá em dois níveis: um mais pragmático e o outro mais epistemológico. No primeiro nível, é instigante o suposto desencontro entre as evidências científicas produzidas (em termos de eficácia e segurança dos medicamentos) e o aumento na prescrição de psicotrópicos para a primeira infância em diferentes lugares do mundo. Além disso, o Brasil carece de quaisquer pesquisas que mostrem os hábitos de prescrição ou as possíveis modificações do uso de psicotrópicos nessa população.

O outro nível diz respeito as concepções usuais forjadas a partir da noção de diagnóstico, como o fenômeno compreendido como *fabricação de doenças* ou *disease mongering* (Moynihan, Henry, 2006; Amarante, Torre, 2010), e a construção e a reinterpretação das trajetórias de vida a partir da identificação com certos diagnósticos (Hacking, 2000). Em outras palavras, o aumento do tratamento psicofarmacológico em crianças não pode ser explicado, sem problemas, em uma relação linear com a maior identificação de crianças diagnosticadas. De fato, este é apenas um aspecto, dentre uma série deles, que ajuda a construir esse quadro, como a modificação nos critérios sociais de normalidade ou de desempenho, a valorização de determinados sintomas em detrimento de outros, na formulação da ideia de um transtorno mental como resultado do desequilíbrio químico cerebral, etc.

¹⁰ Trata-se do Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, sistema classificatório de transtornos mentais organizado pela Associação Americana de Psiquiatria (APA), que atualmente encontra-se em sua 5ª versão (DSM-5), publicada em 2013 (American..., 1952; 1986; 2000; 2013); e da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, que reúne uma grande variedade de doenças, inclusive de doenças mentais, e é organizada pela Organização Mundial de Saúde. Atualmente encontra-se em sua décima versão (CID-10), publicada em 1989, sendo prevista uma nova edição (CID-11) em 2017 (Brasil. Departamento..., 2016). Além da CID, a OMS também organiza a Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF), que lista as condições de funcionalidade e incapacidade ligadas a estados de saúde (Di Nubila, Buchalla, 2008).

Esse conjunto de questões tem implicações a um só tempo macro e micro-políticas. No primeiro domínio, o estabelecimento de diagnósticos e o tratamento do comportamento infantil têm impactos importantes na saúde pública, uma vez que interferem nas ofertas e demandas do complexo médico-industrial (Camargo Jr., 2010), modificam o uso de medicamentos e seus gastos correlativos (Conrad et al., 2010), exigem atualizações dos profissionais de saúde, requerem a adequação das políticas públicas para o campo da saúde mental voltada à infância e à adolescência, estabelecem e modificam políticas públicas e legislações, resultam na judicialização da saúde (Iriart et al., 2011), interferem na regulação governamental sobre os planos privados de saúde (definindo, por exemplo, aquilo que poderão ou não cobrir) e sobre a indústria farmacêutica, entre outros. Mas não pretendemos nos aprofundar nestas questões macro-políticas, dando maior ênfase às situações cotidianas, situadas no contexto dos atendimentos clínicos, que são atravessadas por relações de poder, refletidas diretamente nos corpos, sua maneira de agir e de viver.

Situações estas corriqueiras, talvez até desimportantes do ponto de vista macro-político, mas que constituem a interseção de diferentes dispositivos que se voltam para as crianças com os chamados problemas mentais, comportamentais, de aprendizado, neuro-psiquiátricos etc: estratégias biopolíticas¹¹, em última instância. Histórias muito particulares embebidas em fortes dilemas éticos e que apontam para relações de poder não verticalizadas, mas capilarizadas entre os mais diversos saberes, instituições, indivíduos.

Breve inventário de situações, que atualizam e dão concretude a esta análise: a escola pressiona a família de uma criança para que esta se submeta a tratamento neurológico em função de dificuldades escolares, sob a ameaça de expulsá-la. Um menino de 5 anos recebe um laudo psiquiátrico afirmando se tratar de inábil para o trabalho. Uma criança apresenta comportamento agressivo após testemunhar e experimentar situações de extrema violência na comunidade onde mora. Um médico repete, contra a sua vontade, a prescrição de um psicotrópico anteriormente indicado, por outro médico, por se encontrar sob pressão da família. Um grupo de mães se levanta contra um médico que evita solicitar benefícios da assistência

¹¹ A técnica disciplinar, mais presente durante os séculos XVII e XVIII, foi sobreposta por outra forma de poder, agindo em diferentes níveis. A biopolítica, a partir do final do século XVIII, se coloca como uma maneira de poder que, diferente da soberania (que fazia morrer e deixava viver), se caracteriza por fazer viver e deixar morrer. Mais do que evitar doenças, a biopolítica se ocupa do controle da população em suas características de vida, surgindo o controle das endemias, e dos processos de natalidade, mortalidade e longevidade. O objetivo de se evitar a morte perde força diante dos esforços de se viver melhor. Tanto a disciplina como a regulamentação (própria da biopolítica), procuram “maximizar forças e extrai-las, mas que passam por caminhos inteiramente diferentes” (Foucault, 1976:294).

social feitos a partir de diagnósticos dos quais discorda. Familiares recorrem a processos judiciais e a pedidos especiais para o fornecimento de medicamentos não distribuídos nos serviços públicos. Um médico prefere solicitar a compra ou repassar medicamentos excedentes de outros pacientes a preencher um pedido especial de medicamentos para evitar manobras diagnósticas. Um grupo de familiares reivindica a criação de serviços especiais voltados para um determinado diagnóstico, como o autismo.

A *política*, aqui, não se refere à ação do aparelho estatal, através de seus representantes do legislativo, executivo e judiciário, mas a uma série de tensões sociais, que tem reflexos diretos na forma de viver e de reproduzir a sociedade, onde são instituídos discursos, cotidianos e práticas sociais (Baptista, Mattos, 2015). Posições que dizem respeito, em última análise, a uma forma de poder, mas não a um suposto Poder com P maiúsculo, como se refere Foucault: outras maneiras de poder, que são, mais precisamente, as *técnicas de relação consigo mesmo* e, sobretudo, no contexto desta pesquisa, formas de *condução da conduta alheia* (Foucault, 2010).

Como de praxe, o objetivo inicial deste trabalho se modificou no decorrer da pesquisa, por diversos motivos. Partamos do processo de construção de conhecimento a partir da metáfora de uma rede constituída por fibras intimamente interligadas que deslocam nosso olhar para diferentes pontos. Algumas fibras são mais tênues e frágeis, outras, mais centrais e fortes. De acordo com o movimento que se dá a ela, é possível ver-se o maior alongamento ou retraimento de certas linhas e nós – as suas articulações, enquanto outras, que pareciam tão centrais, tornam-se secundárias, auxiliares.

E assim foi o processo de deslocamento de interesses no decorrer desta pesquisa. Muitas das “fibras auxiliares” tornaram-se mais rígidas e centrais, enquanto outras, inicialmente fundamentais, deslocaram-se para áreas laterais, sendo, enfim, desfocadas. Este objetivo, no entanto, não foi substituído inteiramente. Ele foi relativizado e cedeu lugar a outros temas transversais, na medida em que o trabalho foi realizado.

A primeira destas modificações é de *ordem conceitual e epistemológica*: a própria revisão do conceito de medicalização deu lugar a outra análise: a despatologização dos fenômenos comportamentais, o que não implica no abandono de qualquer cuidado e atenção no campo de saúde mental. Pelo contrário, pressupõe um deslocamento em que certas queixas de natureza mental ou comportamental, ainda que não se enquadrem perfeitamente numa categoria

patológica, não deixam de se submeter a uma série de articulações médico-psicológico-assistenciais.

Outro motivo é de *ordem metodológica*: a pesquisa qualitativa apresentou inúmeras surpresas que nos levaram a refazer os rumos desta investigação. Era impossível aos entrevistados, ao relatar suas experiências, referir-se unicamente à faixa etária inicialmente proposta. Relataram casos riquíssimos e situações muito interessantes de crianças maiores, trazendo um novo arsenal de questões que não foram previstos nos objetivos iniciais. Trouxeram, enfim, uma série de novas relações a serem pesquisadas e problemas a serem enfrentados. Por exemplo, a relação entre os saberes médico-psicológicos com a educação, a importância da questão da agressividade, que atravessa as diversas faixas etárias, as disputas de poder entre as diferentes especialidades, além de outros achados que pretendemos esmiuçar no decorrer deste trabalho.

O terceiro motivo é de ordem *político-administrativa*: a organização dos serviços, os documentos e as informações administrativas não nos levam, necessariamente, a informações precisas sobre os hábitos de prescrição de psicotrópicos para essa faixa etária. Como exemplo, as guias dos medicamentos controlados não incluem a idade do usuário; e as farmácias dos serviços públicos de saúde não têm a obrigatoriedade de enviar para agências de regulação esse tipo de informação. Somente as farmácias privadas precisam enviar dados regulares para a Anvisa (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) a respeito da venda de medicamentos.

Desta maneira, sem abandonar o nosso objetivo inicial, foi necessário ampliá-lo de forma significativa, dedicando-nos a temas não previstos anteriormente, além de relativizar e problematizar determinados conceitos que nos eram caros no início desta investigação.

A realização de uma pesquisa demanda caminhos que não são, necessariamente, melhores que outros. Primeiro deslocamento, portanto: o olhar do médico como objeto de investigação cedeu lugar ao olhar do médico como ponto-de-partida para a análise de uma série de relações intrínsecas ao aparato médico-psicológico-assistencial-pedagógico-familiar. Que tipos de discursos, impressões, práticas, contradições, colaboram para determinada concepção de cuidado? E como elas se formam no contexto estudado? O que tem, afinal, de particular, em relação a um processo secular de medicalização?

Segundo deslocamento, que teve como começo a noção – mais ou menos abstrata – de primeira infância, noção essa fundamental por três aspectos: a maleabilidade do desenvolvimento infantil e os problemas que decorrem de qualquer definição (patológica e diagnóstica, por exemplo) neste período. O segundo aspecto diz respeito a um período anterior à escola, em que, a princípio, outros atores sociais estariam até mais envolvidos do que a instituição escolar na demanda por tratamento. E, finalmente, a problemática da prescrição de psicotrópicos *off label* para esta faixa etária, quando ainda há uma insuficiência significativa de informações sobre a relação entre riscos e benefícios de seu uso.

Assim, não foi possível tratar apenas de crianças pequenas, conquanto procuramos lembrar essas proposições iniciais: a noção de maleabilidade, em primeiro lugar, não se aplica unicamente a crianças pequenas, e encerra ela mesma um conhecimento historicamente datado (e mais precisamente reforçado pela noção de desenvolvimento infantil e a necessidade do acompanhamento pela puericultura). Além disso, é impossível falar das concepções de comportamento desajustado ou problemas de transtornos mentais, neuro-psiquiátricos, comportamentais etc., sem tratar do sistema escolar, que aparece de forma recorrente e persistente no discurso dos entrevistados. Além disso, esse processo de escolarização apresenta irregularidades históricas, dependendo da idade, do contexto social etc, de modo que não se pode fazer coincidir, necessariamente, primeira infância com período pré-escolar.

As entrevistas mostraram, finalmente, uma série de outros elementos, de caráter pedagógico, que atuam sobre a criança mesmo antes de que esta adentre na escolarização formal – o papel crescente das creches, por exemplo, constitui elemento central na identificação de problemas iniciais, assim como o papel da família estendida, vizinhos etc. Terceiro deslocamento, portanto, em que a primeira infância permanece como referência, mas insuficiente para tratar a complexidade das relações envolvidas na identificação e no tratamento de problemas mentais e comportamentais na infância.

Quarto deslocamento, em que a ideia de diagnóstico e prescrição é substituída gradativamente por uma ideia de cuidado. A primeira encerra uma série de pressupostos que, apesar de muito significativos, não consegue abarcar o fenômeno complexo que envolve a identificação de um problema ou de uma patologia mental, e os cuidados daí decorrentes. Um exemplo que aponta para esse deslocamento fica muito nítido, por exemplo, na entrevista com os pediatras. Ao explicar sobre a pesquisa, era comum que escutasse, de retorno, algo como: “Acho que não vou poder te ajudar. Quase não atendo crianças com transtornos mentais”. Mas

o decorrer das entrevistas revelava uma série de situações absolutamente habituais e cotidianas em que os pediatras são convidados a intervir – desde problemas corriqueiros e aparentemente inofensivos, de como fazer orientações sobre a birra, a alimentação, a escolha de roupas, até problemas de evidente gravidade – como rompantes de agressividade, prejuízos escolares importantes, sintomas que apontam para diagnóstico de autismo etc. Orientações, portanto, que recaem sobre comportamentos infantis desajustados, inadequados, inesperados, indesejados, em graus variados.

A metodologia utilizada foi de base qualitativa, a partir de entrevistas semi-estruturadas com médicos que trabalham em serviços de saúde e fazem atendimentos de alguma forma relacionados ao conceito amplo de *saúde mental* de crianças e adolescentes. Utilizamos a técnica da bola de neve a fim de acessar profissionais em diversos serviços no município do Rio de Janeiro, muito embora reconheçamos as limitações e insuficiências deste método na realização desta pesquisa, especificamente. Ter entrevistado psiquiatras da infância, neuropediatras e pediatras se revelou muito interessante, na medida em que se puderam confrontar posicionamentos, históricos de formação, disputas de poder, relações com a escola, com as crianças e suas famílias e com os próprios serviços de saúde que, por suas diferentes composições e organizações, permitem relações com a equipe que alteram de forma fundamental as consequências de seus trabalhos e as relações com o seu objeto privilegiado da clínica.

Procuramos nos remeter a uma análise da pesquisa com uma base oriunda de certa epistemologia¹² francesa e mais especificamente a partir do pensamento de Canguilhem; mas também, e sobretudo, a partir da trajetória de Foucault em sua análise arqueológica e posteriormente, genealógica – muito embora reconheçamos esta referência mais como um esforço e que, por momentos, não conseguiu seguir a contento este objetivo.

A *epistemologia* francesa, através da voz de Canguilhem, oferece uma perspectiva histórica a respeito de um saber privilegiado na compreensão daquilo que se convencionou

¹² Amarante define *dimensão epistemológica* como o “conjunto de questões que se situam no campo teórico-conceitual e que dizem respeito à produção de conhecimentos que fundamentam e autorizam o saber/fazer médico-psiquiátrico. Aqui se incluem a revisão do próprio conceito de ciência como produção de Verdade, ou de neutralidade das ciências, quanto dos conceitos produzidos pelo referencial epistêmico da psiquiatria, tais como o conceito de alienação/doença mental, isolamento terapêutico, degeneração, normalidade/anormalidade, terapêutica e cura, dentre outros” (Amarante, 2009). A epistemologia engloba o estudo e pressupõe o caráter histórico de qualquer conhecimento científico, não apenas a essa epistemologia própria ao campo da psiquiatria, que privilegiamos neste trabalho.

chamar de transtorno mental. Ou seja, Canguilhem nos auxilia na medida em que tomamos o saber psiquiátrico a partir de uma historicidade própria e que tal modalidade de ciência e sua construção impulsiona a produção de determinadas formas de compreender e lidar com o objeto em questão.

A *arqueologia* foucaultiana, por outro lado, procura distanciar-se da epistemologia, pois toma como centro da análise não única ou primordialmente a ciência, mas uma série de saberes – jurídicos, educacionais etc. – como constituintes de verdades produzidas que atravessam as práticas discursivas. Mais do que isso, a arqueologia pretende fazer uma descrição dos objetos mais como *monumentos* do que como *documentos*, ou seja, procura identificar como eles se constroem evitando discursos homogêneos de continuidades, tendências, estilos, mas justamente onde incidem também divergências, incongruências etc.

E a *genealogia*, finalmente, foi o método adotado por Foucault ao analisar os saberes e discursos, organizados em torno de relações de poder. Relações que não dizem respeito única e exclusivamente ao poder de Estado, mas àquelas que fazem parte vida cotidiana, aos saberes capilarizados, aos hábitos, rotinas e discursos, constituindo verdadeira micro-política.

Um conceito fundamental que atravessa toda a pesquisa e auxilia na análise das entrevistas diz respeito àquele de *práticas discursivas*. De forma muito simplificada, os discursos não são meros receptáculos de conceitos sociais, reproduzindo ou “representando” formas já estabelecidas de pensar. São, de fato, discursos capazes de produzir verdades, que trazem consequências concretas para a vida. As ciências, de modo geral, são capazes de gerar verdades – ou fatos tomados como tal – e as práticas discursivas, quando aliadas ao conhecimento científico, tornam-se instrumentos poderosos de sua difusão. Por exemplo, ao definir e determinar um diagnóstico, ou ao expor uma dada compreensão nosográfica e nosológica sobre um comportamento desviante, instituem-se fatos concretos, tomados de forma mais ou menos absoluta, que ganham estatuto de verdade e, mais especificamente, de verdade científica. Em outras palavras, as práticas discursivas são dispositivos de poder.

A pesquisa calcada no cotidiano da clínica contemporânea não foi um empecilho à pesquisa histórica de algumas bases epistemológicas da construção de conceitos sobre a psiquiatria moderna e sobre outros períodos mais remotos da medicina mental. A experiência do doutorado-sanduíche em Paris, por um ano, contribuiu para o acesso a documentos de fonte primária e fez surgir o interesse, quase incontornável, de buscar na trajetória histórica da

psiquiatria da infância, continuidades e rupturas com alguns saberes ligados à psiquiatria da infância atual e disciplinas a ela atrelados. Em alguns casos, foi possível mostrar como algumas condições de possibilidade históricas sustentam certas concepções de cuidado e de compreensão dos problemas mentais e comportamentais, a partir da perspectiva dos depoentes.

Algumas perguntas nos orientam diante deste universo de conhecimentos sobre problemas mentais e comportamentais das crianças. Em algumas palavras, *a que sujeito nos referimos e que tipos de relações institucionais emergem do encontro destes sujeitos com os dispositivos sanitários? Que saberes e contradições permeiam estas modalidades de cuidado de si¹³? Que ligações se fazem entre micro-política e saúde, e como elas incidem na vida destes sujeitos? Que modos de cuidado são utilizados, enfim, para ajudar essas pessoas?*

Mas o que, afinal, tem tudo isso a ver com o título desta introdução – “Sobre peixes e crianças”, assim como a epígrafe que antecede esse texto? Veyne, ao referir-se à *filosofia cética* de Foucault, mostra o duplo exercício do filósofo: observar de fora o movimento do aquário, ao mesmo tempo que ele mesmo dele participa, sendo mais um dentre outros peixes. E o aquário pressupõe que, para se viver, é preciso estar situado em dado contexto, compondo seus jogos históricos. Mais do que isso, é impossível viver sem fazer parte de algum contexto, assumir suas crenças e seus riscos. Realidade incontornável, portanto.

Esperamos que esteja claro que este trabalho se debruça, sobretudo, às crianças. E os peixes, como estão localizados na pesquisa? Como peixes que somos, participamos todos – crianças, pais, escola, vizinhos, amigos, profissionais de saúde, médicos – do ambiente social e cultural nos quais estamos inseridos. Mas como e de que maneira vivenciamos as pequenas marés que se criam em nossos aquários? De que maneira seguimos a rotina dessa pequena vida aquamarina, como acompanhamos certas tendências ou desviamos dos pequenos perigos que este ambiente nos proporciona? Mais precisamente, como se situam as práticas discursivas dos médicos que lidam diariamente com os problemas infantis se posicionam frente a uma série de mecanismos e dispositivos de poder? E, de forma semelhante ao filósofo cético, a partir de que

¹³ O *cuidado de si* é uma prática habitual em nossas sociedades desde o período greco-romano e diz respeito a um exercício de si sobre si mesmo, cuja finalidade é se transformar, e atingir um determinado modo de ser. Ela pressupõe uma relação de poder com os outros e foi investida por instituições do tipo religiosa, pedagógica ou médico-psiquiátrica, ao mesmo tempo que implica em algum grau de liberdade (Foucault, 2004). No contexto desta pesquisa, este cuidado de si permeia a busca pelo tratamento psiquiátrico, uma vez que condiz com alguma concepção de si que visa ser modificada.

mecanismos tais atores conseguem observar criticamente seus próprios movimentos púscos, acompanhá-los ou resistir a eles?

Esta pesquisa acabou produzindo mais questões do que respostas a elas, dado o caráter provisório de seu objeto, a escolha pela metodologia, os aspectos multivariados que constituem cada um de seus vértices. Efeito paradoxal, muito típico de pesquisas de caráter qualitativo, e que regularmente pretendem usar um determinado objeto como dispositivo a compreender fenômenos sociais mais amplos, não podendo nem devendo se encerrar nos seus objetivos mais fundamentais. Diante da miríade de temas (tão ricos e instigantes) que foram apontadas no decorrer das entrevistas, foi preciso fazer um recorte epistemológico, considerando apenas alguns aspectos levantados, e que poderão ser assim organizados:

A Parte I, Contextos, históricos e reflexões, diz respeito ao contexto da realização da pesquisa, em alguns aspectos: os serviços onde foram realizadas as entrevistas, a partir do processo das transformações assistenciais à infância nas últimas décadas; os métodos e técnicas empregados e a descrição do contexto da pesquisa; e a organização da discussão teórica em torno da prescrição de psicotrópicos para a infância e sobretudo, para a primeira infância. Para isto, no **capítulo 1, Breve histórico dos serviços de saúde mental para a infância no Brasil**, mostramos alguns traços das modificações assistenciais voltadas para a saúde mental nas últimas décadas no Brasil, contextualizando também os serviços de onde partimos para aproximação com os médicos entrevistados, situando os seus discursos em relação a esse lugar institucional.

No **capítulo 2, Caminho metodológico e considerações éticas**, apresentamos os principais aspectos do percurso metodológicos, seus avanços e limitações, especificando com a maior riqueza de detalhes possível a realização e os passos da pesquisa. Apontamos também algumas considerações éticas que embasaram este trabalho, momento em que justificamos nossas escolhas e refutamos outras.

Já no **capítulo 3, Estado da arte sobre a questão dos medicamentos psicotrópicos na infância e na primeira infância**, procuramos levantar alguns aspectos relacionados aos problemas e aos hábitos de prescrição destes medicamentos na faixa etária estudada. Mostramos, sobretudo, a insuficiência de informações sobre a segurança e a eficácia de tais substâncias, principalmente a médio e longo prazo, apontando alguns problemas éticos daí advindos. Este capítulo foi realizado com base em uma pesquisa bibliográfica não-sistemática,

a partir de artigos publicados recentemente sobre pesquisas clínicas, e introduz o assunto que será abordado, com base no ponto de vista dos entrevistados, no capítulo seguinte.

A **Parte II, Análise das entrevistas**, traz os principais achados da pesquisa de campo, evidentes a partir das práticas discursivas dos médicos entrevistados. Unimos, em cada capítulo, aspectos práticos de suas rotinas cotidianas, entrelaçadas com trechos e exemplos de falas, procurando identificar alguns processos de continuidades e rupturas produzidas no decorrer da história da psiquiatria da infância, relacionando os depoimentos a processos históricos anteriores.

O **capítulo 4, Os cuidados terapêuticos na primeira infância e a prescrição de psicotrópicos**, aponta as principais considerações construídas a partir dos cuidados terapêuticos nesta faixa etária e a correlata prescrição de psicotrópicos, discussão feita com base no relato dos entrevistados. Pretende-se, a partir daí, compreender as condições de possibilidade para a formulação da necessidade de tratamento *psi*, e como elas interferem na prática médica, resultando na decisão a respeito do acompanhamento farmacológico.

Outro tema recorrente foi organizado no **capítulo 5, A questão da agressividade**. Pretendemos mostrar como a agressividade é um elemento central definidor dos critérios patológicos na infância, o que aponta para alguns aportes históricos. As entrevistas situaram essa questão no âmbito de um quadro nosográfico infantil, marcado pela composição da criança “perigosa/em perigo” (Donzelot, 1980), noção indissociável daquela de periculosidade, quando situada no contexto da medicina mental. Importante assinalar também esta categorização num ambiente social muito marcado por muitas situações de violência.

No **capítulo 6, Problemas mentais e comportamentais de crianças frente a processos de escolarização**, abordamos algumas aproximações entre os saberes médico-psicológicos e a infância, presentes desde o alienismo francês, com fortes marcas na psiquiatria brasileira. Procuramos mostrar mais especificamente as relações que se estabelecem entre as instituições pré-escolares e a identificação de problemas mentais e comportamentais, assim como o momento da entrada na escola formal e da alfabetização, assunto repetidamente comentado pelos entrevistados.

O **Capítulo 7, O problema da relação entre as especialidades**, mostra os lugares construídos na relação entre pediatras, psiquiatras da infância e neuropediatras em torno dos problemas de ordem mental e comportamental. Eles apontam para o entrelaçamento e para os conflitos entre as diferentes concepções sobre os desvios de comportamento na infância, além

das disputas de poder e de terreno entre estas disciplinas, ora intimamente imbricadas, ora em tentativas de individualização. Ficou claro o papel importante e delicado do pediatra frente à demanda de diagnóstico e tratamento de problemas mentais e comportamentais. Torna-se evidente como a disputa de lugares se encontra em torno de duas noções centrais, que apesar de não necessariamente conflitantes, demarcam posicionamentos que os autorizam a denunciar as práticas de outrem. Concepções que se mesclam e se escamoteiam mutuamente: são elas o *sofrimento mental* e de *adaptação social*. Não se pode negligenciar também a importância das ideias subjacentes de risco e prevenção, que impulsionam a necessidade de diagnosticar e tratar na infância.

Finalmente, no **Capítulo 8, Diagnosticando a infância**, pretendemos mostrar como a hegemonia dos sistemas classificatórios oficiais tem sido o epifenômeno de uma homogeneização de práticas terapêuticas, unindo disciplinas oriundas de tradições distintas em torno do objetivo classificatório comum, pasteurizando práticas e estabelecendo ações que se mostram, muitas vezes, mais fortes do que qualquer tentativa de resistência e de oposição. A literatura e as entrevistas indicam críticas tanto externas quanto internas à psiquiatria que evidenciam o processo irregular de construção de diagnósticos e colocam em xeque os tratamentos farmacológicos. Aqui, a ênfase recai menos na questão da prescrição, e mais nos processos erráticos de decisão diagnóstica, e nas particularidades de tais decisões a respeito de uma faixa etária em que tudo parece passível de mudança. A pesquisa de campo mostrou que esses dilemas estão presentes na maioria esmagadora dos casos. E que até mesmo as situações ditas graves, com sintomatologia típica – como algumas apresentações do autismo ou quadros neurológicos bem delimitados – tornam evidentes as fragilidades dos critérios e classificações diagnósticas, desafiando e colocando dilemas constantes para os clínicos.

PARTE I.

CONTEXTOS, HISTÓRICOS E REFLEXÕES

Nesta primeira parte, divididas em três capítulos, pretendemos apresentar alguns contextos que situam as práticas discursivas destacadas na próxima parte. Situamos, em linhas gerais:

1. Alguns processos estabelecidos do tratamento de crianças com problemas mentais e comportamentais no Brasil, que somente muito recentemente vieram a ser organizados de acordo com divisões de especialidade muito claras. Essa trajetória mostra a importância do aspecto pedagógico e orientacional no tratamento destinado a esta população. Com isso, pretendemos fornecer alguns elementos que permitam situar alguns discursos à sua institucionalização própria.
2. As escolhas detalhadas dos métodos e técnicas empregados, algumas de suas limitações e problemas e algumas explicações concernentes à epistemologia e à trajetória arqueológica e genealógica foucaultiana, que ajudaram a lançar luz e compreender as verdades e os discursos produzidos.
3. Procuramos, finalmente, a partir de uma perspectiva mais epistemológica, situar algumas práticas discursivas que apontam para as verdades construídas a respeito de um certo mecanismo de cuidado que se expressa, fundamentalmente, pela prescrição de psicotrópicos na primeira infância, indicando também algumas implicações disto para as relações de poder que incidem no campo sanitário.

CAPÍTULO 1.

BREVE HISTÓRICO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL PARA A INFÂNCIA NO BRASIL

Neste capítulo, pretendemos situar o contexto institucional que favoreceu a criação de serviços que prestam atendimentos a crianças no município do Rio de Janeiro e que, de uma forma ou de outra, adotam uma abordagem em saúde mental. A fim de tratar de alguns serviços específicos, consideramos interessante trazer antes um histórico geral, brasileiro, e mais particularmente da Região Sudeste. Olhar mais amplo que poderá delinear as linhas gerais das influências e da construção social dos atendimentos sanitários específicos à infância a partir do início do século XX.

Sendo o foco a questão da *saúde mental*, foi necessário deixar de lado um histórico mais detalhado dos atendimentos exclusivamente pediátricos, ainda que, como pretendemos mostrar, a pediatria e sobretudo a puericultura estiveram articuladas desde o início com uma perspectiva comportamental e higiênica, contribuindo para a organização de práticas profiláticas inclusive das problemáticas mentais e comportamentais das crianças e suas famílias.

A pediatria se constituiu no Brasil, a partir do final do século XIX, pelo esforço de tornar científico e especializado um saber e um cuidado com a infância até então visto como espontaneista e ingênuo. Figuras como Moncorvo Filho, Fernandes Figueira, Matagão Gesteira etc. foram centrais nesse processo. Se a prática da pediatria destinava-se ao cuidado da criança doente, a puericultura voltava-se para as crianças saudáveis, visando a manutenção deste estado. Até então, o cuidado do recém-nascido era feito junto ao da parturiente, como uma extensão do cuidado materno, e em seguida era realizado pelo médico de adultos. Com a pediatria, estabeleceu-se uma nova especialidade que considerava a criança em suas diferentes etapas de desenvolvimento, e a necessidade de um novo conhecimento sobre sua fisiologia específica e uma série de práticas que retiravam do cuidado familiar, intuitivo, a responsabilidade pela saúde

da criança. Doravante, caberia ao médico e a uma série de funções auxiliares, como enfermeiras especializadas, as orientações necessárias para que se desse o desenvolvimento infantil a contento (Pereira, 2006).

Esses cuidados especializados da pediatria e da puericultura já nasceram atrelados à noção cara à psiquiatria de profilaxia mental, baseada em medidas higiênicas e eugênicas. A fim de evitar problemas maiores no futuro, colocava-se uma série de medidas sócio-educativas e psicológicas amplas e abrangentes, que envolviam desde práticas de aleitamento, amamentação e alimentação¹⁴, hábitos de higiene e higiene do sono, o fortalecimento da família do tipo nuclear, etc. Sobre o estímulo à organização da família no molde nuclear, Foucault estabelece uma diferença nas estratégias usadas em relação a famílias pobres e abastadas¹⁵. Medidas capazes de diminuir os efeitos nefastos da hereditariedade mórbida e que evitariam ou ao menos restringiriam a sua ação.

Os manuais de puericultura, bastante difundidos no início do século XX, são um exemplo interessante de biopolítica, ao expandirem, para além dos consultórios pediátricos, uma série de medidas de orientações dos cuidados com as crianças, abrangendo os pais, as professoras normais, e convertendo as mães em mulheres competentes para reger a família e seus filhos de acordo com as normas higiênicas vigentes, tornando-se as próprias “mães-enfermeiras” (Lima, 2007). Nenhuma novidade, portanto, no caráter híbrido e limítrofe da pediatria em relação às orientações psicológicas e comportamentais.

¹⁴ Na França, desde o século XVIII, já havia se criado toda uma estratégia de educação familiar em torno dos cuidados com a primeira infância, através da educação médica e de uma série de manuais que instruíam as mães nos cuidados com os seus filhos. Havia uma oposição clara entre a vida no campo e na cidade, e muitas crianças de famílias abastadas das cidades eram enviadas para as amas-de-leite no campo. A fim de evitar a excessiva mortalidade infantil, os médicos passaram orientar as mães esclarecidas da cidade, já que as campesinas não poderiam aceitar novos hábitos. Tais orientações circulavam em torno de uma prática da puericultura que envolvia, entre outros elementos, a recusa da amamentação mercenária, hábitos e costumes a respeito da forma de amamentar, a dietética materna, os banhos diários e aquecimento do bebê, a instauração de um clima de ternura maternal etc. Se não era possível refutar o hábito do aleitamento por amas-de-leite, estas deveriam, ao menos, ser enviadas à cidade, estando sob a vigilância constante das mães mais esclarecidas do ambiente urbano (Morel, 1977).

¹⁵ Criam-se, no século XIX, duas estratégias de controle da sexualidade no campo do ordenamento das famílias que resultam no estímulo à constituição em núcleos familiares, mas que partem de princípios inteiramente diferentes. No caso das famílias ricas, os pais tornam-se responsáveis pelos corpos dos filhos, devem vigiá-los, através, por exemplo, da caça à masturbação. É o que Foucault chama de *estratégia de aproximação-coagulação*. Já nas famílias pobres, é preciso evitar as práticas do incesto, sejam elas verticais ou horizontais (na relação com os pais ou os irmãos, por exemplo). Daí o processo denominado de *estabilização-repartição* (Foucault, 2001).

Além disso, a tradição oriunda da psicanálise, com a introdução do *infantil*¹⁶ na teoria psíquica freudiana, foi fundamental para a constituição de um saber e uma prática voltados também para a clínica com crianças, sobretudo a partir de alguns de seus sucessores. Destacaram-se, por exemplo, Françoise Dolto (pelas imagens inconscientes do corpo), na vertente francesa da psicanálise e, na escola inglesa, com Melaine Klein (pela constituição da posição esquizo-paranóide) e Donald Winnicott (pelo espaço transicional e pela mãe suficientemente boa), entre outros (Birman, 1997; Costa, 2010; Winnicott, 2013)¹⁷. Estes aproximam e dão maior consistência a um corpo teórico psicodinâmico que perpassa também a criança, aproximando-se da pediatria e de toda a problemática da relação entre mãe e bebê etc.

Na realidade, a psicanálise é uma base fundamental para a transformação definitiva da psiquiatria da infância, encontrando pela primeira vez uma técnica e uma abordagem exclusiva, e não mera extensão de uma nosologia e nosografia próprias à psiquiatria do adulto. Para Bercherie (1983), “enquanto que a clínica psiquiátrica do adulto é originalmente pré-psicanalítica e permanece profundamente marcada pelo espírito médico que a constituiu, a clínica da criança, notemos, só pôde construir-se sobre bases bem diferentes” (p. 139).

A psiquiatria e a neurologia, sobretudo no caso da infância, estiveram fortemente articuladas até algumas décadas atrás, quando começou a haver um esforço em distingui-las de forma efetiva. Assim, parece impossível falar de uma dessas práticas sem abordar a outra, o que se expressa inclusive no tipo de serviços disponibilizados para a população e na distinção problemática e na disputa de campo entre as duas especialidades.

Usualmente, quando se analisa a questão do tratamento em *saúde mental* a crianças e adolescentes no Brasil, refere-se às ações que se estabeleceram a partir da reforma psiquiátrica, cujos marcos principais ocorreram a partir do final dos anos 1980. De fato este período foi inovador e significativo, no sentido de construção de políticas públicas em saúde mental, e da criação de novos serviços, inclusive para esta faixa etária. Mas este foi também um período muito profícuo em relação a outras medidas de proteção de direitos à infância – sendo a criação

¹⁶ Birman mostra como a psicanálise freudiana se funda não na *infância*, como desenvolvimento cronológico próprio, mas na constituição do sujeito a partir do *infantil*, ou seja, das fantasias criadas em torno da infância, o que se dá inicialmente a partir do princípio do prazer e, em um segundo momento, como palco do trauma, e da pulsão de morte, a partir das repetições desse infantil nos sintomas (Birman, 1997).

¹⁷ Evitando, contudo, cair no equívoco de aproximar demasiadamente essas diferentes sustentações teóricas, uma vez que há diferenças significativas entre cada um destes clínicos, autores e desdobramentos concretos de suas práticas. Não nos cabe, no momento, nos aprofundar neste aspecto, reconhecendo, contudo, a importância da psicanálise na atenção dada à infância e aos seus diversos desdobramentos, não só para a psicodinâmica, mas para as práticas psiquiátricas e pediátricas a partir de então.

do Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (Brasil, 1990) uma referência importante nesse sentido.

Isto não implica dizer que, até então, não houvesse medidas de atenção e cuidado destinadas às crianças com problemas mentais e comportamentais, mas o havia em outros termos: em primeiro lugar, não tinham se estabelecido políticas públicas organizadas e sistematizadas, visando acolher e tratar parcela representativa da população. Além disso, as ações, mais isoladas, abarcavam um público cuja sintomatologia não era exclusiva da psiquiatria, mas pertencia a uma amálgama de condições que hoje classificaríamos de forma distinta como psiquiátricas e como neurológicas.

Desta forma, se houve uma mudança assistencial efetiva a partir dos anos 1980 e a criação de um novo campo específico do que entendemos como *saúde mental infanto-juvenil*, isto está ligado a pelo menos dois fatos. Em primeiro lugar, ao esforço em separar de forma mais significativa as condições de neuropatias das doenças ou transtornos mentais; daí o empréstimo de uma expressão mais ligada à psiquiatria do que à neurologia. Segundo, porque esta noção de saúde mental, ligada à reforma psiquiátrica, implica em uma mudança paradigmática que engloba a dimensão técnico-assistencial, vinculada à criação de novos serviços, substitutivos das práticas manicomialis; mas que dependem também de uma transformação nas dimensões teórico-conceitual, jurídico-política e sociocultural (Amarante, 2007). Desta maneira, quando falamos do estabelecimento de dispositivos de atenção à saúde mental na infância no Brasil, referimo-nos, a um só tempo, à continuidade de um processo histórico (porque manteve sem transformar radicalmente serviços que tradicionalmente faziam atendimentos às demandas mentais e comportamentais de crianças, assim como a toda uma cultura e uma concepção epistemológica da doença mental), ao mesmo tempo que se deu uma ruptura com certa tradição, parcialmente substituída por um novo modelo assistencial, cultural etc. e que tem como ícones os novos serviços de atenção psicossocial.

Pode-se considerar, com base na complexidade e polissemia do termo e do campo (Amarante, 2007), que as práticas e processos voltados à *saúde mental* para a infância no Brasil são novas e inovadoras, se compreendermos este termo como uma expressão cara à reforma psiquiátrica, e que diz respeito a um trabalho multidisciplinar, que visa a desinstitucionalização (ou ainda, tratando-se de crianças, a não-institucionalização), com base na atenção psicossocial, a partir de uma série de estratégias de inclusão e participação social, autonomia, intersetorialidade etc.

Por outro lado, as ações em saúde mental não são rigorosamente novas, uma vez que há pelo menos cem anos existem tipos de atenção e cuidado, inclusive clínicos, para crianças que, por diversos motivos, apresentam (ou supõe-se correrem o risco de apresentar) comportamentos, em alguma medida, desviantes. Neste contexto, as diferentes patologias são expressas, ao longo do último século, a partir de condições e preocupações que se sucederam e foram aos poucos superadas e substituídas de forma mais ou menos completa. Um exemplo é a noção de *idiota*, expressão maior de uma nosografia psiquiátrica típica da infância durante todo o século XIX, que se tornou obsoleta, perdendo qualquer valor científico e permanecendo apenas como herança no vocabulário popular e leigo.

A fim de situar e contextualizar os espaços de realização da pesquisa de campo, gostaríamos de retomar dois aspectos que marcam a trajetória e a transformação do campo assistencial em saúde mental às crianças brasileiras, ainda que brevemente: a primeira diz respeito à preocupação mais específica com a infância, que cresceu a partir do início do século XX; a segunda, a um projeto de especialização e de diferenciação entre os saberes neurológicos e psiquiátricos. Explicando melhor:

1. Até o final do século XIX, o tratamento dispensado à criança era inespecífico, mesclado àquele do adulto e sem medidas exclusivas destinadas a essa faixa etária. Foi somente com o higienismo que despontou o interesse pela infância, a partir de três pontos principais: a mortalidade infantil, a educação e a sexualidade (Ribeiro, 2006). O começo do século XX foi testemunha do interesse crescente pela infância, interesse este de caráter higienista e eugenista, que pretendia estabelecer um novo projeto de civilização, com base nos parâmetros de nação europeia, tida como modelar, ganhando a infância papel significativo neste processo. O trabalho de alguns políticos e intelectuais foi significativo, como aquele empreendido pelo pediatra Moncorvo Filho (1871-1944), que criou o Serviço de Inspeção Sanitária Escolar do Distrito Federal e dedicou parte importante da sua obra à proteção da criança pobre brasileira, difundindo práticas e hábitos higiênicos visando a atenção especial à infância (Moncorvo Filho, 1913; 1914; Camara, 2013).

Alguns esforços simultâneos foram significativos neste período, como o tratamento específico oferecido às crianças, o que se refletiu institucionalmente, inclusive nos asilos psiquiátricos. Neste contexto, três estratégias principais foram traçadas: a primeira delas, já muito abordada por pesquisadores que se voltaram ao questão do higienismo (Costa, 1989; Rizzini, 2011; Reis, 2000, etc.) dizia respeito a uma ampla atuação na sociedade e mais

especificamente na família, calcada na profilaxia mental e na modificação de hábitos higiênicos familiares.

Em relação à família, o século XX assistiu a uma transformação radical de substituição do modelo colonial por um modelo burguês. As relações intra e extra-familiares se modificaram em uma série de níveis e visavam uma nova relação de poder em que a incidência do poder real, de caráter soberano, encontrara eco em outra forma mais efetiva e mais suave de governo: a mudança no sentimento de intimidade, nos papéis atribuídos a cada membro da família, na estrutura cotidiana e arquitetônica das casas, que passaram a se abrir mais ao ambiente externo e à vida social, em um movimento paradoxal em que, ao mesmo tempo, fortaleceu-se o sentimento de intimidade e de interioridade psicológica. Tais transformações contavam com um projeto médico higienista como elemento-chave para outra concepção de família, com hábitos, costumes e desejos inteiramente novos, sendo considerada como a célula da sociedade (Costa, 1989).

A família se torna alvo privilegiado deste novo projeto de sociedade, sistematizado e idealizado por uma série de intervenções de natureza médico-psicológicas. Passam a ser transmitidas para a população noções higiênicas oriundas deste campo de conhecimentos.

No que diz respeito especificamente à infância, a preocupação com os altos índices de mortalidade infantil promoveu uma transformação do papel da infância em relação à família. Na sociedade colonial, ela tinha um lugar muito secundário, não recebendo cuidados especiais. O ideal higiênico, ao transformar o caráter patriarcal da família, procurou aproximar a mãe de seus filhos, imputando-lhe mais poder e funções perante a manutenção e o sentimento de intimidade e amor entre os membros. Isto se expressava, entre inúmeras estratégias, nos cuidados que a mãe deveria dispensar aos bebês, em relação, por exemplo, à amamentação, até então relegada às amas-de-leite e às escravas (Costa, 1989).

A criança e família tornam-se elemento central para os ideais higienistas e eugenistas. Ao representar o futuro do país, a criança devia moldar-se de acordo com o projeto civilizatório. A família, doravante o foco central de transformação de sociedade, devia incutir em si mesma a mudança de hábitos necessárias à instalação de um projeto civilizatório. A mãe e mulher, neste contexto, teve sua função valorizada em novos termos: caberia a ela a educação do futuro do país e o convite ao convívio familiar nuclear, mantendo o homem interessado pelo convívio familiar.

Ao mesmo tempo que uma série de cuidados incidiu sobre a família abastada, uma outra série de ações se voltou às crianças pobres, virtualmente perigosas, que representavam os riscos

à nação. Era necessária a instituição de medidas de proteção, de políticas públicas, de estratégias jurídico-sociais sobre a figura emergente do “menor”, a fim de instituir uma nação higienizada. Era preciso “salvar a criança”, a fim de salvar o Brasil (Rizzini, 2011).

Esses são, enfim, em linhas gerais, alguns desdobramentos do projeto higienista. Este procurou difundir, sobretudo nos núcleos mais íntimos da sociedade – a família –, mudanças de hábitos e costumes, das relações dos membros entre si e frente ao Estado. Para isso, contou-se com o intermédio do médico, figura de relevância crescente, que passou a se instaurar na intimidade doméstica a partir de estratégias muito sutis de controle.

A segunda estratégia, talvez mais uma expansão da primeira, dizia respeito à identificação dos *anormais escolares*, a partir de uma série de disciplinas, inclusive da psicologia científica, empregada, entre outras bases e influências, conforme os trabalhos desenvolvidos por Alfred Binet (1857-1911) e Theodore Simon (1872-1961). Para além de seu método de psicologia científica e de medição da inteligência (através do famoso teste Binet-Simon), eles foram responsáveis por uma difusão importante da identificação dos chamados anormais da escola, feita a partir do interior da instituição escolar, sendo-lhes destinados uma educação própria, em escolas ou classes especiais, sem que fosse necessário o tratamento específico dos asilos – para onde só deveriam se destinar os idiotas profundos (Binet, Simon, 1904, 1907). Essa classificação de anormais se baseava em critérios claramente pedagógicos, de modo que a régua destas anomalias era justamente o ambiente escolar e as habilidades ali esperadas. Distinguiam os anormais da escola em três tipos: os *retardados de inteligência*, os *instáveis*¹⁸ e os *tipos mistos*, que deveriam ser identificados pelos educadores.

A terceira estratégia estabelecia, pela primeira vez no Brasil, a separação entre as crianças anormais e os adultos no interior dos asilos, adotando o modelo médico-pedagógico, de clara influência francesa.

¹⁸ Atribuem aos *instáveis* o “termo médico ao qual corresponde a expressão mais escolar de indisciplinados, são principalmente anormais do caráter; eles se caracterizam por sua turbulência, bate-papo, falta de atenção, e às vezes por sua maldade” (Binet, Simon, 1907:24, trad. livre). Caracterizam-se por ter “o caráter irritável, o corpo sempre em movimento; são refratários à disciplina comum. Eles são uma causa incessante de transtorno e de dificuldade para seus mestres e colegas” (idem:8, trad. livre). Já os *retardados de inteligência*, ou *débeis mentais*, não teriam uma anomalia bem marcada do caráter, aproveitando pouco ou nada dos métodos convencionais de ensino: “sem ser completamente ininteligentes, não são suficientemente dotados para se beneficiar de um trabalho comum entre os normais; eles não se incluem nem acompanham; eles aproveitam tão pouco da frequência da escola que alguns não chegam nem mesmo a assimilar a instrução do curso elementar. Frequentemente eles se desinteressam pela classe; e ainda são felizes, porque se esquecidos no seu canto, eles estão na sala como se não estivessem lá” (idem: 8, trad. livre)

Ao lado destas estratégias, havia um tipo de assistência destinado às *crianças perigosas/em perigo*¹⁹, usando a expressão de Donzelot (1980), e que requeriam instituições como orfanatos, juizados de menores etc. Um dos inúmeros exemplos nesse sentido foi a transformação da Casa dos Expostos em Educandário Romão de Mattos Duarte²⁰, em 1911, sob a administração da Santa Casa da Misericórdia, ao lado de outras mudanças que ocorreram em relação às iniciativas caritativas ao longo do século XIX (Gandelman, 2001). Uma série de instituições assistenciais foram criadas ao longo do século XX, como foi o caso das emblemáticas FEBEM (Fundações do Bem-Estar do Menor) (Silva, 2011), fundadas na década de 1970²¹.

2. Até aproximadamente meados do século XX, a separação entre psiquiatria e neurologia era bastante indistinta, o que se refletia na nosologia, na nosografia e nas terapêuticas estabelecidas. Não à toa até esse período, figuras centrais identificadas como psiquiatras eram também as principais referências da neurologia²², mesmo após a criação da Neurologia como especialidade autônoma na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro (em 1912) e a instituição do decreto n. 11.530/1915, que, entre inúmeras mudanças no ensino secundário e superior, cria uma cadeira de clínica neurológica, distinta da cadeira de clínica psiquiátrica (Gomes, Teive, 2012; República..., 1915). Muito embora a neurologia tenha se constituído como uma disciplina à parte, tendo como marco o trabalho de Charcot, no final do século XIX, foi somente muitas décadas depois que essa separação tornou-se mais clara e bem definida no campo da infância no Brasil.

¹⁹ “No final do século XIX, vê-se emergir [na França] um terceiro pólo filantrópico que opera na confluência dos dois primeiros [pólo assistencial estatal e pólo médico-higienista] sobre a questão da infância, por meio da reunião (...) daquilo que pode ameaçá-la (infância em perigo) e daquilo que pode torná-la ameaçadora (infância perigosa)” (Donzelot, 1980:70)

²⁰ Instituição que, ainda hoje, “abriga crianças órfãs, abandonadas ou cujos pais ou responsáveis foram destituídos da guarda ou pátrio poder pelo Poder Judiciário, nos casos de emergência, quando é constatada ação, omissão ou abuso dos pais ou responsáveis” (Educandário..., 2016).

²¹ Um filme interessante mostra os ideais higiênicos destas instituições, destinadas às crianças carentes, e acusa sua mais completa falência, através da história de vida de um dos meninos internados. Trata-se de “O Contador de Histórias” (2009), dirigido por Luiz Villaça.

²² Como Teixeira Brandão, Franco da Rocha, Juliano Moreira etc.

1.1 Primeira linha de trabalho: a diferenciação entre os anormais do asilo e os anormais da escola

No início do século XX, houve dois esforços no sentido de cuidar da população genericamente conhecida como *anormais*²³:

1. Os anormais das instituições que, com forte influência do tratamento médico-pedagógico francês, considerava-se necessitar do abrigo de instituições psiquiátricas, sendo contudo diferenciados dos adultos: daí a criação de setores próprios ao cuidado com as crianças, como foram as experiências no Hospício Nacional dos Alienados da Praia Vermelha, no Rio de Janeiro, e no Asilo Colônia de Juquery, em São Paulo. O modelo por excelência de compreensão das moléstias mentais na infância era aquele do *idiota*, tomado de empréstimo do alienismo francês e oriundo de uma tradição nosológica fundada por Pinel e Esquirol, no começo do século XIX e desenvolvida sob os moldes do tratamento médico-pedagógico por educadores de idiotas e de alienistas oitocentistas que os sucederam.

O Pavilhão-escola Bourneville foi criado em 1903, por Juliano Moreira (1873-1933) e contava com a administração direta de Antônio Fernandes Figueira (1863-1928). Após muitas críticas à administração do Hospício Nacional dos Alienados²⁴, Juliano Moreira assumiu a direção desta instituição e, entre outras medidas, criou um setor específico para as crianças, que até então viviam em condições de abandono e em convivência promíscua com adultos²⁵ (Müller, 2000; Silva, 2009). Essa nova divisão configurou um divisor de águas no Brasil, não só em termos institucionais como em termos epistemológicos: era preciso conferir um estatuto particular à infância, às suas necessidades particulares, oferecendo um tipo de tratamento correspondente às suas patologias.

Neste pavilhão, foi adotado o modelo médico-pedagógico empregado por alienistas franceses, dentre os quais Désiré Magloire Bourneville (1840-1909), alienista que dirigiu por

²³ Expressão mais ou menos ampla e genérica que ganha espaço na literatura médica e jurídica sobretudo no final do século XIX e que engloba uma diversidade de condições que circulam em torno de três figuras centrais, intercambiáveis: o monstro, o onanista e o inadaptável ao sistema educacional (Foucault, 2001).

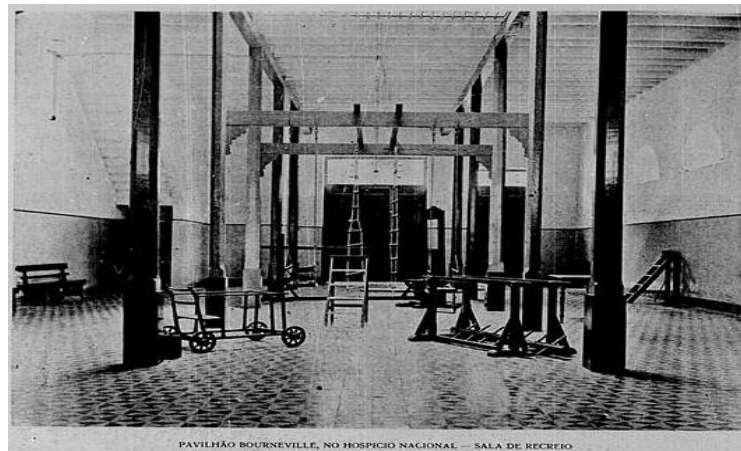
²⁴ Mesmo antes do seu processo de laicização e medicalização, o Hospício Pedro II já havia sofrido críticas contundentes sobre a inoperância de sua organização. Teixeira Brandão havia deflagrado uma série de denúncias ao hospício, como a superlotação e a inabilidade da sua direção. Esta, acusada por seu caráter religioso, caritativo e leigo, seria incapaz de impor as condições morais e científicas que somente uma direção médica poderia providenciar (Amarante, 2015).

²⁵ Outra experiência de repartição entre crianças e adultos ocorreu no Manicômio Judiciário de Barbacena, em 1903, sendo criado um pavilhão específico para as crianças consideradas “delinquentes e anormais” (Silva, 2011).

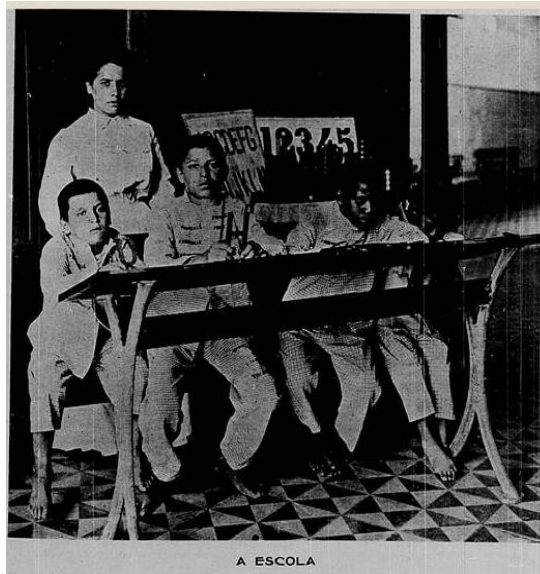
muitos anos setores próprios às crianças idiotas em Bicêtre e na Fundação Vallée, e que se sustentava por um modelo misto, indissociável, de tratamento médico e orientações pedagógicas (Bourneville, 1894; 1902; Bourneville et al., 1907).



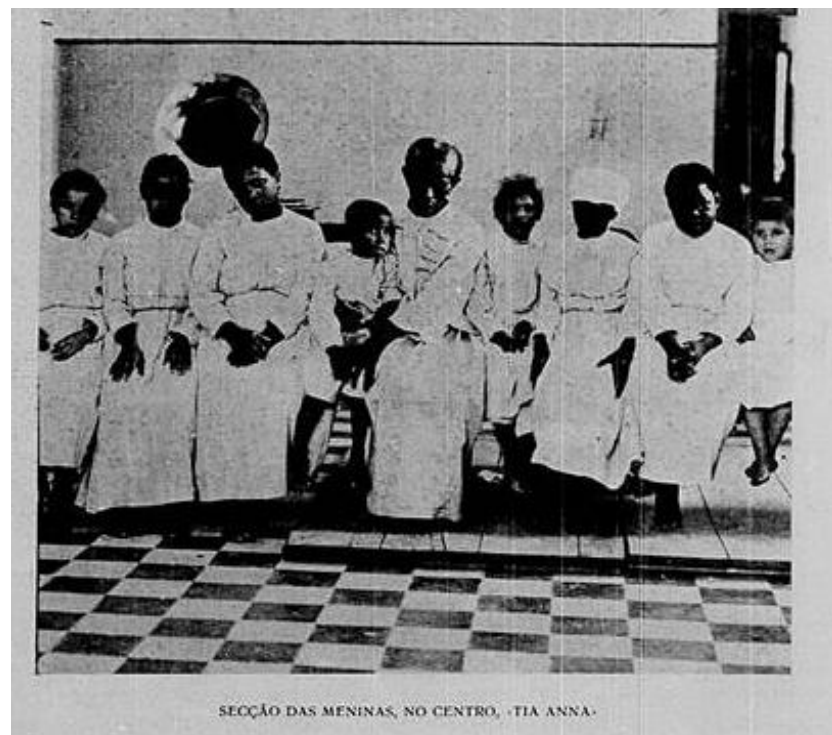
Fotografia 1: Uma sessão de phonographo, 1905 (Foto extraída de Venancio, 2010), no Pavilhão-Escola Bourneville; ao fundo, à esquerda, Fernandes Figueira (Bilac, 1905).



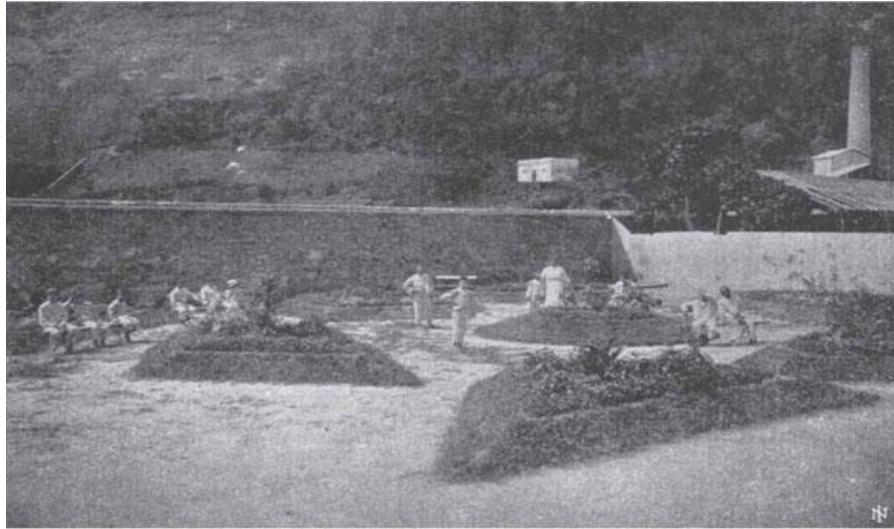
Fotografia 2: Sala de Recreio – Pavilhão Bourneville, 1905 (Foto retirada de Bilac, 1905)



Fotografia 3: A Escola – Pavilhão Bourneville, 1905 (Foto extraída de Bilac, 1905).



Fotografia 4: Secção das Meninas, no centro, "Tia Anna", Pavilhão Bourneville, 1905. (Foto extraída de Bilac, 1905).



Fotografia 5: Jardim Geométrico, Pavilhão Bourneville, 1904-1905 (Foto extraída de Facchinetti et al., 2010b).

O segundo serviço foi criado por Francisco Franco da Rocha (1864-1933) em 1922, sob os cuidados do pedopsiquiatra Vicente Baptista da Silva. Em um primeiro momento, os cerca de 20 a 30 meninos que ali se encontravam eram simplesmente mantidos em um espaço próprio, sob cuidados médico-higiênicos. Foi inspirado pela viagem de visita que Pacheco e Silva empreendeu a diversas instituições nos Estados Unidos e na Europa²⁶, em 1926, que Franco da Rocha funda, em 1929, um espaço destinado ao tratamento médico-pedagógico dessas crianças, o Pavilhão-Escola “Pacheco e Silva”, voltado às crianças anormais (Franco da Rocha, 1912; Pacheco e Silva, 1926; Ribeiro, 2006; Monarcha, 2010).

²⁶ Em seu relato de viagem, entre outros aspectos, exalta o cuidado prestimoso que as instituições norte-americanas dedicam aos seus anormaes. Afirma: “Cerca de 60.000 anormaes recebem assistencia em institutos especiaes nos Estados Unidos. Nas escolas para anormaes daquele paiz, magnificos institutos scientificos, os methodos medico-pedagogicos são empregados com resultados suprehendentes. (...) A experiencia dos Estados Unidos demonstra que os anomalos mentaes convenientemente assistidos desde a infancia, protegidos contra as influencias sociaes, orientados e educados de acordo com a capacidade de cada um, pódem, ao attingir a idade adulta, adquirir bons costumes e prestar serviços na industria e na agricultura, provendo as próprias necessidades. O primeiro passo a dar, num paiz como o nosso, onde o problema até hoje não mereceu atenção dos poderes competentes, consiste em organizar um censo exacto dos anomalos mantaes existentes em cada Estado. Bem sabemos que espíritos scepticos vivem a proclamar a inefficiencia do tratamento medico-pedagogico applicado aos anormaes. Essa idéia está por tal forma arraigada ao nosso espirito, que os proprios medicos vivem a proclamal-a. Entretanto, nenhuma tentativa nesse sentido jamais se fez no Brasil, onde uma enorme legião de anormaes vive ao desamparo, no maior abandono. Quando os resultados dessa incúria levam esses infelizes a praticar reações anti-sociaes, nas mais das vezes evitaveis si eles fossem convenientemente assistidos, só então deles se lembra o Estado, sequestrando-nos nas penitenciarias ou nos hospícios. E é essa a unica ‘assistencia’ que, por emquanto, elles recebem no nosso meio. O projecto ora em andamento no Congresso do Estado auctoriza o Governo a crear uma secção especial para o tratamento medico-pedagogico desses infelizes. Identico projecto se encontra no Congresso Nacional, amparado pela voz auctorizada de medicos eminentes, que tambem clamam pela assistencia aos anomalos mentaes” (Pacheco e Silva, 1926:22-23).



Fotografia 6: Alunos da Escola Pacheco e Silva, s/d. (Retirado de Bautheney, 2011)



Fotografia 7: Aula de cálculo na Escola Pacheco e Silva, s/d. (Retirado de Bautheney, 2011)²⁷

2. O segundo esforço foi no sentido de identificar os *anormais da escola*, na medida em que estes se tornam foco de intervenção do higienismo. É justamente no começo do século XX que se esboça uma disciplina mais específica para a infância, seja no campo da psiquiatria, seja no campo da pediatria. No primeiro caso, pela constituição de uma prática clínica mais consistente, e pela assimilação de noções tão variadas como a psicologia da gestalt, a psicologia do desenvolvimento, o pavlovista etc.; e no segundo com as ideias de pediatria social e a

²⁷ Outras fotografias e referências interessantes são encontradas neste mesmo trabalho (Bautheney, 2011).

sistematização das práticas de puericultura. Concorrem para a formação e para o fortalecimento destas práticas uma série de áreas de conhecimento, como a psicanálise, a psicologia do desenvolvimento, a psicossomática, a psicometria, a ortofrenia. A psicologia científica, com suas medições específicas, permitiria identificar possíveis anormais nas classes escolares regulares. De fato, a psicologia vem exercendo importante influência, desde então, na formação de professores, compondo toda uma série de explicações psicológicas, oriundas de diferentes tradições, a respeito do êxito na aprendizagem, conferindo um viés científico para a prática pedagógica. E isto se dá através de diferentes estratégias, como a mensuração das aptidões e das diferenças individuais, da formação dos psicólogos a partir de um olhar psicológico e da formação e organização das disciplinas, não só no âmbito escolar como na formação dos próprios professores (Rego Monteiro, 2015).

Além disso, dentre as bases teórico-conceituais que sustentam e fundamentam o pensamento eugênico e higienista, não é desprezível a importância da teoria da degenerescência e a noção de hereditariedade, sobretudo pela linhagem desenvolvida e sustentada por Morel²⁸, em meados do século XIX.

Em certa medida, o cérebro infantil passa a ser identificado e comparado ao cérebro do adulto, sendo portanto sujeito de sofrer os mesmos danos. A noção própria ao século anterior em relação ao desenvolvimento psicológico passa a ser concebido gradativamente de forma psicofisiológica. É nesta fase também que se publicam os primeiros manuais de psiquiatria infantil, organizando-se de forma mais sistemática a clínica psicanalítica com crianças. Pouco tempo antes, em 1914, Georges Heuyer teria sido o responsável por publicar o livro que, para alguns autores, oficialmente funda a psiquiatria infantil. Heuyer justamente por ter sido o responsável pela primeira cadeira de psiquiatria infantil na França (Benoit, Klein, 2000; Assumpção Jr., 2009).

Iniciativas de caráter pedagógico, orientacional, moral, educacional, foram predominantes no campo da infância no decorrer do século XX no Brasil, através de instituições de natureza filantrópica ou privada, como em abrigos e educandários, instituições médico-pedagógicas no interior de instituições escolares, clínicas de assistência, informação e orientação, etc.

²⁸ Morel constói uma corrente de causalidades das degenerescências, noção fundamental que embasa muitas teorias posteriores. Estabelece a diferença entre as *doenças mentais adquiridas* (como psicoses alcoólicas) das *doenças mentais constitucionais* (a idiotia corresponderia às terceira e quarta classes de degenerescências) (Postel, Quetel, 2012).

Alguns marcos desse período foram os trabalhos de Helena Antipoff a partir de 1929, em Minas Gerais, com o Laboratório de Psicologia da Escola de Aperfeiçoamento Pedagógico; a Sociedade e o Instituto Pestalozzi, também de sua criação. E também o Instituto de Psicologia, criado por Ulysses Pernambucano²⁹, onde realizavam testes de inteligência, de Roscharch etc. (Ribeiro, 2006).

As décadas de 1930 e 1940 assistiram a uma eclosão das chamadas psicoclínicas, definidas como “serviços de saúde mental e terapêuticos em conexão direta ou indireta com as escolas públicas brasileiras” (Monarcha, 2009:274). Experiências estas que marcam a diferença definitiva entre os chamados *anormais dos asilos* e *anormais da escola*³⁰ e que buscavam, entre outros objetivos, realizar ações de prevenção e a realização de exames médico-psicológico. Dentre essas experiências, encontram-se algumas clínicas de orientação infantil como a *Clínica de Eufrenia*, implantada pela Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM) no Rio de Janeiro, então Distrito Federal, em 1932, sob a direção de Mirandolino Caldas; a *Seção de Ortofrenia e Higiene Mental*, sob a direção de Arthur Ramos, no Rio de Janeiro, em 1933, que contou com a implantação de seis *Clínicas Ortofrênicas*, anexas a algumas escolas; e a *Seção de Higiene Mental Escolar*, criada em em São Paulo, em 1938, sob a chefia de Durval Marcondes (Monarcha, 2009; Cunha, Boarini, 2011).



Fotografia 8: Arthur Ramos examina um aluno, 1939. Legenda da foto: “O professor Arthur Ramos, director do Serviço de Orthophrenia e Hygiene Mental, examinando pessoalmente uma criança procedente de uma escola municipal do Districto Federal” (Foto retirada de: Cinco minutos..., 1939)

²⁹ Um dos exemplos do trabalho construído nesse sentido por Pernambucano foi a pesquisa realizada a partir de testes de aptidão com alunos de escolas regulares e normais (Pernambucano, Barretto, 1927).

³⁰ Monarcha aponta um paradoxo ao indicar que os índices de reprovação escolar no período eram assustadores: em muitos casos, as reprovações superavam as aprovações; em outros, as aprovações não eram muito superiores às reprovações. Mas curiosamente havia um processo de identificação no indivíduo, e não na escola, das possíveis razões para índices tão alarmantes, ainda que se considerasse seu entorno social e condições externas às crianças, como o ambiente familiar etc. Um estudo realizado com 541 alunos repetentes mostrou que, destes, “65,6% dos escolares apresentavam ‘problemas de personalidade de conduta’; 20,7%, ‘mau gênio’; 16,6%, ‘conduta perturbadora’”, e por aí vai (Monarcha, 2009:282).

Não a toa ocorreu essa explosão de serviços dedicados às ações de psiquiatria e psicologia voltadas para a infância. Para Bercherie (1983), os anos 1930 caracterizaram-se pela formação de uma clínica pedopsiquiátrica propriamente dita, com características próprias, e com uma tendência à maior especialização da compreensão da infância como um período específico da vida, com um desenvolvimento próprio. Este período foi marcado por uma miscelânea teórica e multiplicidade de disciplinas, com influências muito diversas. Dentre elas, a psicologia do desenvolvimento (tendo Gesell como uma das referências importantes), o funcionalismo norte-americano, a psicossomática, uma grande associação e interseção com a pediatria e puericultura, e no Brasil também a constituição de uma prática médica higienista e eugênica, de caráter fundamentalmente educativo. Destaca-se a importância da psicanálise, neste momento já bem organizada como uma prática específica voltada para a infância, oferecendo uma nosografia e nosologia própria. A influência psicanalítica sobre a clínica infantil se caracteriza mesmo pelo fato de que “toda manifestação psicopatológica é o resultado de um conflito psíquico e que esse conflito, em sua expressão atual no adulto, repete a história infantil do sujeito” (Bercherie, 1983:136). Deve-se também a Kanner (1935, in Bercherie 1983), que, por sinal, também recebeu grande influência da psicanálise³¹, ter forjado a expressão *autismo infantil*, que marcou a importância de uma nova forma de ver a criança.

Talvez menos conhecido nacionalmente tenha sido o psiquiatra Jacintho Godoy (1883-1959), cujo trabalho teve relevância no cenário gaúcho e que empreendeu grande esforço no treinamento de professoras primárias estaduais ao oferecer o Curso de Bio-Psicologia Infantil³², em 1940, a fim de transmitir-lhes lições sobre a identificação de crianças anormais e de aplicar-lhes uma pedagogia adequada (Godoy, 1955).

³¹ Alinhado inclusive com a idéia de que, entre crianças com distúrbios autísticos, “há muito poucos pais e mães afetivos [warmhearted]. Em sua maioria, os pais, avós e colaterais são pessoas fortemente preocupadas com abstrações de natureza científica, literária ou artística, e limitados em interesse genuíno em pessoas” (Kanner, 1943:250, trad. livre)

³² Esse curso ofereceu 13 lições, ministradas por eminentes psiquiatras: Lição inaugural; Introdução ao estudo da inteligência e do caráter; Causas dos distúrbios da inteligência e do caráter; Anormalidades da inteligência (Oligofrenias), Anormalidades do caráter (em duas lições: Constituições mórbidas e o problema da formação da personalidade; e Estudos dos tipos anormais); Psicogênese dos sintomas corporais; Síndromos neurológicos; Endocrinopatias; e Métodos de despistage dos anormais da inteligência, do caráter e da motricidade na escola (Godoy, 1955).



Fotografia 9: Curso de Bio-Psicologia Infantil – H. São Pedro, 1940 (Fotografia retirada de Hospital..., 2016).

Uma série de outras experiências, como as APAE (Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais), foram criadas a partir da década de 1950 – a primeira foi fundada no Rio de Janeiro, em 1954 (Federação..., 2016), iniciando também o atendimento de crianças com deficiências mentais, além de outras instituições de orientação, auxílio, amparo, sempre imbuídas desse aspecto assistencial.

Houve outras iniciativas, embora com caráter menos expressivo, de internações em hospitais psiquiátricos – como a famosa Clínica das Amendoeiras, que abrigava pessoas com deficiências mentais desde a infância e outras clínicas privadas e conveniadas com o SUS; e serviços de internação específicos para as crianças e adolescentes, no interior de hospitais psiquiátricos, como aquele (ainda existente) no atual Instituto Municipal Nise da Silveira, no Engenho de Dentro³³, Rio de Janeiro. Serviços neurológicos de caráter mais ambulatorial também foram significativos no decorrer do século XX, atendendo a uma multiplicidade de casos não só estritamente neuropáticos como também voltados para problemas de desenvolvimento, comportamentais, escolares, etc. O Rio de Janeiro, por ter sido capital da República até 1960, assistiu à criação de muitas destas experiências, inclusive ambulatórios de neurologia organizados em grandes estruturas hospitalares.

³³ O então Centro Psiquiátrico no Engenho de Dentro passou a receber internos do Hospício Nacional de Alienados, a partir da década de 1940. A população infantil advinda do Pavilhão Bourneville passou a ser recebida no Hospital de Neuro-Psiquiatria Infantil (HNPI), inaugurado em 1942, depois desativado. Posteriormente, foi criada a Unidade Hospitalar Vicente Resende, para a internação de crianças, no mesmo complexo hospitalar (Jorge, 1997). Sobre a evolução dos serviços para crianças e adolescentes no Engenho de Dentro, das décadas de 1910 a 1990, vide Bentes, 1999.

Em suma, foi a partir da tradição oriunda dos cuidados originalmente dispensados aos *idiotas*, e posteriormente, à divisão entre *anormais de asilo* e *anormais de escola*, que se formou a a base de atendimento à saúde mental infantil no Brasil, até muito recentemente. Formação essa atrelada a uma concepção de saúde fortemente calcada na pedagogia, e que mesclam as noções oriundas da psiquiatria e neurologia que hoje procuramos distinguir. O cuidado com crianças se deu, até recentemente, pelo estabelecimento de instituições de natureza filantrópica ou privada, assim como abrigos e educandários; de instituições de caráter predominantemente pedagógico, voltado para as crianças-problema, seja no contexto escolar, seja através de formas mais assistenciais de cuidado, como em institutos de doenças neurológicas, de epilepsia, etc.; ou seja, asilos e hospitais psiquiátricos, por um lado, e por outro, por clínicas de orientação e aconselhamento, de caráter escolar etc., com uma forte tradição médico-pedagógica.

1.2 A reforma psiquiátrica e o novo cenário assistencial

De fato, foi somente nas últimas décadas que, impulsionados pela reforma psiquiátrica e com base na nova construção de políticas públicas no Brasil, foram criados serviços de atenção diária, no modelo de CAPS (Centros de Atenção Psicossocial). De forma similar aos serviços para adultos, constituíram-se também centros para atender a uma clientela infantil considerada grave e com transtornos mais especificamente psiquiátricos. Tais serviços estabeleceram de forma mais marcante a separação entre uma modalidade que se deseja inovadora e substitutiva, em relação ao modelo assistencial de cunho ambulatorial – que, apesar de possíveis exceções, usualmente tem a característica de atendimento mais individual e tradicional.

Houve, sobretudo no final dos anos 1980 e início dos anos 1990, uma rápida mudança de concepção, tendo como base um modelo de atenção psicossocial, e contando com a criação de serviços que, inicialmente voltados para adultos (como NAPS, CAPS e CERSAMs)³⁴, foram

³⁴ Foram referências fundamentais e inovadoras os primeiros serviços de atenção psicossocial, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Prof. Luis da Rocha Cerqueira, em 1987, em São Paulo, assim como o Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) em Santos, em 1989, cujos projetos iniciais continuam influenciando a serviços territoriais. Tais iniciativas, apesar de diversos, foram padronizados pela legislação posterior, diminuindo a margem de flexibilidade para o surgimento de serviços criativos, inovadores, e diferenciados. Sobre a análise crítica da formação destes serviços, assim como os limites impostos pela legislação, ver Amarante, Torre, 2001.

criados posteriormente para o campo específico da infância e da adolescência. Uma série de leis e portarias veio finalmente regulamentar esses novos serviços, procurando construir um corpus de políticas públicas robustas para o campo da saúde mental e da atenção psicossocial.

Destacam-se marcos como a XVIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, e a I Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1987³⁵; quanto à legislação, sobressaem a Portaria SAS 189/91, que “aprova a inclusão de Grupos e Procedimentos da Tabela do SIH-SUS, na área de Saúde Mental”, incluindo CAPSi, organiza sua inclusão na Tabela de Procedimentos do SIH-SUS, a cobrança de procedimentos, a definição de atividades incluídas na Tabela; a Portaria 224/92, que dá diretrizes e normas para o funcionamento de serviços “NAPS/CAPS”; a Portaria 336/2002, que estabelece diretrizes para o funcionamento dos CAPS, organizados por CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSad e CAPSi (Brasil, 1991; 1992; 2002; 1986;1988).

No caso específico da infância, a III Conferência Nacional de Saúde Mental, em 2001, inaugura a construção de uma política pública de saúde mental voltada para a infância e adolescência (Pinto, 2005), além da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial, em 2010, em que aparecem diretrizes específicas para essa população (Sinibaldi, 2013). No caso do Rio de Janeiro, em 2000 foi criado o Fórum Inter-Institucional para o Atendimento em Saúde Mental de Crianças e Adolescentes (Pinto, 2005), e a posterior promulgação da Portaria 1608/2004, que constitui o Fórum Nacional sobre Saúde Mental de Crianças e Adolescentes (Brasil, 2004c). Neste contexto, surgem serviços como os CAPSi (Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenis)³⁶.

O CAPSi define-se como

um serviço de atenção diária destinado ao atendimento de crianças e adolescentes gravemente comprometidos psiquicamente. Estão incluídos nessa categoria os portadores de autismo, psicoses, neuroses graves e todos aqueles que, por sua condição psíquica, estão impossibilitados de manter ou estabelecer laços sociais. A experiência acumulada em serviços que já funcionavam segundo a lógica da atenção diária indica que ampliam-se as possibilidades do tratamento para crianças e adolescentes quando o atendimento tem início o mais cedo

³⁵ Ambas marcam as discussões em torno da necessidade das mudanças no campo da saúde no Brasil, rumo a um modelo mais participativo, baseado nos princípios da reforma sanitária, descentralizado, demandando a reorganização da assistência à saúde etc. Para mais informações e análises sobre a trajetória da reforma psiquiátrica (e também reforma sanitária) no Brasil, ver Amarante, 1995.

³⁶ Assim como os CERSAMi – Centro de Referência em Saúde Mental Infantojuvenil, serviços de base territorial em saúde mental baseados nos CERSAM, ambos presentes somente no Estado de Minas Gerais.

possível, devendo, portanto, os CAPSi estabelecerem as parcerias necessárias com a rede de saúde, educação e assistência social ligadas ao cuidado da população infanto-juvenil (Brasil, 2004b).

Trata-se, em geral, de serviços que buscam realizar atendimento a crianças com comprometimento psíquico severo, estabelecendo ações intersetoriais, que requerem o atendimento por equipes multiprofissionais, contam com a participação da família no tratamento, oferecem atividades externas, oficinas diversas, atendimentos grupais, individuais e familiares, práticas esportivas e culturais, entre outros.

O primeiro CAPSi do Brasil (CAPSi Pequeno Hans) foi inaugurado em setembro de 1998, no Município do Rio de Janeiro (Saúde Mental..., 2011). Assim, há cerca de duas décadas que começaram a se construir políticas públicas voltadas para o campo específico da saúde mental infantil no Brasil, tendo como pilares fundamentais os CAPSi e uma ação intersetorial, visando a articulação entre diversos setores sociais, como a educação (incluindo educação especial), a atenção básica, assistência social e a defesa de direitos da criança e do adolescente³⁷. Uma de suas estratégias fundamentais é a intersetorialidade, estabelecendo parcerias entre a área da saúde mental e abrigos, educadores, juízes, recursos culturais etc., com tensões constantes entre os diversos campos (Couto, Delgado, 2010).

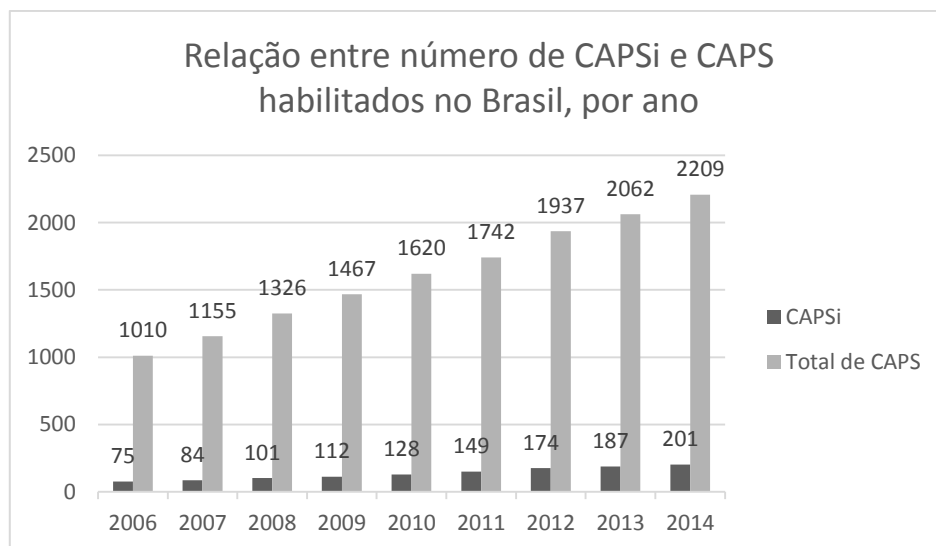


Gráfico 1: Relação entre número de CAPSi e CAPS habilitados no Brasil, por ano – 2006-2014

(Gráfico feito com base em informações de Brasil, 2015)

³⁷ Muito embora ainda se pleiteie uma série de medidas mais específicas de atendimento às crianças, que não seja somente reproduzindo o modelo usado para adultos (Couto et al., 2008)

Em 2014, havia 201 CAPSi habilitados no Brasil, em 24 estados, em todas as regiões do país³⁸. Os CAPSi estão distribuídos de forma desigual entre diferentes regiões e estados do país. Embora sejam preferencialmente de administração municipal, podem ser também estaduais ou filantrópicos (Hoffmann et al., 2008), ou até mesmo federais.

A criação de tais serviços, a partir de políticas públicas calcadas nos princípios da reforma psiquiátrica, não significa a exclusão de embates ideológicos e de perspectivas variadas, como a psicanálise e a chamada psiquiatria biológica. Em outras palavras, é possível a atuação em tais serviços sob o viés de diferentes tradições e formações, marcando tensões e impasses cotidianos, o que não é sem consequências para a organização dos serviços e para as práticas lá estabelecidas³⁹.

Muito embora preconize-se a atuação multiprofissional nos CAPSi, observa-se a prevalência de uma perspectiva psicológica, a partir de profissionais dessa área, e mais especificamente a partir de uma referência psicanalítica, o que se pode verificar na bibliografia referida usualmente aos CAPSi (Cunha, Boarini, 2011).

Parece haver ainda poucos estudos quanto à clientela atendida nestes serviços. Uma pesquisa indica que se trata de clientela compatível com os diagnósticos mais prevalentes na literatura, mas há a alta frequência de “diagnósticos relativos à problemas de habilidades escolares”; poucos diagnósticos relacionados a retardo (pelo menos como diagnóstico inicial), e atendimento inexistente a crianças ou adolescentes por uso de substâncias psicoativas (dado que não se pode generalizar, uma vez que foi pesquisada apenas parte dos CAPSi no Brasil em funcionamento em 2003). Além disso, destaca-se a pouca alimentação de bancos de dados e registro de informações como no Sistema de Informações Ambulatoriais/Autorizações de Pagamento de Serviços de Alta Complexidade (SIA/APAC), o que dificulta ou, pelo menos até recentemente, o conhecimento consolidado das características e práticas dos CAPSi em território nacional (Hoffmann et al., 2008). É evidente também a insuficiência de pesquisas avaliativas no interior dos CAPSi (Lima et al., 2014), o que restringe o conhecimento das práticas concretas no interior destes serviços, seus avanços e dificuldades.

³⁸ Em 2014, só não havia CAPSi habilitados no Acre, em Roraima e no Tocantins. A relação entre o número de CAPSi e a população por região do país era, em ordem decrescente, a seguinte: Sudeste, Sul, Norte, Centro-Oeste e Nordeste. Para mais informações, ver Brasil, 2015.

³⁹ Um destes impasses tem a ver com uma certa visão da psicanálise que supõe evitar práticas ortopédicas, que se construíram em serviços que unem pedagogia e demais saberes psi (Guerra, 2005). Mas voltaremos a estas tensões em capítulos posteriores, uma vez que o discurso permeado pela psicanálise foi preponderante entre os entrevistados psiquiatras, e a partir do qual se opõem uma série de posições como aquelas identificadas à psiquiatria chamada biológica e à neurologia.

Mais recentemente, com a expansão e o fortalecimento dos programas de Estratégia de Saúde da Família (ESF), contando ou não com o apoio de matriciadores⁴⁰, o atendimento básico à população de todas as faixas etárias, inclusive à infância, tem sido referência para uma ação capilarizada e com cobertura crescente. Esse novo modelo de atenção básica procura englobar diversas demandas e necessidades da população, inclusive no âmbito da saúde mental, realizando muitos atendimentos à criança e com foco na prevenção. Em todos os municípios – e sobretudo naqueles de pequeno porte, onde não há CAPSi, a relação entre saúde mental na infância e atenção básica é fundamental, uma vez que o âmbito de ação da segunda (através da Estratégia de Saúde da Família, por exemplo) supõe a identificação e a responsabilidade por casos e situações as mais diversas, incluindo este campo específico. No entanto, esta parceria por vezes enfrenta muitos desafios, como a tendência de encaminhar para serviços especializados, o que se deve, em parte, à lógica do especialismo que persevera entre a população em geral e os profissionais de saúde (Sinibaldi, 2013).

* * *

Em resumo, gostaríamos de apontar as características principais do desenvolvimento da assistência à saúde mental à infância no Brasil no último século. E, partindo deste pano de fundo, permitir a contextualização da pesquisa de campo a partir de seus principais interlocutores, psiquiatras que trabalham primordialmente em CAPSi, neuropediatras que atuam em ambulatórios de hospitais gerais ou pediátricos e pediatras que se encontram em Centros Municipais de Saúde e em ambulatórios de hospitais.

Se pudermos resumir esta seção, diríamos que foi somente a partir do início do século XX que houve o esforço em se dedicar um tratamento específico à infância, a partir de diferentes áreas, como a psicologia, a psicanálise, a psiquiatria/neurologia. Até então, no Brasil, a infância constituía-se ainda como uma extensão da vida adulta, ou, usando a expressão de Ariès, tratava-se de *adultos em miniatura* (Ariès, 1981).

Essa atenção à infância voltou-se, a partir da medicina mental, para a distinção entre os *anormais do asilo* (idiotas, sobretudo), e os *anormais da escola*. Os primeiros se distinguiam pela gravidade do quadro e pela suposta impossibilidade de frequentar outros espaços, sendo

⁴⁰ O apoio matricial visa a interlocução entre uma equipe de saúde (como Equipe de Saúde da Família) e especialistas em diversas áreas (como psiquiatras), a fim de superar um sistema hierarquizado de referência e contra-referência e dividir a responsabilidade pelos casos. Através de encontros regulares e discussão (e eventualmente atendimento), o matriciamento busca a construção de um *know-how* conjunto, diluindo as necessidades de especialização e fragmentação dos atendimentos. Para mais informações, consultar Campos; Domitti, 2007; e sobre a relação entre apoio matricial e saúde mental infantil, Cavalcante et al, 2012.

alijados do convívio social e familiar; os segundos apresentavam comportamento inadequado, desviante, desajustado no meio escolar, e defendia-se que precisavam de um tratamento especial, mantendo-se contudo ligados aos seus meios sociais originários.

Como estratégia central não somente de cuidado e atenção à criança mas também de um amplo projeto de transformação social de caráter eugênico, o higienismo contava com especialistas médicos (como pediatras e psiquiatras) para um trabalho de conscientização da sociedade e de capilarização de cuidados médico-higiênicos, que se prestavam à construção do Brasil a partir de um projeto de verdadeira civilização aos moldes europeus.

O século XX caracterizou-se, no que diz respeito ao tratamento de saúde mental infantil, por uma série de ações e serviços de aspecto orientacional, pedagógico, informacional, e que atendiam a uma variedade de *crianças anormais*, *crianças-problema*⁴¹, *crianças perigosas/em perigo* etc, e que revelaram, durante pelo menos a primeira metade do século, uma indiferenciação entre a neurologia e a psiquiatria.

Foi somente no final dos anos 1980 que se desenvolveram uma série de políticas públicas, orientadas pela reforma psiquiátrica, que, em seu aspecto técnico-assistencial⁴², procuraram oferecer de forma sistemática e abrangente serviços voltados para as crianças com sintomatologia grave, condições estas já mais ligadas às noções de sofrimento mental do que de deficiência mental.

No entanto, esta separação entre neurologia e psiquiatria, que ocorreu de forma mais específica a partir de meados do século XX, permanece como um problema, que abordaremos em capítulo posterior. De qualquer maneira, ela se expressa, atualmente, por uma série de exigências, lutas conceituais e epistemológicas e por um conflito constante entre serviços e no interior destes. Tratando este tema de modo muito geral, no momento, gostaríamos de levantar alguns aspectos desta querela: em primeiro lugar, reivindicações no sentido do reconhecimento de condições como patologia mental, por um lado, e deficiência mental, por outro – o que

⁴¹ Expressão que teria sido proposta por Arthur Ramos em substituição ao termo *crianças anormais*, ainda na década de 1930, com base na sua experiência adquirida na Seção de Ortofrenia. Notadas no contexto escolar, era contudo no ambiente familiar, doméstico, que se forjavam seus desajustes, de modo que a existência de uma criança-problema implicava na relação com pais-problema. Vale marcar que o pensamento de Ramos em relação a essas crianças-problema estava intimamente ligado a uma perspectiva psicanalítica (Lima, 2006).

⁴² É a partir da dimensão técnico-assistencial da reforma psiquiátrica, inclusive para o campo da infância, que se criava todo um novo contexto de serviços de base mais comunitária, aberta, substitutiva à lógica manicomial. Mas essa transformação pretendia trazer uma nova estratégia também teórico-conceitual, pressupondo novas concepções epistemológicas do saber sobre a loucura e sobre os ditos transtornos mentais, refutando o sofrimento mental como objeto de um saber medicamento orientado; jurídico-política, no sentido de construção de uma série de novas condições políticas, legais etc, para embasar e sustentar essas práticas inovadoras; e sociocultural, no sentido de construir socialmente uma nova concepção sobre o sofrimento mental, gerando ações públicas e sociais mais potentes, participativas, criativas e com base no respeito e na valorização da diversidade cultural e social (Amarante, 2007).

aparece muito claramente nos debates em torno do autismo, por exemplo; a separação entre os campos, reivindicadas no sentido de compreensão da etiologia dos ditos transtornos, seja ele de natureza orgânica e/ou psicogênica⁴³, e ao esforço de colocar fim a uma dicotomia a partir da ascensão das neurociências e da compreensão de todas as condições como neuropsiquiátricas; e, finalmente, um conflito que se manifesta pelas acusações mútuas e que colocam em jogo dois argumentos centrais, distintos, porém não necessariamente excludentes, que o objeto que deve guiar o tratamento é de ordem do *sofrimento mental* ou da *adaptação*.

⁴³ Embora Foucault já tenha mostrado que é um engodo acreditar que a distinção entre essas duas especialidades se defina a partir da etiologia dos transtornos, mas se dá a partir de uma série de consequências oriundas do surgimento do chamado *corpo neurológico* e que se caracteriza, entre outros, pela oposição entre diagnósticos absolutos e diagnósticos diferenciais (Foucault, 2006). Retomaremos esse ponto mais adiante.

CAPÍTULO 2.

CAMINHO METODOLÓGICO E CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Nesta seção, pretendemos fazer uma descrição minuciosa dos métodos e das técnicas utilizadas nesta pesquisa, seus caminhos, desvios e limites, a fim de trazer à luz as suas construções subterrâneas. Esperamos que isso permita que se evidenciem os processos lógicos de construção desta investigação, a sua organização e possíveis problemas e contradições, que usualmente ficam escondidos ou são abandonados nos resultados de trabalhos quando publicados, considerando-se as exigências cada vez mais rigorosas de publicações sintéticas e objetivas.

2.1 Aproximação com o campo e seleção dos serviços

A aproximação inicial com o campo se deu através da Superintendência de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, para quem apresentamos o projeto inicial da pesquisa, e que nos ajudou a compreender de forma aproximada o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenis em relação à rede de saúde mental e a possibilidade de ali iniciar a pesquisa. Através de três reuniões iniciais, as duas primeiras com a Superintendência e a última também com as diretoras dos CAPSi (que se reúnem de forma sistemática), pudemos apresentar os métodos e técnicas de pesquisa – tirando dúvidas, identificando o que seria ou não possível realizar, anotando referências para procura posterior do serviço, a apresentação do projeto e as nossas intenções etc.

Muito embora a aproximação via Superintendência tenha sido a melhor possível, a recepção do projeto de pesquisa pelas direções dos CAPSi foi bastante variada, contando tanto

com o interesse sobre o tema pesquisado, como com reações de cuidado e desconfiança – decorrentes, por exemplo, de experiências infelizes anteriores com pesquisadores de pós-graduação, além do receio que minha entrada nos serviços significasse julgamento inapropriado sobre a forma de funcionamento institucional e generalizações grosseiras. Apesar de eu ter tido o cuidado em não usar a expressão *medicalização* ao explicar a pesquisa – termo este por vezes polêmico e muito carregado de opiniões apaixonadas – não foi incomum a reação das direções ao afirmar categoricamente que os CAPSi “não medicalizam” enquanto em outros serviços, sobretudo ambulatorios onde trabalham neurologistas, é frequente a medicalização, concepção esta que, naquele contexto, parecia equivaler à prescrição imprópria, equivocada ou demasiada de medicamentos.

De qualquer maneira, a grande maioria das direções se mostrou aberta à possibilidade de minha aproximação com os serviços, e a partir deste primeiro contato foi dado início à procura pela direção específica de cada serviço.

Esta aproximação se deu de forma muito variada. Foi feito um primeiro contato telefônico com cada serviço, lembrando às direções as minhas intenções. A partir daí, algumas permitiram que eu fizesse contato direto com os possíveis entrevistados, decidindo com eles a melhor ocasião de entrevistá-los; outras preferiram mediar esse encontro, definindo elas mesmas o momento adequado; em alguns casos, foi preciso agendar uma reunião prévia com a equipe do próprio serviço, e só então combinar as entrevistas. Houve apenas uma recusa clara à participação, por parte de uma possível entrevistada. Como a intenção não era realizar uma pesquisa de caráter exatamente etnográfico, que supusesse a minha participação e observação do funcionamento institucional propriamente dito, a maior parte das entrevistas implicou numa visita pontual ao serviço. Em alguns casos, a direção me convidou para conhecer as instalações e a conversarmos um pouco sobre suas características e seu funcionamento. Em outros, minha participação se restringiu unicamente à entrevista. Em alguns casos a espera foi rápida, em outros foi preciso aguardar até muitas horas para que a entrevista ocorresse, – devido a imprevistos na rotina da instituição, o que permitiu observar um pouco mais seu funcionamento.

De qualquer maneira, a ida aos serviços, a espera pelos entrevistados (por vezes, de algumas horas), o contato prévio com a direção do serviço e a conversa informal com alguns técnicos do serviço permitiram localizar algumas pistas que mostram o funcionamento dos serviços e dos papéis e interações que os entrevistados e os pacientes mantêm nesse contexto institucional mais amplo. De qualquer maneira, entendemos que este recorte, ainda que

insuficiente e provisório, permitiu levantar uma série de interrogações que certamente acrescentaram ao objeto da pesquisa.

Cada visita e entrevista foi seguida da construção de um diário de campo, em que eram anotadas as impressões gerais destes encontros, aquilo que havia chamado a atenção, o que se repetia ou parecia original, a organização física do serviço, as queixas, e dificuldades e desafios relatados espontaneamente pelas direções, equipes de trabalho e mães ou responsáveis das crianças que frequentavam aqueles espaços.

Havia a ideia inicial de que seria importante e interessante buscar também outros serviços diferentes dos CAPSi, o que se confirmou de forma muito clara no decorrer da primeira etapa da pesquisa. As entrevistas com profissionais médicos de apenas uma especialidade, localizados em serviços com características muito específicas – serviços de alta complexidade, de base territorial, destinado a atender sobretudo uma população de gravidade considerável – implicaria no recorte muito restrito dos desafios e decisões que ocorrem cotidianamente no trato com crianças. Confirmou-se a ideia inicial de buscar também relatos de neuropediatras e pediatras que trabalhassem em estruturas organizacionais inteiramente diferentes, e pudessem trazer, possivelmente, outras expectativas e pontos de vista.

Assim, decidimos procurar também outros tipos de serviços – ambulatórios de hospitais (gerais, universitários e/ou infantis), assim como Centros Municipais de Saúde (CMS), partindo da perspectiva de que as diferentes experiências poderiam fornecer um quadro menos parcial e restrito das relações dos especialistas com as crianças que atendem cotidianamente. Neste caso, o contato inicial foi feito por telefone, com as chefias dos respectivos serviços. E a partir de então foi preciso marcar reuniões a fim de explicar o objeto desta pesquisa, requerer as devidas autorizações e marcar entrevistas com os médicos que assim se dispusessem a fazê-lo.

Os primeiros contatos com a Superintendência de saúde mental do município iniciaram em fevereiro de 2014, assim como os contatos com as direções dos CAPSi, participação de reuniões prévias etc. A realização da pesquisa de campo ocorreu entre julho e dezembro de 2014.

2.2 Contexto, características institucionais e descrição do campo

Há uma grande multiplicidade de serviços de saúde que realizam atendimento a crianças no município do Rio de Janeiro, com diferentes níveis de gestão e de complexidade. Herança da capital da República, conta ainda com estruturas hospitalares de grande complexidade, seja de clínica geral, voltadas para especialidades, estruturas universitárias, mas que comportam também atendimentos menos complexos, de caráter ambulatorial.

Por outro lado, seguindo a tendência de municipalização da gestão, há inúmeros serviços de base, territoriais, de pequeno porte e complexidade. Com o atendimento infantil, inclusive voltado para a saúde mental, a situação não poderia ser diferente. Há atendimentos na atenção básica, em Centros Municipais de Saúde, assim como também pelas Equipes de Saúde da Família. Também há atendimentos nos ambulatórios dos Centros de Saúde. Muitas vezes há a superposição de funções, em que aos serviços e estratégias territoriais – como os CAPSi, os Centros Municipais de Saúde etc, somam-se ambulatórios situados em hospitais de grande porte, para atendimento de demandas similares. Além disso, uma série de fontes pagadoras, gestões e contratos podem estar presentes em todos esses serviços. Em um mesmo lugar, pode haver, por exemplo, técnicos contratados, celetistas ou estatutários, trabalhadores temporários, alunos de pós-graduações, residências médicas ou multiprofissionais, entre outras formas de estabelecimento contratual. Este é o quadro geral que mostra, muito brevemente, a heterogeneidade dos serviços de saúde no Rio de Janeiro, inclusive no atendimento de saúde mental (em seu sentido *lato sensu*) de crianças e adolescentes.

Historicamente, existe a tradição de atendimentos por neurologistas, sobretudo no caso de crianças pequenas, mas também psiquiatras, pediatras, e mesmo generalistas realizam o atendimento em saúde mental de desta clientela⁴⁴. Além disso, há muito poucos neuropediatras na rede municipal do Rio de Janeiro⁴⁵.

Um lugar importante de tratamento de crianças são os Centros de Atenção Psicossocial

⁴⁴ Se entendermos a saúde mental de um modo mais extenso, no contexto do atendimento mais geral relativo a necessidades surgida tanto como demandas tanto em serviços especializados quanto como queixas mais ou menos difusas no âmbito da atenção básica.

⁴⁵ Essa informação, assim como aquela a respeito da tradição de atendimento por neurologista, não foi encontrada em qualquer referência bibliográfica, mas foi relatada sistematicamente por profissionais que atuam na rede, seja na ponta ou na gestão.

Infanto-Juvenis (CAPSi), que servem como referência importante para atendimento de situações graves (Brasil, 2002). São serviços de base territorial, criados para atendimento de saúde mental de crianças e adolescentes com sintomatologia considerada grave. Tais serviços surgiram no bojo das políticas públicas de saúde mental nas últimas décadas, assim como os CAPS de adultos e CAPSad (álcool e droga, também para adultos). Tais serviços contam com equipes multidisciplinares e visam uma mirada extra-institucional, a fim de promover maior inserção social e a criação de redes mais amplas, para além dos equipamentos estritamente sanitários. Os CAPSi, exatamente por sua especificidade de atendimento de situações graves, oferecem um bom quadro, ainda que aproximado e circunstancial, de uma determinada forma de tratar crianças com sérios problemas mentais e comportamentais.

Os ambulatórios de hospitais são estruturas mais tradicionais de cuidado, com base em atendimentos geralmente mais duais e menos intensivos, e atendem a todos os tipos de especialidades médicas. Apesar de regularmente contarem com diferentes profissionais de saúde, há uma relação menos calcada na multidisciplinaridade, e em geral têm menos recursos coletivos (como grupos, oficinas, encontros com os pais etc) do que estruturas como os CAPS.

Os Centros Municipais de Saúde (CMS) são também serviços territoriais para atendimentos em diversas especialidades médicas, que atendem a uma clientela adstrita, e podem funcionar desde um modelo mais tradicional, de atendimento dual no consultório, até uma inserção maior no território e no acompanhamento longitudinal dos pacientes. Há atendimentos com profissionais de diversas formações, visando atender às necessidades de saúde básicas da população. São, em geral, responsáveis pelas situações de menor gravidade, configurando serviços de baixa complexidade, muito embora devam estar ligados a outras estruturas, como a Estratégia de Saúde da Família (ESF), muitas vezes referenciadas no interior desses serviços. São mais numerosos, devendo em tese cobrir toda a população do município. Nos últimos anos tem havido uma modificação da organização de saúde, com o crescimento da cobertura da Saúde da Família, provocando transformações importantes em todos os níveis, mas sobretudo nos CMS, uma vez que tem havido um deslocamento da população entre as diferentes estratégias de cuidado. Outra mudança foi significativa nos últimos anos. O sistema de encaminhamento, antes realizado de forma mais direta, informal e às vezes pessoal, passou a contar com a regulação de um sistema de centralização de marcações e encaminhamentos, o SISREG (Sistema Nacional de Regulação).

Dado esse quadro muito *en passant* dos serviços de saúde que oferecem cuidados à criança (inclusive de saúde mental), no município, realizamos entrevistas com médicos que trabalham em 13 serviços de saúde, constituídos por 6 Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenis (CAPSi), 2 hospitais gerais, 1 hospital geral infantil, 2 hospitais universitários e 2 Centros Municipais de Saúde (CMS). A diferença de números de CAPSi em relação aos outros tipos de serviços se explica pelo fato de que, em geral, os primeiros contam com muito menos médicos (muitas vezes, com a presença de apenas 1 médico) do que nos outros serviços, onde foi possível realizar mais entrevistas. Os diferentes serviços, sob gestão municipal, estadual ou federal, se localizam em 8 Áreas Programáticas (A.P.) do município do Rio de Janeiro. Tratando-se de uma pesquisa qualitativa, seria mais interessante realizar uma análise por saturação do que definir uma amostra significativa e representativa, o que seria mais próprio para uma pesquisa de caráter quantitativo⁴⁶.

Por três motivos preferimos não nomear os serviços onde trabalham os entrevistados. Em primeiro lugar, para evitar sua exposição, garantindo sua confidencialidade. Além disso, o foco da pesquisa não recaiu exatamente sobre a gestão e o funcionamento dos serviços, de modo que estes serviram mais como um pano de fundo do que como o elemento central na compreensão do objeto. Finalmente, grande parte dos entrevistados trabalham em mais de um serviço, público ou privado (inclusive consultório particular), e muitas vezes fizeram referência à experiência vivenciada nos outros lugares de trabalho, de modo que seria impróprio referi-los exclusivamente como a tal ou qual instituição.

Os serviços caracterizam-se de forma muito diversa: em prédios pequenos ou muito grandes, anexados a outra instituição maior, serviços exclusivos de saúde mental ou partes de um complexo de diversas especialidades, pediátricas ou gerais; serviços com características multidisciplinares ou mais médico-centradas, em que há o atendimento isolado ou conjunto (sobretudo no caso da participação de residentes médicos ou internos do curso de medicina), em que reuniões de equipe ou supervisões ocorrem com regularidade ou simplesmente não existem; serviços de atendimentos pontuais ou mais frequentes, ligados ou não a enfermarias (gerais ou de neurologia, não de psiquiatria), serviços com maior facilidade de fazer

⁴⁶ No caso das pesquisas de cunho qualitativo, “o ‘universo’ em questão não são os sujeitos em si, mas as suas representações, conhecimentos, práticas, comportamentos e atitudes. Como se vê, seria impossível demarcar o número total destas variáveis, muito menos o tamanho da amostra que seria representativa desta totalidade. Diante disto, costumeiramente se opta por definir o número de sujeitos por inclusão progressiva (sem demarcar *a priori* o número de participantes) que é interrompida pelo critério da saturação, ou seja, quando as concepções, explicações e sentidos atribuídos pelos sujeitos começam a ter uma regularidade de apresentação” (Deslandes, 2012:49)

encaminhamentos (internos ou externos) e outros que sofrem grandes dificuldades nesse processo; serviços que têm papel importante na formação de médicos, oferecendo programas de especialização, residência, e grupos de pesquisa em psiquiatria infantil, enfim, uma gama muito ampla de serviços e características.

Uma especificidade, contudo, nos chamou a atenção: a grande maioria dos lugares, sejam eles CAPSi, ambulatórios, hospitais ou centros de saúde, não contam com espaços lúdicos interessantes para as crianças. Apenas dois tinham uma espécie de “brinquedoteca”, disponível inclusive para as crianças que aguardavam atendimento. Em alguns casos, há salas que oferecem brinquedos, mas se encontram em estado lamentável, com recursos muito limitados, danificados ou em más condições. Foi muito frequente os técnicos mostrarem as salas de oficinas, de vídeo, de computadores etc, completando, em seguida: “Mas no momento não estão funcionando”, “Mas a televisão está quebrada” e por aí adiante. Essa é uma impressão geral, mas há exceções e grandes variações entre os serviços. É muito comum, tanto nos ambulatórios como nos CAPSi, salas de atendimentos pouco acolhedoras ou atraentes – sem enfeites, recursos lúdicos disponibilizados durante o atendimento etc.

A outra característica mais ou menos geral é o fato desses serviços atenderem uma clientela que, grosso modo, conta exclusivamente com os serviços públicos de saúde, configurando extratos economicamente medianos e baixos da população. O fato de grande parte dos médicos atenderem também em outros serviços – ora em outros serviços públicos, ora em consultórios privados (com clientela que faz uso de plano de saúde e que também realiza os pagamentos do próprio bolso), possibilitou, muitas vezes, comparações interessantes sobre a população que procura seus atendimentos.

A grande maioria dos informantes optou pela realização da entrevista em dias ou horários de menor movimento – por exemplo, no início ou final do expediente, durante o horário de almoço, durante a reunião de equipe. Assim, não foi possível, na maioria das vezes, presenciar os serviços no auge de seu funcionamento, muito embora os momentos de espera, as conversas iniciais com as direções do serviço, com mães de pacientes que aguardavam atendimento etc, possibilitaram uma observação mínima do funcionamento e da estrutura física dos serviços.

Foram realizadas entrevistas com médicos que trabalham em diferentes tipos de serviços: em uma primeira etapa, os informantes eram psiquiatras que trabalham em CAPSi, tanto do quadro (estatutários, celetistas e contratados) quanto residentes, de terceiro e quarto anos (ainda em residência geral de psiquiatria ou já especialização em psiquiatria infantil).

Em um segundo momento, realizamos entrevistas com neuropediatras que atendem em ambulatórios de hospitais públicos. Mais do que uma questão de formação, os dois lugares de trabalho apresentam características muito particulares, que certamente têm consequências na forma dos técnicos tratarem e entenderem os dilemas que enfrentam cotidianamente.

É interessante notar a visão que diferentes grupos ou especialistas apresentaram sobre os demais. Por exemplo, em geral os psiquiatras consideram que os neurologistas, seja por sua formação supostamente mais biologizante, seja pelo tipo de serviço em que estão inseridos, são mais propícios a medicar e tendem a buscar menos outros recursos de tratamento. Isto não se verificou na fala dos neurologistas. Estes demonstraram ter conflitos semelhantes aos psiquiatras, e, apesar de reconhecerem as limitações do trabalho mais individual, isto não apareceu como uma condição *sine qua non* para a medicação. O caráter altamente subjetivo das definições diagnósticas também apareceu entre todas as especialidades, assim como o dilema entre a busca de fontes mais fidedignas e objetivas e o aspecto mais sutil de sua ação clínica.

Mas certamente a forma de organização de serviço determina, em parte, as ações e decisões clínicas. Uma diferença fundamental é a articulação multiprofissional. Em geral, os CAPSi dão uma grande ênfase às decisões e ações coletivas entre os diferentes profissionais. É quase regra que ali vários profissionais atendem cada paciente, e há discussões coletivas, em reuniões semanais. Além disso, a ação de outros profissionais pode mudar o rumo do diagnóstico e dos atendimentos, uma vez que eles se influenciam mutuamente e a palavra do médico tende a não ser isolada nem necessariamente predominante sobre as demais.

A fala dos neuropediatras apontou para outro caminho, em relação a isso. Pode haver ou não discussão clínica dos casos, mas na maior parte das vezes a decisão recai exclusivamente sobre o médico. A ele cabe a definição do diagnóstico, a delimitação da gravidade do caso, a anamnese, o contato com a família e a escola. Pode haver, no máximo, o encaminhamento para outro profissional de saúde (como assistente social, fonoaudiólogo, psicólogo, etc., mas as ações são decididas de forma mais isolada. Isso não quer dizer que os neurologistas prescindam da ação multiprofissional. Este foi ponto pacífico também entre os diferentes especialistas. Na maioria absoluta das entrevistas ficou claro que a participação de profissionais de outras especialidades é central no tratamento das crianças.

Não à toa muitos médicos relatam não poderem fazer um trabalho tão interessante em seus consultórios privados, justamente por não poderem contar com o amparo regular de uma equipe multidisciplinar.

Outro aspecto fundamental que diferencia os CAPSi é o tipo de atendimento. Muitos deles

oferecem espaços abertos, como quintais, em que as crianças podem correr e brincar. Em geral privilegiam espaços coletivos de tratamento, que recebem diferentes denominações em cada serviço: *turnos, permanências, coletivos clínicos* etc.

Trata-se de espaços coletivos, onde há a convivência e possível interação entre as crianças, por um período pré-determinado (por exemplo, 1 hora), e sob a supervisão de um ou mais profissionais do serviço, que podem observá-las e fazer algumas intervenções. Nesses momentos não há atividades dirigidas, as crianças podem brincar ou circular livremente em um determinado espaço (geralmente amplo e muitas vezes aberto), e a partir desses encontros passam a interagir com as demais crianças e profissionais do serviço. Esses espaços foram apresentados, para todos os entrevistados que trabalham nos CAPSi, como atividade valorizada e necessária.

Algumas elas são organizadas por idade; em alguns casos, essa divisão é feita também por quadro clínico. Uma das entrevistadas refere-se à necessidade de se dividirem as atividades por idade a fim de se proteger as crianças menores dos investimentos sexuais e agressivos dos maiores.

No entanto, apenas uma pequena parte dos entrevistados afirmou participar de forma regular e consistente destas convivências coletivas, sendo, quando possível, sua participação apenas rápida e pontual. Portanto, apesar de reconhecerem a importância destas convivências, e entenderem que o seu trabalho se torna melhor com elas, em geral seu foco principal continua sendo o consultório, nos atendimentos da criança e seus familiares, dentro de salas fechadas no interior do CAPSi. Em geral os médicos parecem lamentar essa impossibilidade, devido sobretudo à demanda de atendimentos numerosos, o que acaba os “sugando” para o consultório.

Mas para além dessa vicissitude, muitas vezes a prática coletiva nos CAPSi também enfrentam outros desafios, como problemas na organização institucional e no espaço físico, que não colaboram para uma prática coletiva, como se gostaria. Como já relatado, as realidades são bastante heterogêneas, e os espaços físicos, os recursos humanos e as condições gerais dos serviços variam consideravelmente. Em um dos CAPSi, por exemplo, a diretora se queixava que, por causa da organização espacial do serviço, só poderia ser feito um encontro grupal por dia, o que acabava deixando as crianças menores com menos atendimentos do que as maiores e os adolescentes, que são maioria ali. Com isso, o tratamento não pode ser tão “intensivo” como se gostaria, funcionando às vezes com a frequência semelhante a de um ambulatório.

Já a prática dos neurologistas nos ambulatórios é bem mais tradicional, no sentido de que os atendimentos são feitos dentro de suas salas, de forma mais individual (ou, no máximo, na

presença de acadêmicos ou residentes), e não contam com espaços de interlocução entre as crianças e outros profissionais. Nesse sentido, a responsabilidade é menos compartilhada. No entanto, isto não significa que os neurologistas situados neste contexto se isentem de refletir criticamente sobre suas práticas, e eles também encontram subterfúgios para não agir de forma automática e farmacologizante, como veremos em capítulo posterior.

Outra diferença importante entre os tipos de serviço é a clientela. O CAPSi atende, de acordo com o que é previsto, os casos mais “graves”, enquanto nos ambulatórios a clientela é mais heterogênea. No entanto, o fluxo de atendimentos e encaminhamentos relatados pelos entrevistados permite entender que mais do que a classificação por gravidade, outros fatores são tão ou mais determinantes na procura por este ou aquele lugar como atendimento. Por exemplo: a presença mais significativa de Equipes de Saúde da Família, o encaminhamento direto da escola para serviços específicos, a existência de um dado serviço nas proximidades da residência dos pacientes, etc. Afinal, os neuropediatras relatam o atendimento frequente de crianças com problemas mentais e comportamentais de gravidades muito variadas, ao lado dos neuropatas.

2.3 Escolhendo os entrevistados

A escolha por entrevistar médicos que fazem atendimentos de crianças pequenas surgiu da ideia inicial de que parte importante das decisões clínicas acabam perpassando-os, mesmo quando em serviços onde o trabalho é multidisciplinar. Tal profissão reúne dois aspectos centrais que compõem de forma bem usual o atendimento às crianças, mesmo nos serviços que se pretendem substitutivos: o diagnóstico e a prescrição. De qualquer forma, os médicos que trabalham em serviços públicos frequentemente não agem de forma isolada, o que pode ser mais habitual em consultórios privados. Muitos serviços contam com uma equipe multidisciplinar, que pode interagir de forma mais ou menos integrada, contribuindo de maneiras diferentes para decisões clínicas – por exemplo, a triagem inicial que define que tipos de especialidades e profissionais vão participar do caso, até mesmo a própria construção de um possível diagnóstico.

Como ponto-de-partida, prevíamos entrevistas com psiquiatras da infância e adolescência, pois necessariamente lidam com situações atribuídas a problemas mentais e

comportamentais. O plano inicial era entrevistar psiquiatras dos CAPSi, uma vez que, devido à especificidade dos serviços dos quais participam, fazem o atendimento de crianças consideradas “graves”, por sua sintomatologia. De acordo com o que encontrássemos, e partindo dos depoimentos iniciais dos psiquiatras, prevíamos a possibilidade de entrevistar também neurologistas e pediatras. Isso permitiria obter confrontos e oposições, concordâncias ou possíveis diferenças entre os depoimentos, e de fato a abertura do leque de entrevistados permitiu que se ampliasse o olhar sobre os diferentes serviços e situações.

A entrada no campo e a realização das entrevistas nos levou à certeza de que seria interessante considerar também a perspectiva de pediatras e neurologistas. Isso por dois motivos primordiais:

a. O neuropediatra e o psiquiatra disputam, em certa medida, casos e diagnósticos semelhantes. Há algumas situações típicas que se encontram ao mesmo tempo sob os cuidados de um ou de outro profissional, sem um limite claro de atribuições e especificidades – como é o caso de pessoas diagnosticadas com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e do Espectro Autista. Mas além desta espécie de “disputa de arena”, apareceu frequentemente, na fala dos psiquiatras, uma visão que confere ao neurologista aparentes equívocos na abordagem a esta clientela. Em linhas gerais, parece atribuir-se ao neurologista uma perspectiva biologizante e a prática regular de hiperfarmacologização. Esta ideia surgiu, de forma mais ou menos homogênea, desde as conversas iniciais com as direções dos CAPSi (muitas das quais de outras formações, não médicas) e até em conversas informais no interior dos serviços com demais técnicos. Frequentemente referiam-se com muitas críticas aos encaminhamentos feitos pelos neurologistas e supunham se tratar de um processo de *medicalização*, definição que aqui parecia estar associada à noção de que as crianças recebem mais medicação do que precisam, ação condensada na figura mítica de um *neurologista medicalizante* que, devido principalmente à sua formação mas também por seu ambiente institucional, utilizava-se excessiva e desnecessariamente do uso medicamentoso para as crianças.

Uma conversa inicial com a técnica de um CAPSi resume uma impressão geral transmitida por parte significativa de psiquiatras entrevistados. O comentário (não tão preciso, mas tão enfático como aqui) foi aproximadamente o seguinte: “O lugar onde você quer fazer a pesquisa depende do que você quer encontrar. Se você procura serviços que *desmedicalizam*, você deve ir aos CAPSi. Se você procura serviços que *medicalizam*, deve ir aos ambulatórios

de neurologia”. Esse foi o início da identificação de uma querela que se mostrou, no decorrer da pesquisa, como bem mais complexa, e que reúne uma série de condições sociais, disputas de poder e identificação dos ditos problemas ou transtornos mentais, que pretendemos desdobrar mais adiante.

b. Além disso, as entrevistas com os psiquiatras revelaram, de modo geral, um grande desconhecimento da relação dos pacientes e seus familiares com seus pediatras de origem, de modo que não se pôde conhecer, nem de forma aproximada, o papel que o pediatra comumente exerce na construção diagnóstica e no encaminhamento para especialistas. Daí o interesse em entrevistar também pediatras. Afinal, foi quase um consenso, tanto entre os pediatras quanto entre os especialistas, que os primeiros não costumam medicar nos casos de problemas ou transtornos mentais e comportamentais (muito embora haja exceções, como veremos). De fato, acessar a perspectiva dos pediatras permitiu conhecer critérios utilizados ao diferenciar o tipo de cuidado que aparecem no cotidiano de sua clínica, entender quando se sentem aptos a lidar diretamente com a situação ou quando entendem ser necessário contar com o respaldo de um especialista.

2.4 A seleção dos entrevistados e a caracterização das entrevistas

O ponto-de-partida para chegar até os serviços foi muito variável, passando sempre pela direção do serviço ou setor responsável e sua autorização. Em algumas vezes, foi feito um contato inicial por telefone. Em outros casos, como não é de praxe a chefia atender chamadas telefônicas, foi preciso ir pessoalmente para um contato inicial. Às vezes a direção me deixava livre para procurar os profissionais que desejasse. Em outros, ela mesma me fazia sugestões. O critério inicial era entrevistar o(s) médico(s) que estivessem há mais tempo no serviço. Nem sempre isso foi possível, por diferentes motivos: em alguns casos, pareceu interessante entrevistar os diretores ou coordenadores do serviço, por sua visão do conjunto do serviço, embora não estivessem no serviço há mais tempo; em outros casos, devido a diferentes tipos de contratação, os médicos saíam do serviço e retornavam posteriormente, sendo impossível precisar qual estava há mais tempo; quando se tratava de residentes que chegavam no mesmo período, era impossível usar também o critério temporal, e nesse caso muitas vezes a direção

ou supervisão sugeria determinada pessoa (por maior disponibilidade naquele turno, por exemplo).

Os CAPSi foram inaugurados gradativamente, apresentando tempos de funcionamento muito variados: o mais antigo teve início em 1998, enquanto os mais recentes foram inaugurados em 2012. Em 2014, havia 8 CAPSi no município. Eles recebem não só demanda espontânea (oriunda dos responsáveis pelas crianças) mas também encaminhamentos de escolas e outras instituições de saúde⁴⁷, como da Estratégia de Saúde da Família e de ambulatórios.

Eles contam com diferentes realidades clínico-institucionais, localizam-se em contextos variados, apresentando realidades bastante heterogêneas. Mas certamente também apresentam características semelhantes que apontam para alguma direção de trabalho que pode apresentar resultados muito diferentes de demais contextos institucionais, como hospitais, ambulatórios, entre outros.

Pretendeu-se então realizar entrevistas com psiquiatras de CAPSi, neuropediatras de ambulatórios e pediatras de ambulatórios e Centros Municipais de Saúde. No entanto, essa divisão foi se desfazendo no decorrer da pesquisa, por diferentes motivos: alguns neuropediatras trabalham simultaneamente nas duas especialidades – por exemplo, como neurologista em um serviço e como pediatra em outro; é comum que, em serviços hospitalares, os médicos trabalhem em diferentes setores – por exemplo, no ambulatório e nas enfermarias; ou que assumam também funções em outros serviços (hospitais, consultórios privados etc). Dessa maneira, nos trechos selecionados das entrevistas, optamos por apresentar os entrevistados por seus nomes fictícios, relacionando-os à sua especialidade, sem detalhar o tipo de serviço onde trabalham.

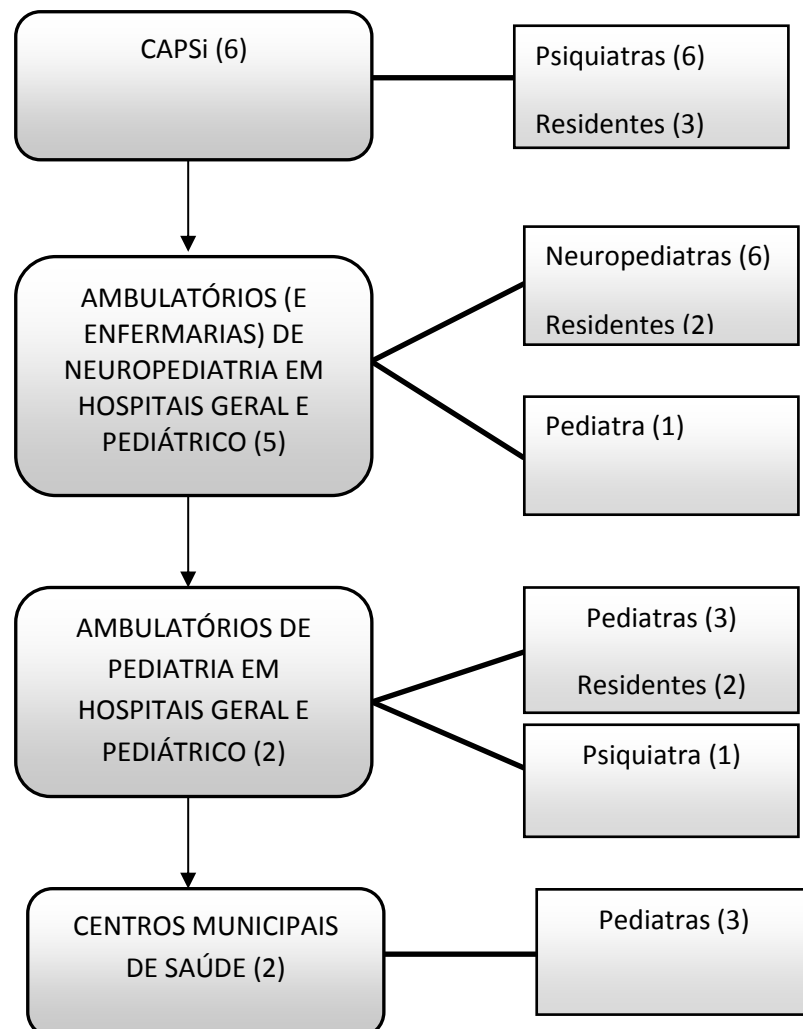
Os depoentes foram psiquiatras da infância e residentes de psiquiatria, neuropediatras e residentes de neuropediatria, pediatras e residentes de pediatria. Os médicos eram tanto estatutários quanto celetistas. O interesse em abarcar tanto os profissionais staff como residentes ajudou também a identificar de que maneiras a relação entre o profissional e o médico em formação contribui para as formas de pensar e agir na prática clínica, entendendo a formação médica como um momento privilegiado em que muitas concepções sobre o diagnóstico e o tratamento poderão se estabelecer e marcar suas carreiras.

⁴⁷ “O encaminhamento para os CAPS pode ser realizado através de demanda espontânea, por intermédio de uma unidade de atenção primária ou especializada, após uma internação clínica/psiquiátrica, ou ainda por indicação da assistência social ou por ordem judicial. O tratamento pode ser feito de forma individualizada ou coletiva, através de oficinas e grupos terapêuticos” (Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 2014).

Os entrevistados eram oriundos de diferentes percursos profissionais – em sua maioria, os psiquiatras da infância formaram-se em psiquiatra, especializando-se, em um segundo momento, em psiquiatria da infância e adolescência; os neuropediatras vieram originariamente da pediatria; mas houve percursos diferentes também: psiquiatra e pediatra que iniciaram suas carreiras como generalistas, e um neuropediatra que migrou da neurologia de adulto para a infantil.

Foram feitas 27 entrevistas, com 10 psiquiatras (staff e residentes), 8 neuropediatras (staff e residentes) e 9 pediatras (staff e residentes).

Fluxograma: etapas para seleção de serviços e entrevistados



Quadro: distribuição de especialidade por tipo de serviço

		Hospital geral, infantil ou universitário				
		CAPSi	Ambulatório de pediatria	Ambulatório de neuropediatria	Enfermaria de pediatria	CMS
Psiquiatra (10)	Staff	6	0	0	1	0
	Residente	3	0	0	0	0
Neuropediatra (8)	Staff	0	0	6	0	0
	Residente	0	0	2	0	0
Pediatra (9)	Staff	0	3	1	0	3
	Residente	0	2	0	0	0

2.5 As técnicas de pesquisa

1. Entrevistas semi-estruturadas

A pesquisa teve como referência um roteiro de entrevista semi-estruturada, a partir das quais os entrevistados falaram sobre suas práticas, conflitos, interesses, embasamentos teóricos, entre outros. Como tal, a entrevista contou com um roteiro que serviu como o disparador das questões, mas procuramos fazê-lo de forma flexível, permitindo a inclusão ou modificação das perguntas, de acordo com o andamento da entrevista. Os modelos das entrevistas encontram-se nos apêndices 1, 2, e 3. Há algumas adaptações por tipo de informante entrevistado, adequando o modelo do roteiro por especialidade. Foi realizada uma entrevista-piloto, após a qual foram feitos alguns ajustes nas perguntas, revendo-se a pertinência e a forma de fazê-las.

As entrevistas foram realizadas com a livre participação dos profissionais, previamente informados sobre as condições de pesquisa e tendo concordado com sua participação, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice 4).

Somou-se um total de pouco mais que 21 horas, numa média de 47 minutos por entrevista, que duraram entre 19 minutos e 1 hora e 5 minutos, resultando em pouco mais de 600 páginas de transcrição.

Todas elas foram gravadas em dois gravadores digitais, transcritas na íntegra, por mim e

profissional habilitada contratada, escutadas e relidas exhaustivamente. Também foram feitas anotações breves no decorrer das entrevistas, de modo a auxiliar a lembrar de detalhes e expressões importantes, pontos para retomar etc. As entrevistas gravadas foram ouvidas sistematicamente, o que auxiliou a apreender as ideias mais importantes relatadas por cada entrevistado, relembrar formas de expressão não verbais (risos, pausas, gestuais etc) e analisar minha própria ação como entrevistadora – onde poderia ter incluído uma nova pergunta, recolocado outra em outros termos etc, identificando dados que se perderam e outras informações preciosas.

Houve exceções à regra, mas de modo geral os entrevistados se mostraram muito receptivos à ideia de serem entrevistados, e acabaram disponibilizando maior parte do tempo do que aquele que afirmaram dispor a princípio. A maior parte das entrevistas foi feita em salas fechadas, no próprio serviço dos atendimentos, e contaram com a participação apenas do entrevistado. Houve alguns casos, contudo, que houve a presença de outras pessoas, que chegavam no decorrer da entrevista e permaneciam a convite do entrevistado – por exemplo, estudantes internos, residentes médicos ou colegas, que escutaram parte da entrevista. Foram realizadas em geral no horário de almoço, antes ou ao final do expediente. O horário e dia escolhidos foram sugeridos pelos entrevistados.

Dos 27 entrevistados, 10 eram do sexo masculino e 17, do sexo feminino. No entanto, a questão do gênero não surgiu como uma variável importante como hipótese de trabalho, nem mostrou diferenças significativas, no decorrer da pesquisa. Os nomes fictícios para a identificação dos entrevistados respeitou a questão do sexo.

No texto desta tese, os trechos das entrevistas foram seguidas pelo nome fictício e abreviação da correspondente especialidade, assim organizados: psiquiatra (PQ), residente de psiquiatria (RPQ), neuropediatra (NP), residente de neuropediatria (RNP), pediatra (PE), residente de pediatria (RPE).

Na maior parte das vezes, houve um contato prévio à entrevista, por telefone, em que brevemente explicava os objetivos da pesquisa e em que marcávamos o encontro. Às vezes o primeiro contato com o entrevistado ocorria com certa dificuldade (dependendo da definição da direção do serviço, a possibilidade de falar com o médico fora de seus horários de atendimento, etc), mas uma vez feito o primeiro contato, de modo geral não houve grandes empecilhos para a realização das entrevistas.

Na maior parte dos casos, os entrevistados se mostraram interessados na entrevista e não demonstraram pressa, muito embora precisassem retornar às suas atividades regulares.

2. Técnica da bola de neve (snowball)

Inicialmente, a *técnica da bola de neve* serviria como uma intermediação entre a primeira e a segunda etapas da pesquisa, a fim de buscar novos profissionais, atuando em diferentes serviços. Esta é uma “(...) técnica de obtenção de informantes (...) pela qual cada novo informante indica novas pessoas para participarem da pesquisa” (Víctora et al, 2000:38). A ideia era coletar informações com os entrevistados que trabalham nos CAPSi, fazendo o levantamento de serviços onde há atendimentos para crianças.

Mas se essa técnica nos ajudou, certamente também encontrou limitações decorrentes do objeto e do contexto desta pesquisa. Em primeiro lugar, muitos dos psiquiatras que atuam nos CAPSi não conhecem com exatidão as origens dos pacientes do serviço, uma vez que, grosso modo, não são eles que fazem a triagem inicial. Eles sabem, por exemplo, que o paciente fez um tratamento anterior com algum neurologista, mas não sabem precisar exatamente onde. Foi necessário recorrer também a outros profissionais e às diretoras dos CAPSi, que por vezes fizeram referências mais precisas de que serviços e/ou profissionais poderíamos procurar.

Outra limitação encontrada na realização desta técnica foi o desconhecimento dos psiquiatras sobre os lugares de origem onde seus pacientes têm atendimento pediátrico. Esta desconexão ficou bem clara no decorrer das entrevistas e configurou um impasse para alcançar os pediatras da rede.

Um outro aspecto da relação com o entrevistado também teve implicações éticas não previstas quando da escolha desta técnica: a tendência era de fazer referências a profissionais que geralmente julgavam como sendo “bons”. Indicavam, preferencialmente, atendimentos e encaminhamentos adequados, profissionais respeitados, serviços interessantes, instituições parceiras. Usualmente sugeriam a visita a outros CAPSi. Somente com muita parcimônia é que alguns referiram-se a instituições que consideravam problemáticas em relação ao atendimento das crianças.

Interessante notar que a fonte de onde nos inspiramos para usar esta técnica relata complicações éticas quando da utilização da bola-de-neve na pesquisa qualitativa em saúde. Víctora exemplifica com um estudo que utilizaria esta técnica para ter acesso a pessoas com HIV/AIDS, e inicialmente se pensou em chegar a elas a partir do relato dos primeiros entrevistados, também com o vírus. Afirma a autora:

Percorrer uma rede de relações, naquele caso, implicaria em colocar os sujeitos da pesquisa numa situação de indicar a condição sorológica de outra pessoa (portador de HIV) ou uma prática ilegal (consumo de drogas

injetáveis). Avaliamos que a técnica, embora possível de ser aplicada naquele contexto, seria um procedimento eticamente impróprio. (...) Nesse caso, a técnica de rede de relações parecia ser uma ferramenta ideal para responder as perguntas iniciais, mas no contexto da transmissão da aids e do uso de drogas, ela comprometeria a ética da pesquisa (Víctora, 2011:109-110).

Ao final da coleta de informações também com a equipe dos CAPSi, é que pudemos construir um quadro bastante abrangente de serviços, de natureza muito diversa, como serviços de atenção primária, secundária e terciária, instituições privadas, filantrópicas, instituições públicas que não compõem apenas o quadro do sistema de saúde, mas também da assistência social, da reabilitação, entre outros. Foi preciso fazer uma nova seleção com base nas informações fornecidas, tomando como critério de inclusão serviços de ambulatório em neuropediatria em hospitais do município do Rio de Janeiro. De fato, os serviços de saúde relatados poderiam ser buscados mesmo sem a realização desta técnica. Trata-se de instituições grandes, bem-conhecidas, e que prescindiriam do apontamento inicial dos psiquiatras entrevistados.

De qualquer maneira, ela nos serviu como uma forma de dar prioridade a alguns tipos de serviço em relação a outros e como ponto-de-partida para que os médicos falassem de sua relação com a rede, de como vêm os outros profissionais e serviços e o tipo de vínculo que estabelecem com eles.

2.6 Passo-a-passo da análise das entrevistas

As entrevistas foram escutadas e lidas repetidamente, a fim de incorporar e rememorar as ideias centrais, os trechos mais significativos, as contradições expressas pelos entrevistados, os pontos homogêneos e discordantes.

Foram criadas 4 categorias básicas iniciais, que orientaram os roteiros semi-estruturados, e com base em elementos novos que surgiram durante as entrevistas, incluímos mais três categorias de análise, redistribuídas em subcategorias. As categorias centrais finais foram: nosografia e nosologia; forma de cuidado e prescrição de psicotrópicos; embasamentos teóricos e técnicos; características e funcionamento institucional; família; escola; e violência.

As entrevistas foram esquadrihadas em categorias de análise, foram feitas anotações de impressões gerais, comparações com outras entrevistas e no interior da mesma, reflexões

com base na bibliografia pesquisada, marcação de trechos mais significativos. Estes foram extraídos do texto e enquadrados de acordo com categorias de análise previamente imaginadas, somadas a outras que emergiram da própria fala dos entrevistados. As entrevistas foram editadas repetidamente, agrupadas ora por categoria de análise, ora por trechos mais significativos, sendo destacadas características comuns e discordantes e a aproximação de ideias de acordo com a especialidade, com o tipo de serviço onde o profissional se encontra, etc. Optamos por retirar vícios de linguagem, trechos repetitivos, e identificar imagens mais fortes e significativas. E, a partir daí, e juntamente com as impressões gerais de cada entrevista, foi feita a análise propriamente dita, relacionando as falas com categorias de análise e procurando estabelecer uma ligação com o material teórico produzido.

Como se trata de uma pesquisa social em saúde, de base qualitativa, foge ao seu escopo a generalização de dados⁴⁸, de forma que pretendemos ter realizado uma pesquisa em profundidade, colhendo opiniões de um recorte pequeno de médicos, em alguns serviços. Ou seja, não se pretende, com eles, obter informações extensas nem que possam ser atribuídas às visões de quaisquer médicos que lidem com crianças. Ficou muito claro nas entrevistas que há opiniões divergentes, mas também determinados aspectos que são mais ou menos comuns na visão dos diferentes entrevistados. Algum entrevistado que porventura leia este trabalho pode se sentir completamente contemplado nas observações e análises que compõem este trabalho; outros podem se sentir alheios a elas, não sentindo-se acolhidos em suas visões. O mais provável, contudo, é que se sintam identificados em alguns aspectos mas não se sintam representados em outros.

Como alguma sistemática é necessária para fazer compreensões mais amplas, toma-se em conta noções mais ou menos genéricas que permeiam um número considerável de opiniões, formando como um corpus, ainda que repleto de arestas. Pretendemos, em primeiro lugar, mostrar pontos que se repetem muito habituais entre os diversos interessados. Isso não quer dizer que não se encontram opiniões divergentes. Pelo contrário, elas existem e podem compor a discussão do trabalho, fazendo um contraponto com ideias repetitivas, que se apresentaram

⁴⁸ “(...) os métodos qualitativos de pesquisa não têm qualquer utilidade na mensuração de fenômenos em grandes grupos, sendo basicamente úteis para quem busca entender o contexto onde algum fenômeno ocorre. (...) Essa abordagem é capaz de propiciar um conhecimento aprofundado de um evento, possibilitando a explicação de comportamentos. (...) Uma das principais características dos métodos qualitativos é o fato de que as pesquisas são formuladas para fornecerem uma visão de dentro do grupo pesquisado, uma visão êmica [conhecimento próprio do indivíduo pertencente a uma cultura determinada, expresso na lógica interna do seu sistema de conhecimento]. Trabalha-se com um elevado número de questões e, para que isso seja possível, busca-se estudar sempre um grupo pequeno de pessoas (...)” (VICTORA et al, 2000:37).

de forma mais ou menos recorrente e persistente ao longo das entrevistas. Procuramos usar trechos das entrevistas que, de alguma forma, sintetizem ideias compartilhadas entre os demais entrevistados, e que apresentem-nas de forma clara e interessante.

É interessante notar como, de fato, os resultados das entrevistas permitem uma revisão e uma reinterpretação da pesquisa bibliográfica feita anteriormente. Elas exigem, portanto, uma flexibilização da construção teórica que realizamos, revendo prioridades e criando novas formas de entender e buscar informações sobre o tema da pesquisa.

Alguns exemplos podem iluminar esse processo: durante a realização da pesquisa bibliográfica para o projeto de tese, precisamos lançar mão de dados norte-americanos sobre o tema dos psicotrópicos para crianças menores de 6 anos. De fato a pesquisa bibliográfica apontou para a produção de uma medicina que, aspirando ter uma base científica sólida, tem a preocupação de recorrer às evidências produzidas – ainda que, como pretendemos mostrar, elas não são tão evidentes assim, e repletas de divergências, incoerências etc. O que, aliás, tem grande positividade e diz respeito à racionalidade médica, com seus embates e disputas em torno do triunfo de certas teorias em detrimento de outras. De qualquer maneira, a fala dos entrevistados parece estar distante deste ideal, muito presente no discurso hegemônico da psiquiatria norte-americana, de um saber protocolar, sistematizado, calcado em orientações rígidas para a definição dos diagnósticos. Isto não quer dizer que a ciência não interfira na ação dos médicos entrevistados, mas certamente aparece mais como a consequência de um saber transmitido do que uma preocupação ou uma priorização dos clínicos em suas escolhas diárias.

Um diagnóstico comumente encontrado na literatura norte-americana para casos de crianças foi o transtorno bipolar de humor. É interessante notar que, nas entrevistas, não apareceram quaisquer referências a esse diagnóstico. Ainda que seja uma generalização muito grosseira, e talvez pouco representativa das práticas brasileiras, pode-se antecipar que, no Brasil, a questão do transtorno bipolar em crianças ainda não tomou a dimensão e a importância dada nos Estados Unidos. Apesar de vir apresentando aumentos significativos desse diagnóstico na infância, ele tem sido objeto de discussões ferrenhas e grandes controvérsias, como o aparecimento recente do diagnóstico na primeira infância, grandes discordâncias sobre a fenomenologia da mania em crianças, dificuldades em identificar comorbidades e diagnósticos diferenciais⁴⁹.

⁴⁹ Para algumas discussões em torno do transtorno bipolar de humor em crianças, ver, por exemplo, Blader, Carlson, 2007. Sobre o alto índice de comorbidade e diagnóstico diferencial com outras doenças, como o TDAH, devido aos sintomas (hipo)maníacos, vide Rohde, Tramontina, 2005; Moraes et al, 2007; ou como o transtorno desafiador de oposição, transtorno de ansiedade de separação, transtorno depressivo maior e transtorno maníaco transitório (Nadkarni, Fristad 2010). Sintomas como alucinações, paranóia e desorganização do pensamento

Ao mesmo tempo, é possível que a realização das entrevistas ajude no processo de reflexão dos entrevistados sobre suas práticas. Em muitos momentos, entrevistados se colocaram em posição de pensar em aspectos que ainda não haviam posto em palavras. Foi comum, diante de alguma pergunta, colocações do tipo: “Nunca havia pensado sobre isso”. E outros aspectos, talvez muito límpidos e evidentes para os entrevistados, tiveram a chance de ser (re)organizados, evidenciados, comparados, de forma a dar certa visibilidade de atitudes e crenças muitas vezes restritas à ação dos médicos ou ao seu grupo mais imediato.

2.7 Limites da pesquisa

Como toda escolha metodológica implica no abandono de outras, é importante apontar para os limites impostos pelo caminho escolhido. Como toda escolha metodológica pressupõe sempre ônus e bônus, é importante ter em mente as vantagens e as limitações do percurso escolhido. Identificamos alguns limites da pesquisa, impostos pela escolha metodológica e ética, e podem ser assim listados:

a. As crianças encaminhadas para os serviços escolhidos já constituem grupo com características próprias, mais ou menos homogêneas, o que pode apontar para um viés. Por exemplo, a presença de crianças com sintomatologia considerada grave, nos CAPSi, implica em determinadas tendências de atribuição diagnóstica, escolha de tratamento, etc. A diferença entre serviços públicos e privados (como clínicas e consultórios particulares, atendimentos via saúde suplementar, etc) poderia revelar diferenças importantes na clientela estudada, assim como no perfil do atendimento e das prescrições realizadas.

b. Supõem-se que os participantes de pesquisa, por serem profissionais que atuam em serviços bastante especializados, tenham uma formação voltada para esse público, por exemplo com residência em psiquiatria infantil. Talvez este recorte revele uma determinada maneira de

levariam à confusão entre transtorno afetivo bipolar na infância e adolescência com esquizofrenia (Fu-I, 2004). Parece haver muitas dificuldades e discordâncias quanto aos diagnósticos diferenciais, às comorbidades e à direção farmacológica de crianças e adolescentes com características de transtorno bipolar de humor (Galanter et al., 2009; Parens, Johnston, 2010). No campo dos transtornos afetivos, houve uma tendência inicial de interpretar os sintomas infantis a partir do conhecimento sobre os transtornos similares em adultos (Lima, 2004), apesar de haver diferenças, por exemplo, quanto ao perfil de ciclagem do humor entre eles. As medicações em crianças e adolescentes costumam seguir o padrão utilizado para adultos, com estabilizadores de humor, antidepressivos ou antipsicóticos (Fu-I, 2004), sem haver evidências do efeito e da segurança destas medicações em crianças (Lima, 2004; Healy, Le Noury, 2007).

pensar e agir compartilhada por pessoas com um histórico e uma formação semelhante, que pode ou não ser semelhante àquelas próprias dos outros especialistas, com formações diferentes.

c. Cada serviço tem históricos e características peculiares – uns são mais recentes, funcionando há cerca de 2 anos, outros já existem há muitas décadas; alguns deles foram originados de outras instituições, como hospitais psiquiátricos, e outros surgiram de forma mais autônoma; alguns deles estão localizados em áreas com maior cobertura da Estratégia de Saúde da Família, recebendo mais encaminhamentos provenientes desta porta de entrada; localizam-se em regiões da cidade com importantes diferenças sócio-econômicas, podendo acolher crianças com características sociais distintas. Há também certo processo de mobilidade social; não são incomuns os relatos de pessoas que passaram a procurar serviços públicos após não poderem mais pagar médicos privados, perderem o acesso ao plano de saúde, etc. – devido ao desemprego, à separação do cônjuge, entre outros. Estas e outras particularidades podem contribuir para as diferenças sanitárias da população, o acesso ao cuidado, a ação dos profissionais de saúde. Desta forma, em alguns momentos será necessário situar o contexto social e sanitário do CAPSi para fins de análise: não como objeto de estudo *per se*, mas como um possível contraponto ou fator que faça parte das decisões e problemas apontados pelos entrevistados.

d. O ponto-de-partida para a pesquisa foi o discurso dos médicos, sujeitos esses que se deparam cotidianamente com demandas de problemas mentais, comportamentais, de aprendizado, neuro-psiquiátricos etc. Muito embora esses atores sociais se situem num ponto estratégico da compreensão desta rede, eles não são, certamente, os únicos que poderiam falar desta problemática. Muitos outros atores sociais poderiam trazer contribuições importantes para o tema da pesquisa: por exemplo, outros profissionais que trabalham nos serviços escolhidos. Durante os contatos estabelecidos com os serviços, faziam observações sobre o funcionamento institucional, referências a encaminhamentos e demandas, breves relatos de necessidades e pacientes, mostravam interesse pelo tema de pesquisa, e certamente teriam muito a contribuir.

e. As famílias ou mesmo as crianças atendidas poderiam ratificar ou oferecer contrapontos ao discurso dos médicos, contribuindo definitivamente com outras perspectivas e enriquecendo o debate. Por uma série de contingências institucionais e exigências éticas, esta ampliação implicaria em caminhos metodológicos não exequíveis, considerando-se o tempo de a realização da pesquisa.

f. A relação com as escolas e pré-escolas poderia também abrir novas perspectivas e certamente teria muito a acrescentar no que diz respeito aos fluxos dos encaminhamentos e a

um processo prévio de identificação de patologias. Tais instituições figuraram de forma central no discurso de quase todos os entrevistados. Mais uma vez, seria impossível cumprir as demandas e exigências para a realização da pesquisa de campo num período curto de tempo.

g. Entre procurar maior variação de serviços e profissionais e o aprofundamento em uma única instituição, optou-se pela primeira, deixando-se de lado um mergulho no campo de caráter mais etnográfico, incluindo a participação nas rotinas institucionais, acompanhamento longitudinal dos atendimentos etc. Certamente essa opção teria sido rica em inúmeros aspectos, trazendo novas observações e revendo outras, e permitiria uma análise menos pontual de entrevistas, muitas das quais foram realizadas em um único dia, no primeiro encontro com o entrevistado, em um ambiente muito protegido dos desafios cotidianos etc.

Essas limitações fazem parte da reflexão proposta nesta pesquisa, sem que consigamos incorporá-las no escopo do trabalho. As imposições temporais, a maior ou menor dificuldade para acessar dados, o fato de privilegiarmos, no momento, uma pesquisa em profundidade em relação a uma pesquisa mais ampla acabaram por delimitar os recortes necessários. O fato de reconhecermos limitações para esta pesquisa não impede que nos voltemos para essas possíveis diferenças e que não reflitamos sobre os dados colhidos em relação a possíveis oposições ou particularidades.

2.8 Considerações éticas

A formalização dos aspectos éticos da pesquisa se deu em três etapas principais: a. Autorização da realização da pesquisa pela Superintendência de Saúde Mental da Secretaria de Saúde do município (SMS) do Rio de Janeiro e dos serviços onde foi realizada a pesquisa (instituições co-participantes);

b. Submissão do projeto de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da ENSP/Fiocruz, à Plataforma Brasil e ao CEP da Secretaria Municipal de Saúde. Apenas após o cumprimento destas etapas é que se deu o início da pesquisa de campo. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP/Fiocruz em julho de 2014, sob o número CAAE: 32287314.2.0000.5240.

c. Fornecimento das informações sobre a pesquisa aos possíveis participantes (entrevistados), com o intuito de tornar claro o objetivo de pesquisa, as suas implicações éticas,

como possíveis riscos e benefícios, o sigilo e outras medidas de proteção ao entrevistado, o que foi realizado através de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), feito de acordo com o modelo do CEP/ENSP (apêndice 4).

Para a realização da pesquisa, levamos em consideração as exigências da Resolução CNS/MS nº466, de 12 de dezembro de 2012 (Brasil, 2012b), que define as diretrizes e normas regulamentadoras das pesquisas envolvendo seres humanos. Entre outros aspectos importantes, ela regula a necessidade de proteção dos participantes de pesquisa a partir dos princípios de bioética – a beneficência, a não-maleficência, a autonomia, a justiça e a equidade.

Evitamos a exposição de quaisquer dados que identificassem os participantes da pesquisa, sendo omitidos na divulgação dos resultados da pesquisa, e o material foi armazenado em local seguro. Sempre que possível, as entrevistas foram realizadas em momentos ou locais que não prejudicassem o funcionamento dos serviços ou a atividade dos colaboradores.

2.9 Pesquisa bibliográfica

No processo de escolha metodológica de base para a pesquisa, houve de forma esquemática dois momentos principais. O primeiro se caracterizou tanto pela busca não-sistemática de artigos voltados tanto à questão institucional – o funcionamento, os modelos e os desafios dos serviços de atendimento à saúde mental infantil no Brasil; quanto à problemática da prescrição de psicotrópicos na primeira infância, reunindo-se aí artigos que discutissem a produção de novos diagnósticos e estudos clínicos de segurança e eficácia dos medicamentos e seus efeitos a curto e longo prazo. Foram utilizadas sobretudo bases de dado online, e mais especialmente Scielo e Medline.

Em um segundo momento, uma pesquisa que pudesse fundamentar a compreensão desta produção acadêmica e prática clínica, partindo de uma perspectiva epistemológica, arqueológica e genealógica com base sobretudo em Canguilhem e Foucault. A análise das produções acadêmicas, tanto atuais, quanto anteriores, só poderia ser feita a partir de uma compreensão contextual, histórica, não apenas segundo o ponto de vista da construção de um conjunto de saberes psiquiátricos-psicológicos como também sua relação com a compreensão da construção da ideia de infância, transformada historicamente.

Finalmente, procuramos compreender alguns processos de construção da chamada psiquiatria da infância, pesquisa feita a partir de historiadores da área e de fontes documentais primárias. Considerando-se a forte influência do alienismo e da psiquiatria francesa na história da psiquiatria no Brasil, sobretudo até o período da Segunda Guerra Mundial, a realização do período do doutorado-sanduiche em Paris contribuiu para a busca de documentos não encontrados no Brasil, sobretudo na biblioteca da faculdade de medicina da Unviersidade Paris Descartes, mas também da base de dados online Gallica, organizado pela Biblioteca National de France (BNF). Procuramos resgatar autores fundamentais que, identificados em períodos diversos, ajudam a formar o fio da meada das principais concepções históricas da psiquiatria em relação à infância, e de que maneira essas concepções foram forjando as noções contemporâneas apresentadas pelos médicos entrevistados. Como critério de pesquisa, foram usadas as mesmas categorias de análise utilizadas no exame das entrevistas.

2.10 Análise e interpretação das entrevistas e das fontes bibliográficas

De forma muito simplificada, podemos registrar que a arqueologia e genealogia foucaultiana, muito embora bebam das águas da epistemologia francesa de tradição de Bachelard e Canguilhem, distinguem-se dela por uma série de fatores, dentre eles o fato de não privilegiar necessariamente o conhecimento oriundo das *ciências* como aquele utilizado na análise da produção dos saberes. Não à toa a História da Loucura, por exemplo, utiliza uma série de análises artísticas, jurídicas, literárias, para compreender a formação da loucura como objeto capturado pela medicina mental.

Nas palavras de Machado,

a história arqueológica, retomando alguns princípios de análise da epistemologia, será levada a produzir uma série de deslocamentos metodológicos para dar conta da especificidade de seu objeto – procedimento que implicará tanto o abandono da ciência como objeto privilegiado quanto a conservação da exigência filosófica de realizar uma análise conceitual, e não simplesmente factual. Desaparecimento, portanto, das categorias de ciência e epistemologia que tem como

correlato o aparecimento de um novo objeto, o saber, e um novo método, a arqueologia (Machado, 2007:9-10).

Pesquisar a história da loucura, e não a história da psiquiatria, implicou numa ruptura da ideia da psiquiatria como uma disciplina em pleno processo de evolução e da loucura como um objeto inerte, a-histórico, imutável. Foucault mostrou como o paradigma psiquiátrico, oriundo da modernidade, fundou um objeto, ao mesmo tempo que pretendia tratá-lo, paradigma este que não foi totalmente refutado até hoje. O aspecto da cientificidade é igualmente central na análise desses discursos sobre a loucura, nem por isso é o único capaz de produzir verdades em torno dela.

A análise de Canguilhem não é, contudo, secundária, frente ao nosso objeto e nosso objetivo. Sua contribuição sobre a formação do saber médico é fundamental para a análise das *práticas discursivas*⁵⁰ oriundas dos entrevistados. Daí a contribuição da epistemologia histórica de Canguilhem para essa pesquisa, porque situa uma ciência (e no nosso campo, as ciências ligadas à medicina em sua relação com os problemas mentais e comportamentais de crianças) com uma historicidade própria. Em outras palavras, ao abordar o percurso histórico do saber da ciência, permite desnaturalizá-la e refletir sobre seu saber como uma construção, um processo em contante transformação.

Foucault se dedica, em dois momentos de sua trajetória intelectual, à arqueologia do saber e à genealogia do poder. Na primeira parte de seu percurso, ele mostra as insuficiências que residem na busca de continuidades históricas e na tentativa de homogeneização de discursos.

O método arqueológico foucaultiano, muito embora faça uso de uma certa *análise do discurso*, evita justamente a sua homogeneização, evitando sintatizá-lo em torno de estilos. É comum que, dentro de um mesmo discurso (próprio a uma certa ciência, por exemplo) haja mais processos de dispersão e de descontinuidades, do que de processos típicos e contínuos. E é justamente aí que reside a ideia de arqueologia, que refuta os discursos como documentos, tomando-os como monumentos. Os primeiros, segundo Foucault, fazem silenciar os segundos, pois, na tentativa de traduzi-los, resumi-los, acabam também por simplificá-los, por reduzi-los

⁵⁰ A noção de práticas discursivas pressupõe que os discursos não são meras representações, mas que eles são capazes de produzir fatos e verdades. Quando há a definição de um diagnóstico, por exemplo, este não se dá tão somente pela reunião de características observadas na clínica com base em uma classificação pré-definida, com base em critérios científicos. Mais do que isso, ela é capaz de produzir uma série de implicações que repercutem na vida do sujeito diagnosticado. Tornam-se verdades porque são oriundas de um saber científico, autorizado a tal, e tem repercussões particulares na maneira como a criança e a família recebe esse diagnóstico, as relações sociais que se estabelecem a partir dali, na reinterpretação da história de vida a partir daquela definição, ganhando caráter de fato. Um exemplo histórico interessante de práticas discursivas foi a união das idéias de idiotismo e de periculosidade, como veremos no capítulo 3.

a coerências, continuidades. Enfim, a silenciá-los (Foucault, 2008). Primeiro esforço, portanto, de aproximação com o método arqueológico: descrever algumas práticas discursivas procurando nelas identificar processos ao mesmo tempo congruentes com um determinado processo de produção de ciência sem refutar, contudo, as particularidades dos discursos, as suas incoerências, contradições e diferenças. Esforço provavelmente parcialmente logrado, considerando-se uma tradição de continuidade que nos acompanha, no sentido de sintetizar saberes e ciências em torno de conglomerados, continuidades, tendências e tradições⁵¹.

Já a noção de *genealogia*, de inspiração nietzschiana, aparece mais tardiamente na obra de Foucault. Ali, ele estabelece as análises históricas com base nas relações de poder, que se dão de modo micropolítico, podendo ou não ser perpassados pelo poder de Estado. Os discursos se situam, portanto, em articulação com as relações de poder e com as suas condições de possibilidade, traduzindo-se em gestos, hábitos, discursos etc. (Machado, 2007). De fato, a realização das entrevistas mostra como os discursos se constituem com base em jogos de poder, situados nem sempre em relação à política de Estado, mas à micro-política do cotidiano. E é com base nesse tipo de análise que procuramos nos inspirar para observar e descrever as *práticas discursivas*.

É com base nessa trajetória metodológica que procuramos nos basear para a realização deste trabalho e na análise e interpretação dos dados coletados – sejam eles de ordem bibliográfica, sejam eles com base nas entrevistas. De fato, este é um exercício e uma tentativa, no sentido que procuramos encontrar nas práticas discursivas mais incoerências mais do que generalizações; e que procuramos também encontrar sutilezas em discursos que nos tentam a generalizações. Nos pareceu um exercício difícil, no sentido de que é habitual recair em identidades históricas, naturalizar conceitos, compreendê-los a partir de um conjunto articulado e combinado de noções. É a partir deste enquadramento teórico que procuramos analisar os dados colhidos, considerando suas tentativas e limites.

Dois exemplos: procuramos identificar, em um primeiro momento, coerências e incongruências nos discursos dos alienistas a fim de identificar traços que remontem a uma dada concepção de infância, e que consequências isso trazia para as compreensões acerca da etiologia dos então chamados idiotas, o prognóstico, as formas de tratamento empregado, etc.

⁵¹ Um exemplo do alcance parcial deste objetivo se dá, por exemplo, quando buscamos em outra epistemologia, oriunda de outra tradição, a compreensão das práticas dos entrevistados a partir de um certo *estilo de pensamento* e de um dado *coletivo de pensamento* (Fleck, 1935). Noções essas que, embora muito caras a nossa pesquisa, parecem ocupar-se primordialmente das tendências gerais dos círculos esotéricos, e não de seus processos de dispersão. Conceitos estes que serão melhor elucidados no capítulo 5.

Na tentativa de encontrar certas generalizações a esse respeito, foram feitos inúmeros recortes, comparações, aproximações mais ou menos próprias, a fim de oferecer um quadro mais ou menos fechado, ainda que parcial e provisório. De qualquer maneira, a busca por essa totalidade encontrou inúmeros desafios. Ao encontrar certa coerência no discurso de Pinel, por exemplo, acabamos deixando de lado diversas sutilezas e afirmações que poderiam derrubar, uma a uma, as noções gerais que apresentamos de seu trabalho. Por exemplo, ao afirmarmos o pessimismo pineliano em relação ao tratamento de idiotas, deixamos de lado, também, todos os indícios de suas tentativas de tratá-los no interior mesmo de Salpêtrière, por exemplo.

O mesmo se pode dizer em relação às entrevistas. A afirmação de que a existência de tratamento psicofarmacológico anterior é um determinante importante para a continuidade do tratamento, mesmo quando o clínico discorda deste caminho, é negligenciar ao mesmo tempo todo o esforço que ele faz no sentido de superar e desafiar essa suposta tendência. A fim de não recairmos num relativismo extremado, algumas generalizações foram feitas. O que importa, neste contexto não é refutá-las por completo, mas compreender que a visão arqueológica não nos deixa enganar: e que por detrás de cada continuidade, de cada globalidade, de cada coerência, existem correspondentes descontinuidades, disputas, incongruências. E se isto não fica claro a respeito de todos os termos e condições analisadas, é importante que fique clara toda a tentativa de não atribuir um caráter natural, dado, a-histórico, a estes termos, ainda que este exercício não tenha sido feito integralmente.

Dáí surgiu a necessidade de buscar, através de algumas fontes históricas da psiquiatria da infância, elementos centrais que colaboraram para a construção dos saberes médico-psicológicos da infância e que se atualizam nos serviços de saúde através das *práticas discursivas* (Foucault, 2008) dos profissionais e, mais especificamente, dos médicos.

Os conflitos e as contradições inerentes à prática do clínico, porque convidado a estabelecer diagnósticos e a definir terapêuticas, servem como analisadores da medicalização, no sentido de que trazem à tona as lutas e contradições que a constituem, mesmo quando escondidas sob o primado das descobertas científicas. A maneira como se posicionam frente à ampliação de critérios diagnósticos e do escopo das práticas *psi* ajuda a mapear a série de forças sociais que incidem sobre as concepções de saúde e doença, as fragilidades do sistema escolar, as informações da mídia, a ação de demais especialistas, a compreensão e as queixas familiares, entre outros. Sigamos, portanto, nesse esforço metodológico, sabendo contudo suas incoerências internas e suas próprias rupturas.

2.11 Apoio e financiamento da pesquisa

Esta pesquisa contou com algumas fontes de apoio e financiamento, como o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), que ajudou a realização desta pesquisa com a bolsa de doutorado (inclusive taxa de bancada e licença-maternidade); a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), com bolsa de doutorado-sanduche em Paris, na França; e o Edital Proap (Apoio Financeiro a Projetos de Discentes do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Saúde Pública), com o apoio para pequenos gastos durante do doutorado, como parte das transcrições, materiais de fotocópia etc.

CAPÍTULO 3.

ESTADO DA ARTE SOBRE A QUESTÃO DOS MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS NA INFÂNCIA E NA PRIMEIRA INFÂNCIA

Uma menina de 6 anos de idade apresentou comportamento inadequado na escola. A professora, preocupada, convocou seus pais para uma reunião. Ela andava muito distraída, “avoadada”, com dificuldade em prestar atenção em sala de aula. A professora achava que a menina deveria ser ajudada. Recomendou que os pais procurassem um médico, um neurologista. A mãe titubeou mas acatou o conselho da professora. Temia que a menina perdesse o ano e entendia a necessidade de ajudá-la. Levou-a a uma especialista, conforme orientação feita na escola. A neurologista identificou um problema, e prescreveu um anticonvulsivante. Cerca de um mês depois, a garota apresentou um quadro de febre e manchas na pele. As emergências estavam lotadas. O Rio de Janeiro estava em pleno período epidêmico de dengue. Dentre as hipóteses mais cotadas, constava a de dengue hemorrágica. O tratamento não surtiu efeitos. Suspeitou-se então de leptospirose. O agravamento dos sintomas levou a mãe a procurar outros serviços de emergência, enquanto aguardava os resultados de exames. Durante 2 dias, a criança refutou qualquer alimento ou água. Descobriu-se estar com insuficiência renal e hepática, e altos níveis de creatinina e uréia. O nefrologista desconfiou de efeitos indesejados do medicamento e a transferiu imediatamente para internação. Constatou-se Síndrome de Dress⁵², um efeito colateral considerado raro decorrente do uso de anticonvulsivantes. Ficou

⁵² Do inglês, “drug rash with eosinophilia and systemic symptoms”. Reação adversa a medicamentos, como anticonvulsivantes, caracterizado por erupção cutânea, linfadenopatia, febre, hepatite e anormalidades hematológicas. É considerada uma síndrome rara e talvez subdiagnosticada na infância, por ser um quadro inespecífico que se confunde facilmente com outros diagnósticos diferenciais (Bugni et al., 2008).

internada durante 4 meses, período no qual chegou a ter uma parada cardíaca. Finalmente recebeu alta, mas além dos problemas já citados, passou a claudicar e perdeu o ano na escola.

Este caso foi relatado pela mãe da tal menina, no hall de um hospital, enquanto eu aguardava para realizar uma das entrevistas. Ao fim de seu relato, completou: “Mas eu estou no ‘lucro’. Ela está viva, e é isso que importa”. Embora rara, esta é uma situação prototípica que reúne diversos elementos que constituem situações cotidianas e ordinárias, em torno dos problemas mentais e comportamentais de crianças, especialmente no que diz respeito aos efeitos colaterais destes medicamentos. Seu caráter trágico constitui uma exceção, felizmente. No entanto, ele traz à luz uma série de situações que abrem um mundo de investigações – a identificação de problemas comportamentais na escola, sua busca de soluções pelo aparato médico-psicológico-assistencial, a decisão por oferecer à criança um tratamento medicamentoso, uma série de dificuldades e insuficiências da rede de atendimento, o surgimento de um efeito indesejado tão raro quanto fatal, e uma série de ações sucessivas destinadas à tentativa de ajudar a menina.

Ao leitor desavisado talvez esta história soe como uma sucessão de erros, cuja solução estaria acolá: em outro especialista, em outro tratamento, em outro medicamento etc. Mas o que pretendemos investigar aqui é justamente o processo invisível, microscópico, que atravessa as diversas pontas deste olhar e que incide nos dilemas mais corriqueiros dos atores sociais envolvidos com crianças que, em algum momento, considera-se ter problemas mentais, comportamentais, escolares, neuro-psiquiátricos etc. O desenvolvimento das entrevistas mostrou que nem mesmo os casos clínicos considerados mais típicos estão isentos de grandes dúvidas e dilemas. E estes configuram apenas uma pequena parte das situações que aparecem no cotidiano clínico. A grande maioria, poder-se-ia dizer, é de casos limítrofes, ou são atravessados por uma série de comorbidades, de condições sociais, de apresentações de sintomas que se configuram como verdadeiros enigmas para aqueles que os tratam. Haverá uma verdade última, uma forma ideal de tratar as diferentes crianças e suas situações particulares? Ou cada caso apresentará enigmas insolúveis para os quais diferentes desfechos são possíveis? De que tradições e contradições tais dilemas e soluções serão herdeiros?

* * *

Como sabemos, inúmeros são os recursos terapêuticos empregados para o atendimento de crianças com problemas mentais e comportamentais, advindos de diferentes tradições

históricas: psicoterapias diversas, como psicanálise e cognitivo-comportamental, orientações e aconselhamentos, formas diversas de estimulação, como fonoaudiologia e terapia ocupacional; tratamentos com forte base pedagógica, etc. Além disso, o tratamento psicofarmacológico, medida relativamente recente, que começou a ser empregada apenas nas últimas seis ou sete décadas, o que tem exercido um papel fundamental no tratamento de crianças.

O período posterior à Segunda Guerra, a partir sobretudo dos anos 1950, assistiu a uma transformação da psiquiatria, com o desenvolvimento da indústria farmacêutica, o que trouxe modificações importantes também na compreensão nosológica dos transtornos mentais. Junto ao crescimento acelerado do uso de psicotrópicos⁵³ desde o chamado *boom farmacológico*, ressurgiu uma nova modalidade de psiquiatria biológica, calcada em uma variedade de hipóteses etiológicas, opondo-as a concepções mais psicodinâmicas.

As teorias fisicalistas sempre ocuparam um lugar importante para o saber psiquiátrico, sendo contudo confrontadas por outros modelos epistemológicos, como a psicanálise e experiências de reforma psiquiátrica. O resgate de uma psiquiatria mais organicista, no século XX, está ligado à ascensão da indústria de psicofármacos e é sintetizado na terceira versão do Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), que trouxe importantes transformações terminológicas e etiológicas. Fenômeno esse compreendido como *psiquiatria biológica* (Russo, Venâncio, 2006). Tal período ganhou contornos mais específicos a partir dos anos 1980/90, quando houve um novo modelo de aparecimento da chamada psiquiatria biológica, com a radicalização da compreensão cerebral dos transtornos mentais.

O momento inicial foi marcado pelo fortalecimento da noção de prevenção, ao mesmo tempo que se deu grande crescimento das indústrias farmacêuticas. A psiquiatria brasileira

⁵³ A palavra psicotrópico se origina do grego *psico* (mente) e *trópico* (atração por). As drogas psicotrópicas são aquelas que atuam sobre o sistema nervoso central e provocam alterações no pensamento. Podem também ser chamados de psicofármacos. Elas são divididas em três grandes tipos: depressoras, estimulantes e perturbadoras da atividade do sistema nervoso central (Centro Brasileiro..., 2013). Dependendo de suas ações e seus efeitos, são categorizados como ansiolíticas, antidepressivas, neurolépticas (ou antipsicóticas), estabilizadores de humor, psicoestimulantes e anticonvulsivantes. As substâncias psicotrópicas são listadas pela Anvisa em A3, B1, B2 e C1, e demandam notificação da receita. Os medicamentos da lista A3 devem ser feitos em receita amarela, os das listas B, em azul, e só podem ser aviadas quando se preencherem informações como identificação do emitente (como profissional ou instituição, endereço do consultório ou residência do prescritor, inscrição no conselho, nome e endereço da instituição, identificação do usuário: nome e endereço); nome do medicamento ou substância, dosagem ou concentração, forma farmacêutica, quantidade e posologia; data de emissão; assinatura do prescritor; identificação do registro. Os medicamentos que compõem a lista A3 são estimulantes do sistema nervoso central; os da B1 são antiepiléticos, indutores do sono, ansiolíticos, antidepressivos, tranquilizantes; os da B2 são anorexígenos; os da C1 são sujeitos a controle especial (antidepressivos, antiparkinsonianos, anticonvulsivantes, antiepiléticos, neurolépticos e anestésicos). Vide Brasil, 1998, e anexo 1.

recebeu grande influência da norte-americana, que através de órgãos oficiais (como a Organização Mundial de Saúde e a Associação Psiquiátrica Americana) passou a difundir mundialmente os ditames de uma psiquiatria mais homogênea, calcada na padronização de parâmetros diagnósticos e na valorização de determinados critérios científicos com base na chamada medicina baseada em evidências. As classificações diagnósticas, revestidas de um suposto aspecto “a-teórico”, e organizadas a partir de especialistas em diferentes lugares do planeta, pasteurizaram a produção diagnóstica e a clínica psiquiátrica. As classificações oficiais neste período apresentaram um aumento significativo de condições diagnósticas, inclusive na infância, campo marcado também pelo crescimento psicofarmacológico, aumentando significativamente o tratamento medicamentoso para essa população.

Foi muito importante neste período a psiquiatria preventiva, sendo a ideia de prevenção ferramenta essencial para a produção de atenção e cuidados na infância, momento propício então para o estabelecimento das bases daquilo que poderá se tornar a doença mental no futuro. Gerald Caplan, ao desenvolver a promissora proposta da Psiquiatria Preventiva, supunha contar com uma “terceira revolução” da psiquiatria. Ao mesmo tempo houve importantes processos de reforma psiquiátrica, sobretudo na Europa e no Brasil, que vieram discutir e resistir ao modelo psiquiátrico tradicional, propondo a formação de uma nova cultura na área e, conseqüentemente, práticas mais libertárias e substitutivas.

Basaglia, por exemplo,

Observa que a prevenção caplaniana serve mais para dilatar o campo da “doença”, e não para reduzi-lo. (...) desnuda suas relações com as estratégias de controle social das chamadas “populações de risco” [tendo sido] a primeira, mais forte e mais competente crítica à Psiquiatria Preventiva – que, paradoxalmente ainda é uma das mais fortes referências e fundamentos das políticas públicas de saúde mental no mundo ocidental, mesmo no Brasil (Amarante, 2005:11).

Basaglia assim se posiciona, ao visitar as experiências supostamente inovadoras da reforma psiquiátrica norte-americana, a qual foi convidado a visitar:

(...) o sistema econômico produz um novo tipo de desadaptação, que ele recupera, criando, em seu nome, uma nova instituição dentro do ciclo produtivo. A prevenção, nesse caso, serve para dilatar o campo da “doença” mais que para reduzi-lo. (...) A pobreza está-se tornando uma indústria aqui. Trata-se de uma obra de colonização interna, com suas

táticas diversas para uma só estratégia: a manutenção do *status quo* econômico geral. O *Welfare*, com o velho sistema assistencial, tenta aliviar a chaga do desemprego, mas ao mesmo tempo enfraquece a força da revolta. Se, depois, a revolta for definida como “doença”, com as instituições destinadas a curá-la, o ciclo estará completo e o sistema ficará protegido de qualquer surpresa, por mais algum tempo. O hospital de luxo para os pobres não é senão a face tolerante do sistema, que inventou um novo meio para sobreviver e um novo objeto a englobar – no mesmo ponto de distância e objetificação – no ciclo produtivo (Basaglia, 1969: 155-6; 158-9).

Esse período, sobretudo a partir da década de 1970, caracterizou-se também pelo fortalecimento de grupos organizados a fim de reivindicar o reconhecimento de diagnósticos e demandar seus respectivos tratamentos, o que inclui o caso da infância. Ao mesmo tempo, a nosografia tende a uma conversão, em que a psicanálise é, em certa medida, “fagocitada” pelos novos parâmetros classificatórios, sendo eliminada em seguida.

Simultaneamente, surgiram também críticas contundentes à indústria farmacêutica. Dentre elas, destacam-se, por exemplo, a análise das implicações éticas do uso dos psicotrópicos, os problemas e insuficiências dos estudos clínicos, a força comercial da indústria farmacêutica e os seus subterfúgios para produzir e vender tais medicamentos; ela tem sido sistematicamente criticada e apontada como um elemento que contribui para o crescimento do uso das medicações e por utilizar inúmeras estratégias de cooptação dos clínicos e criam formas de produzir na sociedade um saber sobre a possibilidade de estar doente, através de propagandas na televisão (mais especificamente no caso norte-americano), recursos na internet, criação de formulários e questionários que estimulam modos de auto-regulação, difusão das doenças e condições de risco, entre outros. Não à toa inúmeros artigos tem discutido os diversos recursos de que a indústria farmacêutica se utiliza a fim de conquistar médicos e residentes com congressos, jantares, viagens e, conseqüentemente, ampliar a sua força de ação e persuasão para aumentar a prescrição medicamentosa (Wazana, 2000). Angell (2010) mostra como a indústria farmacêutica tem cada vez mais influenciado as pesquisas científicas no sentido de promover seus produtos, fazendo crer que os medicamentos de “imitação” (com pequenas transformações em relação aos anteriores, mais seguros e baratos) são realmente inovadores, mesmo quando são inferiores aos mais antigos. Como exemplo, um estudo com base na Argentina relaciona as estratégias de marketing da indústria farmacêutica com a consolidação do diagnóstico de TDA/H no país e com o importante aumento na venda de medilfenidato (Faraone, 2010).

Quanto ao uso de psicotrópicos por crianças e adolescentes, parece haver um grande descompasso entre o seu uso cotidiano, sua necessidade de prescrição e utilização e o conhecimento sobre seus efeitos, como por exemplo a segurança dos mesmos. De acordo com as entrevistas, afirma-se que a decisão pela prescrição de psicotrópicos para crianças é feita apenas em casos extremos, quando se identifica necessidade absoluta. Mas há um contra-ponto a esse uso em situações ditas radicais: a desconhecida relação entre os benefícios e danos causados por tais substâncias, sobretudo os efeitos latentes, ou que só se desvelarão muitos anos depois.

A realização da pesquisa também indica haver um descompasso entre aquilo que os médicos de fato sabem e aquilo que, imbuídos de uma boa dose de fé, transmitem aos pais ou responsáveis pela criança. Ao decidir-se pelo uso de tais ou quais medicamentos, apresenta-se o seu uso como um tratamento seguro, bem estudado e muito provavelmente eficaz, apontando no máximo os efeitos colaterais mais conhecidos que porventura possam surgir. É como se a mera advertência sobre os efeitos colaterais recobrisse a necessidade de uma decisão verdadeiramente conjunta, em que se entende o tratamento como uma medida experimental, inacabada, e passível de erros e consequências. Mas isto veremos de forma mais detalhada no capítulo 5.

Neste capítulo, pretendemos compreender como a prescrição⁵⁴ de psicotrópicos para crianças (e sobretudo para crianças pequenas) é abordada na literatura, mapeando o estado da arte de algumas das principais questões que aparecem em torno desta polêmica, mostrando que as informações são ainda insuficientes a respeito da eficácia e segurança sobretudo a médio e longo prazo. No capítulo seguinte retomaremos esta questão, mas a partir dos depoimentos dos entrevistados.

⁵⁴ A prescrição de medicamentos, no Brasil, pode ser realizada por médicos, cirurgiões dentistas (Brasil, 1966), médicos veterinários (Brasil, 2004a), enfermeiros (Brasil, 1986), farmacêuticos (Conselho Federal de Farmácia, 2013) e nutricionistas (Conselho Federal de Nutricionistas, 2013). Devido ao objeto de nosso estudo e à natureza dos medicamentos prescritos, tomaremos como referência prescritor como sinônimo de médico, e mais especificamente, psiquiatras, neuropediatras e pediatras.

3.1. Este ilustre desconhecido: o psicotrópico, as prescrições e seu uso em crianças

A prescrição de psicotrópicos para crianças de 0 a 5 anos é ainda muito pouco conhecida no Brasil, o que se deduz pela pesquisa em bancos de dados online, como scielo e medline. A literatura internacional, sobretudo norte-americana, tem mostrado a crescente prescrição e utilização de psicotrópicos por crianças menores de 6 anos de idade (Drury, Gleason, 2012; Greenhill, 1998; Connor, 2002; Coyle, 2000; Bufferd et al, 2012; Olfson et al., 2010; Constantine et al., 2011). Zito e colaboradores demonstraram um aumento dramático de psicotrópicos prescritos para crianças de 2 a 4 anos de idade, em planos de saúde norte-americanos, entre 1991 e 1995 (Zito et al, 2000), e quase o dobro de prescrições de psicotrópicos para crianças da mesma faixa etária entre 1995 e 2001, sobretudo estimulantes, antipsicóticos e antidepressivos (Zito et al, 2007)⁵⁵.

Uma revisão de literatura concluiu, com base em estudos realizados nos Estados Unidos, Canadá, França e Alemanha, que tem havido um aumento na prescrição de psicotrópicos para crianças pré-escolares, e que parte importante dessa prática se deve a generalistas e pediatras (Minde, 1998).

Um pesquisa realizada dos Estados Unidos em 2014 estimou o uso de medicamentos para o tratamento de déficit de atenção e hiperatividade em pelo menos 10 mil crianças de 2 e 3 anos de idade. Tal fato chama a atenção até mesmo de clínicos e pesquisadores muito voltados à medicina baseada em evidências, pois estes apontam para a insuficiência de dados sobre o uso para tal faixa etária, os riscos que podem daí advir, e uma série de recomendações e diretrizes sobre a necessidade de utilizar diferentes métodos psicoterápicos e intervenções familiares

⁵⁵Os sujeitos faziam parte de 3 diferentes planos de saúde norte-americanos – um plano de saúde privado e 2 programas de Medicaid (programa governamental que paga seguro de saúde para a população de baixa renda). O uso de metilfenidato aumentou respectivamente em 1,7 vez, 3 vezes e 3,1 vezes em cada um dos programas, e também houve o aumento de outros estimulantes, antidepressivos e clonidina (Zito et al., 2000). Um estudo baseado em aproximadamente 275 mil crianças entre 2 e 4 anos, atendidas pelo Medicaid de 7 estados norte-americanos, concluiu que em 2001, cerca de 2,3% da amostra recebeu medicação psicotrópica, o que representa quase o dobro das prescrições de 1995. Houve um aumento significativo de medicamentos prescritos para transtornos mentais e comportamentais – estimulantes, antipsicóticos e antidepressivos; mas manteve-se estável a prescrição dos usados para outras condições médicas, como ansiolíticos/sedativos/hipnóticos e anticonvulsivantes (Zito et al., 2007). Outra pesquisa mostrou que a prescrição de antipsicóticos para crianças entre 2 e 5 anos de idade em planos privados de saúde quase dobrou nos períodos entre 1999-2001 e 2007. E os diagnósticos mais comuns para os quais se prescreveram tais medicamentos foram transtornos invasivos do desenvolvimento ou retardo mental (28,2%), seguido de TDAH (23,7%) e transtorno disruptivo de comportamento (12,9%) (Olfson et al., 2010). Outro estudo indicou que metade dentre as crianças menores de 6 anos atendidas pelo Medicaid da Flórida havia recebido o diagnóstico de TDAH e cerca de 18% o diagnóstico de transtornos de comportamento disruptivo, e 83% das crianças que tinham recebido algum destes diagnósticos usou algum medicamento psicotrópico (Constantine et al, 2011).

antes de optar pela prescrição de psicoestimulantes (Schwarz, 2014). Estaríamos os brasileiros imunes a este tipo de epidemia?

Certamente não podemos concluir que a situação brasileira reflita as publicações de outros países. Ainda que não se possa extrapolar sem críticas os dados norte-americanos para a realidade nacional, eles servem como um ponto-de-partida para refletirmos sobre os dados brasileiros. As informações oficiais de prevalência realizadas nos Estados Unidos são “a fonte mais utilizada pelos meios de comunicação e por pesquisadores ao informar sobre a prevalência do transtorno também em países latino-americanos” (Iritart, Iglisias Ríos, 2012:1013).

Mas a importância do tema, junto com a aparente inexistência desse tipo de dados sobre o Brasil, só contribui para a necessidade de mais estudos que identifiquem a realidade nacional quanto ao tratamento psicofarmacológico das crianças pequenas. Torna-se necessário que sejam feitas no Brasil mais pesquisas sobre a prescrição de psicotrópicos na primeira infância. O tema parece não ter repercutido muito em nosso país, pois sobre ele existem poucos estudos publicados em revistas brasileiras. E quando aparecem, muitas vezes reproduzem os conhecimentos supostamente consolidados no exterior, confirmando a naturalização do aumento da prevalência de tais transtornos.

A falta de publicações escamoteia as práticas clínicas e os hábitos de prescrição de psicotrópicos para crianças pequenas, deixando-nos o enigma de quais prescrições ocorrem, em que medida aumentam e diminuem, a expectativas dos pais, cuidadores ou educadores, o perfil da população que os utiliza, a relação entre os diagnósticos e os medicamentos, que motivações e fontes de informações orientam o prescritor, a frequência do uso, o monitoramento de seus possíveis efeitos colaterais; especialidades médicas que mais comumente prescrevem, bases teóricas e evidências que orientam tais prescrições, o uso combinado de outras terapias, estudos de follow-up de benefícios e prejuízos, que classificações diagnósticas sustentam as decisões do prescritor, diferenças entre sistemas de saúde, regiões, etnias etc. Abre-se então, um leque de possibilidades de realização de pesquisas que possam dar um panorama do uso de psicotrópicos em crianças pequenas no Brasil.

Mas outras informações colaboram para o entendimento de que esta questão precisa ser debatida e melhor compreendida – ressalte-se o uso crescente de metilfenidato, substância usualmente ligada ao tratamento de pessoas diagnosticadas com TDAH, muitas das quais crianças (Itaborahy, 2009; Agência..., 2012). No entanto, pesquisas ou dados oficiais não mostram o uso deste estimulante ou outros medicamentos por faixa etária, tampouco para crianças menores de 6 anos de idade.

A literatura demonstra, contudo, o alto consumo de medicamentos de outras categorias, por crianças, no Brasil (Cruz et. al, 2014)⁵⁶. Uma revisão sistemática sobre reações adversas a diversos medicamentos pediátricos (não psicofármacos) mostrou que há poucos estudos sobre o tema na América Latina. Apontou também que “as reações adversas em crianças hospitalizadas são mais frequentes nas prescrições de medicamentos sem registro (*unlicensed*) ou para indicações não aprovadas (*off-label*) em comparação com o uso de medicamentos registrados e conforme a indicação” (Santos, Coelho, 2004:347).

Além disso, tais práticas trazem implicações importantes na vida dos indivíduos e seus familiares. O uso dos medicamentos pode ou não ser racional, o diagnóstico pode resultar em estigma social, ocorrem modificações importantes no comportamento das crianças diagnosticadas e tratadas. Além disso, a um só tempo refletem e produzem modificações sociais importantes, e tem impactos sobre as concepções de comportamentos esperados, de acordo com os padrões sociais mais preponderantes.

Por um lado, a prevalência dos transtornos parece espelhar uma maior inclusão de critérios e categorias diagnósticas para a infância, que vem crescendo de forma significativa no CID e principalmente no DSM, nas últimas décadas⁵⁷. Por outro, o uso de tais medicamentos vem acompanhado de estudos ainda bastante inconclusivos sobre os seus riscos, benefícios e efeitos colaterais; ou o tempo de coorte é muito estreito, de modo que pouco se conhece sobre o efeito do uso com o passar dos anos.

Uma pesquisa recente realizada pelo Ministério da Saúde é exemplar nesse sentido. Foi feita uma análise de estudos sobre os efeitos da risperidona para sintomas associados ao autismo. Mesmo nas pesquisas longitudinais, o tempo considerado como *longo prazo* nunca ultrapassou seis meses, mostrando as limitações dos estudos e do acompanhamento a longo prazo (Brasil, 2014).

Os dados de prescrição, sobretudo de serviços públicos, são bastante pulverizados e não centralizados. A Anvisa reúne informações sobre farmácias privadas, mas não recebe necessariamente informações sobre as prescrições e dispensações de farmácias de serviços

⁵⁶ Ao considerar as altas taxas de consumo de medicamentos por criança no Brasil, foi feita esta pesquisa populacional no Vale do Jequitinhonha, concluindo que 56,57% das crianças da região escolhida haviam feito uso de medicamentos nos últimos 15 dias.

⁵⁷ Conrad e Leiter afirmam que "a medicalização estreita a definição de saúde e alarga a definição de doença" (2004:171). Rosenberg exemplifica a expansão das fronteiras do que se entende como patológico, analisando o DSM, que se desenvolveu de seu formato modesto original - de "cem páginas encadernadas em espiral, com capa mole, de 1952 e 1968 - para o livro poderoso atual (com seus numerosos epítomes, auxílios visuais e comentários)" (Rosemberg, 2006:417).

públicos, de forma que há uma lacuna importante de informações nesse sentido. Segundo Caliman e Domitrovic (2013), em relação à dispensa pública do metilfenidato,

(...) os estudos da ANVISA se baseiam em relatórios gerados pelo SNGPC⁵⁸, que consiste em um sistema informatizado alimentado por farmácias privadas de todo país. Desta forma, nesses estudos não comparece a questão da dispensação pública, cujo rastreamento e avaliação não têm sido feitos de forma sistematizada pela ANVISA. Além disso, a literatura científica brasileira sobre o medicamento não diferencia o consumo via particular de sua dispensação pública” (p. 886).

Desta forma, até que haja uma maior centralidade nas informações sobre a prescrição e a dispensação de medicamentos com receita controlada nos serviços públicos e privados, haverá grandes dificuldades em obter dados mais precisos dos hábitos brasileiros neste sentido.

A partir deste contexto, pretendemos discutir algumas questões sobre a prescrição e o uso de psicotrópicos em crianças, sobretudo na primeira infância. Os principais pontos abordados foram os processos conhecidos como a *epidemia de doença mental* (Angell, 2012) e *inflação diagnóstica* (Frances, 2013), sobretudo na infância; a caracterização do uso *off label* dos medicamentos para esta população; os riscos e problemas da heterogeneidade das prescrições e da polipsicofarmacologia nestes casos; as etapas de pesquisa que caracterizam estas situações; e as implicações éticas na decisão de medicação e na relação entre os prescritores e os responsáveis pelas crianças.

3.2 A *epidemia de doença mental* e a *inflação diagnóstica* na infância

Os números são alarmantes. Segundo a Organização Mundial de Saúde, até 20% de crianças e adolescentes, mundialmente, apresentam transtornos mentais incapacitantes (World..., 2003). Pesquisas realizadas em diferentes lugares do mundo apontam que, em amostras comunitárias, cerca de um quarto de crianças e adolescentes encontram critério para transtornos mentais segundo o DSM, ao longo dos últimos 12 meses, e cerca de um terço apresentam sintomas ao longo da vida (Merikangas et al, 2009). Os dados não são, contudo, hegemônicos. Estudos populacionais em diferentes lugares do mundo revelam uma variação de 1% a 51%, mais

⁵⁸ Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados

comumente com taxas entre 9% e 16% em países desenvolvidos e entre 15% e 21% na América Latina e no Caribe (Feitosa et al, 2011). Parece haver uma grande variação entre as taxas de prevalência apontadas por diferentes estudos sobre problemas considerados de transtornos psiquiátricos na infância e na adolescência, divergência essa podendo ir de 5% a 50% (Fleitlich, Goodman, 2000)⁵⁹.

Os dados oficiais brasileiros são igualmente impressionantes. Um documento do Ministério da Saúde revela que entre 10% e 20% de crianças e adolescentes sofrem de transtornos mentais, e que de 3% a 4% destes precisariam de tratamento intensivo (Brasil, 2005). Isso não significa um número de pequena monta, uma vez que a população de crianças e adolescentes no Brasil é algo em torno de 63 milhões (Instituto Brasileiro..., 2013)⁶⁰. Isso significa que, de acordo com esses critérios, em uma escola brasileira, uma turma de 40 alunos deve ter, em média, de 4 a 8 crianças com transtornos mentais – e isto é diferente de afirmar que tais crianças estão passando por problemas comportamentais ou enfrentam condições de sofrimento.

Não só as prevalências são significativas, como também elas vem aumentando nas últimas décadas (Roberts et al., 1998; Brauner, Stephens, 2006). Talvez nós estejamos testemunhando o que Angell (2012) chamou de *epidemia de doença mental* ou um processo de *inflação diagnóstica* (Frances, 2013), inclusive na infância. Nos Estados Unidos, entre 1987 e 2007, houve o aumento de quase 2,5 vezes de pessoas incapacitadas por transtornos mentais. Isso leva Angell (2012) a questionar-se se a preponderância das doenças mentais sobre as doenças físicas é realmente alta, crescendo significativamente, ou se ampliamos os critérios para a classificação de certas condições. Mostra dados de como essa suposta epidemia é ainda mais impressionante em relação a crianças – cerca de 35 vezes no mesmo período. Há mais crianças incapacitadas por transtornos mentais nos EUA do que por condições como paralisia cerebral ou síndrome de Down (Angell, 2012). Já Frances refere-se ao aumento significativo de classificações psiquiátricas nos últimos anos, ampliando o número destas condições no DSM, com o correspondente aumento da população diagnosticada por diversas condições (Frances, 2013).

Tem aumentado o número de diagnósticos catalogados por classificações diagnósticas como a CID⁶¹ e o DSM nas últimas décadas. Alguns estudos mostram a tendência de aumento

⁵⁹ Para revisão de uma série de pesquisas que relacionam dados epidemiológicos de saúde mental na infância com a percepção de pediatras na atenção básica, vide Lauridsen-Ribeiro, Tanaka, 2005.

⁶⁰ Apesar do processo de transição demográfica, a proporção de crianças e adolescentes no Brasil continua alta. Os dados do IBGE de 2010 revelam que a população entre 0 e 14 anos representava cerca de 24% da população geral, e aquela situada entre 0 e 19 anos se aproximava do número de 63 milhões, o que representa cerca de 33% da população total.

⁶¹ As duas mais conhecidas classificações de doenças - a CID e o DSM, organizadas respectivamente pela

de prevalência de doenças, antes consideradas típicas de outras faixas etárias, também na primeira infância. É o caso, por exemplo, do transtorno bipolar de humor (Merikangas et al, 2009), anteriormente vista como uma doença tipicamente de adultos. A partir da década de 2000, não somente houve uma expansão dos critérios diagnósticos para essa faixa etária, como se tem considerado mesmo a possibilidade de realizar diagnóstico *in utero* (Healy, Le Noury, 2007). Já o TDAH, diagnóstico antes voltado para crianças em idade escolar (Zito et al., 2000; DeBar, 2003; Parens, Johnston, 2010), tem sido considerada uma doença crônica, demandando identificação e tratamento precoces (Dias, Barbirato, 2012)

Uma pesquisa populacional realizada no Brasil pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), a partir de 2002, com base em entrevistas com mães de crianças de 6 a 17 anos de idade, concluiu que “12,6% das mães entrevistadas relataram ter um filho com sintomas de *transtorno mental importante* ao ponto de necessitar tratamento” (Associação Brasileira..., 2014, grifo nosso)⁶².

Ainda que órgãos oficiais como a Organização Mundial de Saúde e o Ministério da Saúde enfatizem o uso racional dos medicamentos e a preferência por tratamentos psicoterápicos e não farmacológicos (World..., 2003; Brasil, 2005), as altas prevalências dos ditos transtornos mentais na infância abrem brecha para uma intervenção prioritariamente farmacológica.

Mas é possível uma análise crítica e radical desse possível aumento de diagnósticos no decorrer das últimas décadas. A diferença metodológica não é simplesmente produto da técnica, mas tem cunho sobretudo ideológico. Os critérios sociais que delimitam a diferenciação entre a saúde e a doença se tornaram mais abrangentes, no sentido de que mais comportamentos têm sido compreendidos a partir do paradigma da psiquiatria. As classificações diagnósticas ao mesmo tempo refletem e reproduzem uma determinada concepção de saúde e de doença mental.

Desta maneira, a noção de medicalização permite que duvidemos do aumento da prevalência de transtornos mentais, inclusive na infância, fenômeno que tem sido identificado

Organização Mundial de Saúde e Associação Americana de Psiquiatria, exercem forte influência sobre os diagnósticos médicos em todo o mundo, e ambas tem passado por um processo importante de transformação, com discussão e revisão de muitos diagnósticos. De acordo com a página na internet, o DSM tem sido sistematicamente revisado desde sua primeira versão, em 1952. E que nas últimas duas décadas, novas descobertas em neurologia, genética e ciências do comportamento tem expandido a compreensão das doenças mentais, sendo necessária a revisão dos diagnósticos listados. A página afirma que a revisão do DSM se guiou em quatro princípios: a necessidade da sua utilidade clínica; a evidência científica como base para as recomendações; a continuidade com as edições anteriores, quando possível; e que não deve haver restrições a priori quanto à quantidade de mudanças permitidas entre o DSM-IV e o DSM-5.

⁶² Outras pesquisas epidemiológicas populacionais brasileiras sobre prevalência de transtornos mentais na infância e adolescência, são, por exemplo, as de Almeida-Filho, 1984; Brito et al. 1995; Pinheiro et al., 2007; Paula et al., 2007; Fontana et al., 2007.

em diferentes lugares do mundo (World..., 2003). Dúvida aqui no sentido cartesiano, de deixar em suspenso a certeza daquilo que parece indubitável (Japiassú, Marcondes, 2001). Muitos autores vêm questionando a naturalização destes dados, da mesma forma que atentam para a gravidade deste fenômeno – o aumento na prevalência de transtornos mentais não deve ser entendido simplesmente como o reflexo da identificação das doenças na comunidade (Angell, 2012; Frances, 2013); mas como um processo de fabricação de doenças (Moynihan, Henry, 2006), uma vez que certo comportamento pode ganhar estatuto de patologia dependendo do contexto e dos interesses sociais envolvidos.

Outros aspectos também constituem particularidades do campo: um deles é o processo de expansão de diagnósticos para faixas etárias diferentes daquelas originalmente atribuídas – o que permite uma reinterpretação dos fatos e da trajetória de vida do indivíduo a partir do aparecimento de um dado diagnóstico e também do seu respectivo tratamento⁶³ (Hacking, 2000), gerando um “*looping* classificatório”, em que a classificação científica influencia o sujeito classificado, ao mesmo tempo que estes interferem na modificação das classificações (Benzato, Zorzanelli, 2014). Somam-se a isso os conceitos de prevenção e risco, inerentes na compreensão do comportamento na infância e a necessidade de tratá-la, pensando nas consequências negativas do suposto curso natural da doença.

A questão do risco é fundamental para a análise da questão dos diagnósticos e tratamentos das crianças. Um dos sentidos atribuídos a esta expressão polissêmica diz respeito à probabilidade de um evento nocivo ocorrer. Na tradição epistemológica, procura-se identificar elementos (físicos, genéticos, ambientais, culturais, etc.) associados a condições maléficas – como doenças, por exemplo. Foi sobretudo nas últimas décadas que esta tradição epistemológica, a princípio por motivos econômicos, dedicou-se sobre o controle destes riscos a partir de uma abordagem individualizada. Tornou-se necessário gerir condições de risco a partir de ações preventivas, como, por exemplo, a adoção de estilos de vida mais saudáveis. Forma de medicalização que não se restringe unicamente às práticas e tecnologias biomédicas,

⁶³ Hacking mostra como o interesse sobre a memória tornou-se central a partir do século XIX, estudando o caso do diagnóstico da múltipla personalidade, que se tornou uma espécie de epidemia nos Estados Unidos durante a década de 80. Houve uma ruptura no movimento dos defensores do diagnóstico (incluindo psicólogos, pacientes, familiares) em torno daquilo que se lembrava a partir do estabelecimento do diagnóstico e mais especialmente a partir das terapias realizadas. Como forma de justificar o surgimento dos *alters* (personalidades distintas que se manifestavam através de uma única pessoa), os pacientes passaram a se recordar de situações de abuso sexual na infância, geradas sobretudo em rituais satânicos. Isto gerou grande dissensões, uma vez que se duvidava de número tão alto de situações como esta, rodeadas de detalhes floridos e aparentemente falsos. O caso da múltipla personalidade é um exemplo de como o estabelecimento de um diagnóstico, e, mais do que isso, o tratamento empregado, podem provocar o surgimento de memórias e da ressignificação do passado (Hacking, 2000).

mas que pressupõe condições de auto-controle e de cuidado de si que permitam diminuir, preventivamente, condições que virtualmente podem levar a doenças e agravos à saúde (Castiel et al., 2010).

Isso se reflete, por exemplo, nos cuidados com a infância e a todas as formas de prevenção possíveis, evitando-se danos futuros. Isto se mostrou claro nas entrevistas quando se comentou, por exemplo, sobre o tratamento feito no momento para se evitar problemas laborais no futuro ou a piora do quadro apresentado quando na vida adulta, evitando-se supostos processos de cronificação.

De fato, a biopolítica produz indivíduos autônomos, contando com o dispositivo de segurança/risco. Em vez da proibição, há o estabelecimento de médias (com base em comportamentos populacionais), longe das quais os riscos parecem mais graves e menos toleráveis (Doron, 2007b). A infância parece portar, então, elementos fundamentais para um projeto de prevenção de riscos, momento também privilegiado para a formação de um poder-saber voltado para o próprio corpo, e marcado por um ideal de vida saudável, formado contudo a partir de médias populacionais.

Em suma, o provável aumento da prescrição e uso de psicotrópicos em crianças, em diferentes lugares do mundo, não deve ser tomado como um simples reflexo do maior acesso da população a serviços de saúde ou como maior acurácia em identificar transtornos antes não identificados; tal relação tem a ver com uma formulação social, de base fortemente cultural e epistemológica, e que tem importantes implicações e consequências nas terapêuticas empregadas, sobretudo farmacológicas.

Há discussões acaloradas sobre a pertinência desta crítica – observe-se a resposta do site TDAH à suposta acusação de que esta condição seria uma “doença inventada”⁶⁴, o que nos leva

⁶⁴“Por que algumas pessoas insistem que o TDAH não existe? Pelas mais variadas razões, desde inocência e falta de formação científica até mesmo má-fé. Alguns chegam a afirmar que ‘o TDAH não existe’, é uma ‘invenção’ médica ou da indústria farmacêutica, para terem lucros com o tratamento.

No primeiro caso se incluem todos aqueles profissionais que nunca publicaram qualquer pesquisa demonstrando o que eles afirmam categoricamente e não fazem parte de nenhum grupo científico. Quando questionados, falam em ‘experiência pessoal’ ou então relatam casos que somente eles conhecem porque nunca foram publicados em revistas especializadas. Muitos escrevem livros ou têm sítios na Internet, mas nunca apresentaram seus ‘resultados’ em congressos ou publicaram em revistas científicas, para que os demais possam julgar a veracidade do que dizem. Os segundos são aqueles que pretendem ‘vender’ alguma forma de tratamento diferente daquilo que é atualmente preconizado, alegando que somente eles podem tratar de modo correto.

Tanto os primeiros quanto os segundos afirmam que o tratamento do TDAH com medicamentos causa consequências terríveis. Quando a literatura científica é pesquisada, nada daquilo que eles afirmam é encontrado em qualquer pesquisa em qualquer país do mundo. Esta é a principal característica destes indivíduos: apesar de

a lembrar diferentes aspectos: em primeiro lugar, que há formas de se justificar a suposta natureza de dados transtornos a partir de sua permanência histórica e temporal, a partir de critérios mais de processos de linearidade do que de descontinuidade; que este processo social de mudança de parâmetros clínicos e diagnósticos não se dá exclusivamente no contexto das chamadas doenças mentais e comportamentais, ou do campo da psiquiatria; aponta também para o problema da falsa dicotomia entre doenças verdadeiras e falsas; e, finalmente, esta discussão mostra que há um processo em que a construção de médias estatísticas se torna referência de verdade.

a) Crítica à natureza a-histórica dos transtornos mentais como entidades ontológicas

Uma das formas de se atribuir legitimidade a um fenômeno é buscar suas raízes históricas, procurando mostrar que tal fenômeno sempre existiu: se algo já existia, não pode ser novo. É comum que se busquem condições registradas no passado a fim de justificar a regularidade e a continuidade histórica de determinadas doenças, legitimando-as como entidades ontológicas e atemporais. A literatura tem indicado alguns antecedentes históricos daquilo que hoje se entende como TDAH, em registros que datam desde o século XVIII. Um exemplo é interpretação do trabalho do médico alemão Heinrich Hoffmann, que no Natal de 1844 apresentou seu filho de 3 anos de idade com um livro de sua autoria, em que conta, em forma de poesia, diversas histórias com um fundo moral e com base no mau comportamento de algumas crianças (Hoffmann et al. 2000). Comportamentos que são traduzidos, atualmente, como sintomas do TDAH (Rohde, Halpern 2004; Lange et al. 2010).

Der Struwwelpeter traz uma série de crianças que tiveram fins fatídicos ao experimentar atitudes inadequadas – Friederich, que gostava de matar passáros e quebrar cadeiras, acabou ferido pelo cachorro. Pauline, ao acender um fósforo na ausência de seus pais, virou um monte de cinzas. Wilhelm, Ludovic e Kaspar, por fazerem pilhéria de um menino negro, foram mergulhados na tinta preta, acabando “mais pretos que ele”. Conrad, por chupar os dedos, teve os dedos cortados pela tesoura do alfaiate.

Tentativa, portanto, de entender a existência do TDAH como um fenômeno antigo, o que justifica a existência da doença *per se*, algo que não pode ser confundido com um mero comportamento desviante – o que na infância tem o caráter de traquinice, levadice, manha, etc.

terem uma ‘aparência’ de cientistas ou pesquisadores, jamais publicaram nada que comprovasse o que dizem” (Associação Brasileira do Déficit..., 2013).

É interessante notar como um fenômeno típico da infância se tornou objeto de intervenção médica, ou melhor, como para justificar a necessidade de se tratar determinado comportamento, foi preciso buscar suas origens históricas e entender que não se trata de um fenômeno “inventado”.

Mas critérios outrora tomados como fundamentais para a construção de um saber nosográfico se tornam desimportantes em outro período ou contexto histórico. Note-se, de forma ilustrativa, como as noções de onanismo ou onicofagia, tão centrais para muitos alienistas, tornaram-se meros sintomas ou critérios marginais das principais classificações atualmente. Por exemplo, para Auguste Voisin, assim como para muitos alienistas da época, o onanismo constituía mais do que um simples sintoma das doenças mentais ou nervosas. Era mesmo uma de suas causas principais, pois predisposição inata ou adquirida, e que exercia um papel fundamental sobretudo na chamada loucura parcial:

(...) não falo somente de hereditariedade, mas também desta predisposição mórbida, em que as crianças podem ter uma simples inflamação na garganta, um ligeiro mal-estar gástrico sem apresentar delírio. As causas mais frequentes são, em primeiro lugar, o onanismo, hábito deplorável e frequentemente enraizado na criança, seja por tendência natural, seja por hábitos adquiridos. (...) O onanismo pode determinar ainda atos de cólera, de raiva, que duram muitos dias, e nos quais as crianças parecem furiosas, rangem os dentes, se machucam, se mordem, correm a torto e a direito, batem nas outras crianças, rolam no chão (Voisin, 1883:199-200; 206, trad. livre).

Já para Bourneville, dentre os 209 meninos imbecis e instáveis válidos na seção infantil de Bicêtre em 1893, 30 apresentavam pelo menos uma das seguintes classificações: tem onicofagia, são “arrancadores de unhas” ou são comedores de canetas-tinteiro, classificações estas insignificantes do ponto de vista atual (Bourneville, 1894). Critérios que hoje já não têm um valor classificatório importante. Isto não quer dizer que não haja ninguém que não coma canetas (nem mesmo canetas-tinteiro, uma vez que na França ainda é comum usá-las), mas isso não quer dizer que haja qualquer destaque para esta classificação. Além disso, naquele contexto, o tratamento empregado tinha em grande conta o *tratamento e a educação da digestão*, incluindo o tipo e textura dos alimentos, o processo de mastigação, deglutição, salivação, digestão estomacal, defecação etc. (Bourneville, 1895), de fato que essa possível disfunção alimentar ganhava destaque frente a outros comportamentos, hoje mais valorizados.

Mas como afirmou Foucault, “todos os objetos do discurso psicopatológico foram modificados desde Pinel ou Esquirol até Bleuler: não se trata das mesmas doenças, não se trata dos mesmos loucos” (Foucault, 2010:36). É o que se chama, então, de identidade e a persistência dos temas.

Na tentativa de encontrar coerências nos discursos, é comum que as análises históricas recaiam em generalizações impróprias, buscando encontrar conjuntos que se revelam e se mantêm – a partir, por exemplo, da consistência e da repetição de um determinado tema, do conjunto da obra de um autor, formas e estilos similares que se reproduzem a partir do estilo de alguns autores em um determinado período histórico, etc. Muito embora não se possa abandonar de forma absoluta qualquer aproximação e generalização, Foucault alerta sobre os perigos que residem em insistir em continuidades históricas quando há rupturas, limiares, incoerências nos discursos, atropelando-os como se houvesse menos verdades ali do que nos discursos homogêneos, coerentes etc. É preciso, para isto, suspender qualquer conceito dado, entendendo que não é possível analisar determinados discursos de forma hermética, sob o risco de se eliminar quaisquer sutilezas, ambiguidades, incoerências na construção do saber (Foucault, 2008).

Em relação ao TDAH na contemporaneidade, não se pode dizer que é novidade a presença de crianças inquietas, com dificuldades de acompanhar as aulas, etc., mas o fator social e o tipo de demandas que se tem a respeito da produtividade e da disciplina da criança, somado a outros fatores de ordem social e escolar, contribuem para a construção da importância de um diagnóstico bem estabelecido em torno destes critérios.

b) Transformações de critérios clínicos e diagnósticos em geral, não exclusivos da psiquiatria

Sobre o processo de transformação social em torno dos diagnósticos, atuais ou virtuais, e a importância do exame das condições de risco, é preciso marcar mais uma vez que isso não é um predicado exclusivo da psiquiatria. Uma pesquisa, por exemplo, mostra as maneiras pelas quais algumas condições assintomáticas ganharam estatuto de diagnóstico e condições de risco, com as respectivas orientações de tratamento. Apresenta, a partir de três situações e seus respectivos tratamentos medicamentosos, como se construiu essa relação muito íntima entre os medicamentos e os transtornos, o risco e diagnóstico, a medicina e o mercado. Usa os casos das relações entre a hipertensão e a clorotiazida, a diabetes (e sobretudo a pré-diabetes) e a

tolbutamida, e a colesterolemia e a lovastatina, mostrando como as modificações nas taxas-padrão nas últimas décadas contribuíram de forma significativa para a identificação de doenças e, mais ainda, em condições de risco para tais, aumentando-se significativamente o número de pessoas tratadas, ainda que assintomáticas (Greene, 2007).

A transição entre o tratamento de doenças infecciosas para doenças crônicas se deu com o desenvolvimento da indústria farmacêutica a partir da década de 1950, quando notou-se que o investimento em condições crônicas era mais rentoso do que aquele no tratamento das infecções, que eliminavam as doenças e concluía o uso do medicamento com o fim da condição. O mercado e a epidemiologia se fundiram, a partir de então, proclamando a “doutrina contemporânea da prevenção farmacêutica” (idem:3). De acordo com esse texto, na medicina há registros muito antigos de sinais detectados pelos médicos que não correspondiam a sintomas trazidos pelos pacientes, mas que permitiam identificar possíveis doenças. Mas foi somente na segunda metade do século XX que teve início uma prática completamente nova, caracterizada por ser externa a médicos e pacientes, e totalmente baseada em identificações numéricas que passam a definir, de modo supostamente objetivo e sem base em sintomas ou sinais, aquelas condições que se convencionou chamar de patologias, além de um mecanismo também inteiramente novo de se lidar com as condições de risco orientadas por esses parâmetros numéricos de dosagens no sangue, por exemplo.

Nesse sentido, tem havido, não só na psiquiatria mas como na medicina como um todo, uma espécie de “metamorfose do corpo”, em que a experiência clínica tem sido substituída por medidas supostamente objetivas alheias ao paciente. Essa mutação diminui a importância da relação do doente em sua experiência com o seu corpo, contando com a mediação da redução a “elementos impessoais e infra-sensíveis como os genes ou taxas variáveis de elementos químicos” (Doron, 2007a:7, trad. livre)

c) A falsa dicotomia entre doenças verdadeiras e falsas

Benzato e Zorzanelli (2014) mostram como existem, de forma genérica, dois posicionamentos a respeito da compreensão dos transtornos mentais. Para uns, eles são tipos naturais, prontos a ser desvendados; para outros, são o produto de construtos sociais. Uma das formas de superar essa falsa dicotomia entre transtornos verdadeiros ou construídos é ter em mente a noção daquilo que eles mostram como classificação como tipos práticos. Em linhas gerais, não existem condições humanas descorporificadas. No entanto, as classificações e

recortes realizados não se dão de acordo com uma entidade ontológica, anterior a qualquer classificação, esperando ser encontradas e classificadas “corretamente”. As classificações são construídas socialmente, de acordo com a ênfase e a importância dada a determinadas organizações em detrimento das outras.

d) Parâmetros científicos e médias estatísticas como valores de verdade

Em certa medida, os processos de avaliação são mais próprios às práticas de governo do que a uma exigência interna da ciência. Há dois espaços epistemológicos distintos, um pertencente à clínica e outro às pesquisas científicas. O que acontece regularmente, como uma exigência de nosso tempo, é uma imposição das questões inerentes às segundas e que não correspondem, necessariamente, às dúvidas e questões surgidas na clínica, exigência da medicina baseada em evidências. Desta forma, pode-se dizer que

A psiquiatria não é simplesmente, nem mesmo fundamentalmente, uma ciência, com suas regras internas de produção do verdadeiro/falso; ela é sobretudo uma prática de “governabilidade”, no sentido amplo que Foucault deu a esse termo, quer dizer, um conjunto de regras de conduta, de tomada de responsabilidade, de transformação de si e dos outros, todo um conjunto de procedimentos que permitem dirigir os outros e dirigir a si mesmo (Doron, 2009:138, tradução livre).

Na sequência desse raciocínio, e como uma crítica à obrigatoriedade da subjugação da clínica à pesquisa, considera:

Alguns partem do postulado que, para que uma prática seja “cientificamente” provada como mais eficaz, então se segue que essa verdade científica *obriga* absolutamente a adoção dessa prática ao nível clínico. (...) o clínico tem uma *obrigação* de fundamentar sua prática sobre os resultados da ciência validadas pelos procedimentos de pesquisa, e se não o faz, deve assumir sua responsabilidade moral ou mesmo legal. Mas essa ligação é evidente? *O verdadeiro no sentido científico*, válido segundo os critérios da ciência, vale *necessariamente*, se impõe *necessariamente* quando estamos lidando com alguma coisa como uma prática de governabilidade, aqui uma tomada de responsabilidade clínica? (...) o princípio segundo o qual a governabilidade de um indivíduo ou de uma população deve ter como regra fundamental a verdade científica, a validade verdadeira segundo os procedimentos da pesquisa, é extremamente contestável, e pode, no mínimo ser objeto de debate: muitos outros elementos são levados em consideração, e são perfeitamente legítimos, quando não se trata de um enunciado científico mas de uma *technè* no sentido em que Canguilhem afirma que a medicina é uma

technè, uma arte de vigiar e de governar os homens tendo em vista a saúde que lhes é própria (Doron, 2009:138-9, trad. livre).

Mostra como a avaliação da eficácia é um princípio guiado na maior parte das vezes pela racionalidade de governo mais do que como uma necessidade intrínseca à ciência. Mais do que isso, que as perguntas colocadas para a ciência e que fundamentam os avanços da ciência baseada em evidências são perguntas muitas vezes alheias às necessidades da prática clínica, às dúvidas e necessidades que esta impõe. Há, portanto, uma dissimetria habitual entre aquilo que se pesquisa e aquilo que se coloca como desafios à prática clínica. Se para a boa execução da experiência de pesquisa é necessário isolar as condições ditas fundamentais, refutando todas as contingências, são essas mesmas contingências se se estabelecem de forma fundamental na prática clínica – como a relação entre o terapeuta e o paciente, a impossibilidade de se sistematizar os tempos e processos terapêuticos, a possibilidade de transformação e adaptação entre as partes, entre outros. Em outras palavras: ainda que se definam muito bem as condições de “provas” da medicina baseada em evidências – condições essas muito particulares da pesquisa – o que ocorre é justamente o contrário: os fatos são profundamente artificiais. Ao escolher a estatística como referência de verdade, a psiquiatria adota as similaridades, as recorrências, e deixa de lado justamente o caráter privilegiado de sua ação – o estudo do caso, as particularidades. Como pode a ciência, ao estudar fenômenos clínicos, deixá-los justamente de lado? (Doron, 2009).

3.3 O uso *off label* dos medicamentos psicotrópicos na infância

Uma parte significativa dos medicamentos psicotrópicos não é aprovada pela Anvisa para o uso em crianças, e quando o é, raramente para crianças menores de 6 anos de idade⁶⁵, devido à insuficiência de estudos de eficácia e segurança para essa faixa etária. Há exceções, como a carbamazepina, podendo ser usado em crianças inclusive com menos de 1 ano de idade. Dentre aquelas substâncias citadas pelos entrevistados, por exemplo, a fluoxetina é contra-indicada para pessoas com menos de 18 anos. O metilfenidato é indicado a partir de 6 anos. O uso da

⁶⁵ Na literatura específica sobre ensaios clínicos com crianças, os diferentes grupos etários tem variações. Alguns trabalhos podem considerar crianças de 2 a 5 anos; outros, do nascimento até os 6 anos; outros, crianças e adolescentes até os 18 anos etc.

periciazinha é recomendado a partir de 3 anos de idade. O topiramato não apresenta restrições de acordo com a faixa etária, sem idade mínima para uso. A lamotrigina é recomendada para crianças a partir de 12 anos de idade. A levomepromazina não deve ser usada em crianças com menos de 2 anos. A bula da risperidona consta que falta experiência para crianças menores de 15 anos de idade. A bula do haloperidol informa somente que foi feita uma pesquisa clínica com 100 crianças e adolescentes hospitalizados, sem especificar suas idades⁶⁶.

O uso de tais medicamentos é, na maior parte das vezes, considerado *off label*, pois não são aprovados pelas agências de regulação⁶⁷ para essa faixa etária (Agência Nacional... 2005). Isto é, “compreende o uso em situações divergentes da bula de um medicamento registrado na Anvisa. Pode incluir diferenças na indicação, faixa etária/peso, dose, frequência, apresentação ou via de administração” (Agência Nacional..., 2013). Isso não significa que seu uso seja proibido, mas apenas não previsto, porque os médicos têm o direito de prescrever medicamentos para usos não autorizados pela Anvisa. Esta instituição se posiciona desta maneira quanto ao uso *off label* de medicamentos:

Quando um medicamento é aprovado para uma determinada indicação isso não implica que esta seja a única possível, e que o medicamento só possa ser usado para ela. (...)

Uma vez comercializado o medicamento, enquanto as novas indicações não são aprovadas, (...) é possível que um médico já queira prescrever o medicamento para um seu paciente que tenha uma delas. Podem também ocorrer situações de um médico querer tratar pacientes que tenham uma certa condição que, por analogia com outra semelhante, ou por base fisiopatológica, ele acredite possam vir a se beneficiar de um determinado medicamento não aprovado para ela.

Quando o medicamento é empregado nas situações descritas acima está caracterizado o uso *off label* do medicamento, ou seja, o uso não aprovado, que não consta da bula. O uso *off label* de um medicamento é feito por conta e risco do médico que o prescreve, e pode eventualmente vir a caracterizar um erro médico, mas em grande parte das vezes trata-se de uso essencialmente correto, apenas ainda não aprovado.

(...) O uso *off label* é, por definição, não autorizado por uma agência reguladora, mas isso não implica que seja incorreto (Agência Nacional..., 2005).

Mas existem outros fatores que fazem com que a maior parte do uso dos medicamentos seja *off label*, no caso específico para a infância, como quando não há a formulação específica infantil, ainda que se use o medicamento para a doença prevista, ou quando recomenda-se o fracionamento da dose para uso na infância.

⁶⁶ Tais informações foram retiradas das bulas dos medicamentos (BRP..., 2014).

⁶⁷ Como a Anvisa no Brasil e a Food and Drug Administration (FDA), nos Estados Unidos.

O fato de que a maior parte da prescrição destes medicamentos é *off-label* sugere que ela depende muito mais da avaliação pessoal do clínico, da experiência (sua, direta, assim como aquela de outros clínicos)⁶⁸, das fontes de informação que julga relevantes e das relações com o paciente, seus familiares, outros profissionais de saúde e instituições, e menos das evidências científicas produzidas. Problema que, de fato, não é exclusivo da psicofarmacologia na infância, mas existem em diferentes domínios da medicina.

A prescrição de medicamentos é uma ação complexa, que ocorre na relação entre o prescritor e o paciente (e, por vezes, também o dispensador) e cujo resultado pode ser terapêutico e/ou iatrogênico. A decisão do médico é permeada e influenciada por diversos fatores, como os avanços científicos e tecnológicos; os serviços de saúde; as necessidades de saúde da população; a indústria farmacêutica; o sistema de saúde (incluindo seus modos de regulação da produção e consumo dos medicamentos e políticas governamentais); as características dos medicamentos; as características do paciente, suas demandas e expectativas; as características do médico e seus interesses e valores; sua formação profissional; as influências que este recebe e as informações e/ou o conhecimento de que dispõe sobre um determinado medicamento, ações médicas anteriores e encaminhamentos (Pepe; Castro, 2000; Pepe; Veras, 1995).

A informação sobre os medicamentos não corresponde necessariamente ao conhecimento sobre eles. Atualmente, muitas são as fontes de informações que chegam aos clínicos em alta velocidade, mas o acesso dos médicos a elas não implica no conhecimento sobre a sua eficácia e segurança, e informações pouco fidedignas podem comprometer a prescrição adequada dos medicamentos (Pepe; Castro, 2000).

Em linhas gerais, o uso *off label* de um medicamento (não apenas psicotrópicos, nem apenas nas infância) significa que não houve estudos para essa modalidade e, se o houve, não apresentaram resultados suficientes que mostrem a relação de eficiência, eficácia e segurança necessárias para a sua autorização.

⁶⁸ Uma pesquisa realizada na Irlanda com 430 médicos mostrou a sua preferência sobre fontes “humanas” para as decisões de prescrição. Em relação às informações sobre o último novo medicamento prescrito, a pesquisa mostrou que a informação foi oriunda, respectivamente, de: colegas (29%), representantes da indústria farmacêutica (18%), reuniões clínicas no hospital (15%), artigos de jornais (13%) e palestras (10%) (McGettigan et al., 2001). No Brasil, uma pesquisa realizada com professores da clínica médica de hospitais universitários identificou os mecanismos utilizados para selecionar as informações para a sua prática, apontando para uma espécie de hierarquia das fontes mais utilizadas: em primeiro lugar, a experiência pessoal (adquirida não somente por sua experiência direta, mas também a partir da interação com os demais médicos e alunos); em segundo lugar, fontes de informação textual (incluindo aí artigos, manuais de referência e internet); e, por último, as comunicações orais passivas (que inclui congressos, encontros organizados pela indústria farmacêutica, entre outros) (Camargo Jr., 2003).

3.4 Heterogeneidade das prescrições e polifarmacologia

A literatura mostra uma grande heterogeneidade das prescrições, variabilidade que caminha a *pari passu* com o hábito da polifarmacologia, cujas consequências são ainda desconhecidas para a faixa etária estudada. Existe uma carência de estudos sobre a eficácia e os riscos decorrentes polifarmacologia psicotrópica para crianças (Rappley et al., 1999; Bhatara et al., 2002; Zonfrillo et al., 2005). Em geral, os estudos não são controlados nem cegados, ou avaliam apenas o uso de medicamentos da mesma classe (Comer et al., 2010).

Aparentemente, não há pesquisas brasileiras a respeito da polifarmacologia de psicotrópicos na primeira infância. Mas os dados norte-americanos têm mostrado uma tendência de aumento desta prática nos últimos anos, inclusive para pré-escolares⁶⁹ (Zonfrillo et al 2005; Rappley et al, 1999; Bhatara et al. 2002; Comer et al., 2010). Parece haver grande heterogeneidade nas prescrições e grande variabilidade de substâncias usadas no tratamento de cada transtorno, com diferentes níveis de produção de evidências (Gleason et al., 2007).

Polifarmacologia é definida como o uso, simultâneo ou consecutivo, de mais de um medicamento⁷⁰ (Zonfrillo et al, 2005). A polifarmacologia pode ser um reflexo da falta de efetividade da monoterapia, do surgimento de efeitos colaterais, ou da decorrência da severidade dos sintomas⁷¹ (Rappley et al, 1999). Possivelmente o uso recorrente de polifarmacologia psiquiátrica para crianças reflete a heterogeneidade de tratamentos oferecidos, a falta de parâmetros clínicos e a insuficiência de estudos que embasam os tratamentos farmacológicos.

Tal prática pode ser problemática, sobretudo se não se conhecem os efeitos da interação das drogas utilizadas; e sobretudo para crianças pequenas, uma vez que não há estudos

⁶⁹ Um estudo sugere que pode haver uma diferença entre as práticas de prescrição de acordo com o tipo de financiamento do atendimento. Revelou que a diferença entre as práticas de mono ou polifarmacologia foi pouco significativa entre aqueles financiados por seguro privado ou pagamento do próprio bolso, mas houve uma proporção discretamente inferior naquele financiado por seguro público (Comer et al. 2010).

⁷⁰ *Polifarmácia* é um termo abrangente que engloba *co-farmácia*: tratamento de transtornos diferentes com dois ou mais medicamentos; *farmacoterapia combinada*: um ou mais medicamentos para um mesmo transtorno; e *medicação psicotrópica concomitante*: uso de dois ou mais medicamentos, para um único ou diferentes sintomas ou transtornos (Zonfrillo et al, 2005:16). Mas *farmacoterapia psicotrópica múltipla* pode ser também definida pela prescrição de dois ou mais psicotrópicos, de classes diferentes, durante o intervalo de sete dias (Martin et al. 2003, apud Zonfrillo et al. 2005)

⁷¹ Uma pesquisa realizada com crianças de 3 anos de idade e menos, atendidas pelo Medicaid, identificou o uso de 30 diferentes tipos de combinações de medicamentos, todos para o mesmo diagnóstico, de TDAH (Rappley et al., 1999).

suficientes de eficácia e segurança muitas vezes nem sequer para monoterapia. O seu uso concomitante, ou até mesmo sequencial, pode potencializar os efeitos colaterais dos medicamentos, anular seus efeitos terapêuticos, ou até ter efeitos letais. Alguns exemplos são a síndrome serotoninérgica, que ocorre com a concomitância de medicamentos com propriedades serotoninérgicas, em que 20% dos casos têm um curso fatal (Cavallazzi, Grezesiuk, 1999) e relatos de mortes súbitas de crianças, com o uso concomitante de outras substâncias, como metilfenidato e clonidina; e o uso simultâneo de fluoxetina, prometazina, metilfenidato e clonidina (Zonfrillo 2005).

De fato, essa prática é comum entre os entrevistados, conforme veremos no capítulo 5. Houve muitos relatos sobre o uso concomitante de muitos medicamentos quando do surgimento de efeitos adversos.

3.5 O paradoxo da ética na pesquisa na infância e etapas da pesquisa

Finalmente, pretendemos abordar algumas questões éticas e regulatórias que interferem tanto na realização de pesquisas clínicas quanto na prescrição de psicotrópicos para crianças pequenas.

A necessidade de se conhecer melhor a questão dos psicotrópicos também está relacionada ao fato de que há grandes dificuldades para produzir evidências tanto sobre o uso de psicotrópicos em crianças (como ensaios clínicos), quanto na definição dos diagnósticos diferenciais e comorbidades.

Em primeiro lugar, há grandes limitações éticas para a realização de ensaios clínicos para a faixa etária de crianças, e mais particularmente daquelas na primeira infância, de modo que o tratamento farmacológico na infância se torna um grande desafio para a saúde pública. Assim colocam Santos et al. (2011):

Por motivos éticos, legais e econômicos, pacientes pediátricos não são incluídos em ensaios clínicos realizados durante o desenvolvimento de novos medicamentos, portanto, os efeitos destes em crianças não são conhecidos antes que sejam empregados na prática clínica. Com relação a reações adversas esta limitação é ainda mais ampla, de vez que as poucas experiências de ensaio clínico pré-comercialização envolvendo crianças tiveram como foco a eficácia de medicamentos, monitorando apenas de forma secundária a segurança dos mesmos.

Na faixa etária pediátrica, processos farmacocinéticos e farmacodinâmicos se modificam ao longo do tempo, tornando as crianças particularmente vulneráveis ao uso inadequado de medicamentos. Como corolário de tais características se verifica a larga utilização, na infância, de medicamentos sem registro ou prescritos para indicações não aprovadas em pediatria. Em termos gerais é possível afirmar que, após comercializados, *os medicamentos passam a ser usados em crianças de forma empírica e muitas vezes questionável*. Tal realidade, levou a American Society of Hospital Pharmacists a considerar a população pediátrica como verdadeiros *órfãos terapêuticos*, constituindo um desafio singular para o provedor de assistência farmacêutica (Santos et al, 2011:27, grifo nosso).

Isto representa um verdadeiro paradoxo ético, uma vez que o caráter experimental dos ensaios clínicos é evitado para proteção das crianças; ao mesmo tempo, a comercialização e distribuição destes medicamentos, sem a realização de todas as etapas da pesquisa, implica em seu uso, no fim das contas, também experimental.

Para Coelho,

Esses subgrupos [heterogêneos de crianças] correspondem a diferenças que vão desde a fisiologia, o funcionamento, amadurecimento de órgãos e sistemas, seja com relação, por exemplo, ao próprio trato gastro-intestinal, o pH gástrico, velocidade do trânsito gastro-intestinal, até a questão do metabolismo, as vias metabólicas, a excreção, substâncias nesses organismos, até a parte também comportamental, cognitiva, todas essas características configuram diferenças que vão dar às crianças também especificidades com relação a medicamentos e formas farmacêuticas.

Apesar de todas essas diferenças muito facilmente reconhecíveis, *as crianças, (...) quando se fala de medicamentos, tem sido compreendidas como adultos em miniatura*. Então suas especificidades não têm sido devidamente investigadas e levadas em consideração. Então por isso que nós *temos, na realidade, dados assustadores, em que o uso de medicamentos em crianças de uma maneira geral, 50% desse uso não é baseado em evidências satisfatórias, às vezes em evidência nenhuma* (Coelho, 2013:11'20":13'30", grifo nosso)

A literatura se refere frequentemente à insuficiência de dados oriundos de ensaios clínicos longitudinais, ao desconhecimento sobre os efeitos a médio e longo prazo para o desenvolvimento cerebral e à interação do uso concomitante de medicamentos (Vitiello, 1998). Em geral, as informações sobre os benefícios e riscos a longo prazo da maior parte dos psicotrópicos para crianças pequenas são desconhecidas. A maior parte dos estudos de eficácia e segurança dos agentes farmacológicos psiquiátricos foi realizado com base em adultos, cabendo aos psiquiatras da infância a decisão sobre a sua possível aplicação a crianças, grupo biologicamente mais vulnerável aos seus efeitos indesejáveis (Brasil, Belisário Filho, 2000).

É ainda desconhecida a ação da maior parte dos medicamentos nos cérebros em início de desenvolvimento (Coyle, 2000). Existem indícios importantes de que o uso a longo prazo dos psicotrópicos provoca – mesmo no cérebro de adultos – um processo de cronificação dos ditos transtornos mentais, e o mesmo se pode dizer a respeito de crianças (Whitaker, 2010).

De certa forma, a prescrição de muitos medicamentos não aprovados acaba se constituindo, na prática, em verdadeiros usos experimentais, similares à fase IV de ensaios clínicos, ou seja, de pós-comercialização, quando são verificados os efeitos do uso do medicamento numa parcela bem mais ampla da população. Importa frisar que na realização da fase IV, são necessários muitos cuidados, como por exemplo, a notificação de efeitos colaterais para a agência de regulação.

As pesquisas clínicas de medicamentos podem ser feitas em até quatro fases. Em linhas gerais, a fase I caracteriza-se por uma etapa de pesquisa pré-clínica, com experimentações *in vitro*, podendo ser realizada também em animais. Nesta fase, verificam-se a atividade farmacológica e a toxicidade das substâncias pesquisadas. Poucos são os ensaios pré-clínicos que determinam, a médio e longo prazo, os benefícios terapêuticos e possíveis efeitos colaterais, no uso de psicotrópicos para crianças muito pequenas.

Uma revisão de literatura apresentou alguns estudos realizados com roedores sobre os efeitos de uso de diferentes psicotrópicos em períodos pré-natal (quando expostos *in utero*) e em idades correspondentes à primeira infância. Os resultados apontam para a diminuição da

densidade sináptica e uma série de problemas teratogênicos e síndromes perinatais. Estes achados sugerem que a plasticidade do cérebro no início da vida é tal que o bloqueio precoce do sistema dos neurotransmissores pode levá-lo a uma desregulação permanente, já que a estimulação inicial resulta na supra-regulação que persiste para o resto da vida do animal (Vitiello, 1998:1, trad. livre).

As fases seguintes são considerados estudos clínicos, uma vez que são realizadas com seres humanos. A fase II é também conhecida como estudo terapêutico piloto, com os primeiros estudos controlados em seres humanos. Ela é caracterizada pela realização em um número

limitados de pessoas (entre 100 e 200), e tem como objetivo verificar a eficácia e a segurança da substância, a biodisponibilidade e a bioequivalência⁷² de suas diferentes composições.

Na fase III realizam-se as pesquisas de maior escala, com 800 pessoas ou mais; devem ser internacionais, multicêntricas e abranger diferentes populações. Tal etapa demonstra a eficácia e segurança dos medicamentos, estabelece o perfil terapêutico, a vantagem em relação a outras substâncias, identifica possíveis efeitos colaterais etc. O cumprimento e desta etapa é fundamental na aprovação para comercialização de um medicamento.

Uma vez superadas e aprovadas todas essas fases, chega-se à fase IV, que acontece no período pós-aprovação e comercialização do produto, e que permite identificar eventos adversos pouco frequentes ou não esperados, realizar pesquisas de marketing, comparações com outros produtos, novas formulações possíveis etc. Muito embora sejam esperadas as mesmas normas éticas exigidas nas fases anteriores, os estudos epidemiológicos realizados neste período não necessitam de autorização especial da Anvisa (Agência Nacional..., 2016). Um dos argumentos centrais de Angell é justamente que a indústria farmacêutica justifica uma parte importante de seus gastos com pesquisas, quando, na realidade, escamoteia as estratégias de marketing utilizadas sob a égide das pesquisas de fase IV, facilmente confundíveis⁷³ (Angell, 2010).

No caso dos usos *off-label* de alguns medicamentos, sobre os quais não houve estudos específicos ou suficientes para uma determinada população (como dada faixa etária, por exemplo), na prática se constitui como uso experimental, similar à fase IV de pesquisas clínicas, ainda que não haja necessariamente controle clínico dos seus efeitos.

⁷² A biodisponibilidade “indica a velocidade e a extensão de absorção de um princípio ativo em uma forma de dosagem, a partir de sua curva concentração/tempo na circulação sistêmica ou sua excreção na urina” e a bioequivalência “consiste na demonstração de equivalência farmacêutica entre produtos apresentados sob a mesma forma farmacêutica, contendo idêntica composição qualitativa e quantitativa de princípio(s) ativo(s), e que tenham comparável biodisponibilidade, quando estudados sob um mesmo desenho experimental.” (Agência Nacional..., 2013).

⁷³ Embora seja muito relevante sua discussão também sobre os problemas decorrentes do próprio processo de realização de pesquisas e pela aprovação da Food and Drug Administration, não aprofundaremos esta questão aqui. Mas a idéia central pode ser assim resumida: “Como se dá a aprovação de tais drogas por parte do FDA? Dá-se da seguinte forma: as companhias produtoras de drogas têm [que] *provar* que essas supostas novas drogas são efetivas. E se aproveitam de um artifício da lei: na verdade, não necessitam realmente *provar* que tais drogas são *mais efetivas* que as anteriores (ou mesmo tão efetivas quanto), mas devem, na realidade, mostrar que elas são melhores que absolutamente nada. Pergunta-se: de que maneira isso é feito? Nas pesquisas clínicas, as supostas novas drogas são comparadas com placebos (pílulas de açúcar), em vez de o próprio tratamento ser o objetivo da investigação. E o que é pior: devem apresentar apenas os resultados de duas investigações pelo método do duplo-cego.

Desse modo, bastam os resultados positivos de somente duas pesquisas, sem necessidade de serem mostradas as diversas outras cujos resultados foram negativos. Logo, o que apresentam é tão somente o que sirva aos interesses da indústria farmacêutica. Tal fato deixa a sociedade, em geral, e os pacientes de tais drogas, em particular, indefesos. Como no ditado popular, muitas vezes ‘compra-se gato por lebre’.” (Freitas, Amarante, 2016:38).

Por isso a importância de se notificar as agências reguladoras o aparecimento de efeitos inesperados ou não previstos, durante seu uso. No Brasil, tal notificação pode ser feita através do Sistema Nacional de Notificações para a Vigilância Sanitária – NOTIVISA, tanto por tanto por profissionais de saúde como por quaisquer cidadãos. Trata-se de um “sistema informatizado nacional para o registro de problemas relacionados ao uso de tecnologias e de processos assistenciais, por meio de monitoramento da ocorrência de queixas técnicas de medicamentos e produtos (Agência Nacional..., 2016) ⁷⁴. Outra forma de informação sobre tais efeitos indesejados desconhecidos podem ser também comunicados em congressos, meios de informação acadêmica e científica etc. De fato não foi possível averiguar se existe esta prática ocorre de fato, mas não houve referências a isso nas entrevistas.

Há outra dificuldade de acesso dos profissionais às pesquisas clínicas internacionais atualizadas. Estas são restritas para aqueles que podem ler em inglês, e estão disponíveis usualmente apenas para pesquisadores e clínicos ligados a instituições de ensino, já que a política de publicação destas pesquisas obriga os possíveis leitores a pagar por tais artigos, ou é possível acessá-los unicamente a partir de universidades e instituições de pesquisa. Desse modo, essas informações são restritas, dificultando seu acesso para os médicos que atuam unicamente na clínica e não realizam atividades acadêmicas e de pesquisa, com maior acesso aos livros-textos e com pouco acesso às informações fornecidas por artigos e pesquisas clínicas.

* * *

Há um aspecto relevante frente às respostas que obtivemos no decorrer desta pesquisa: a relação verticalizada entre os profissionais de saúde (e mais particularmente os médicos, que tivemos oportunidade de entrevistar) e os responsáveis pelas crianças em tratamento. Na maioria das vezes, os responsáveis (em geral, pais) são informados sobre os efeitos indesejados destes medicamentos, e são convidados também a informá-los aos prescritores.

No entanto, um ponto em especial evidencia uma relação de poder entre tais profissionais e os pais da criança. O próprio desconhecimento das etapas de pesquisa, ou a sua importância relativa, impede que os médicos convidem os responsáveis a se envolver de modo significativo pela escolha da medicação, a qual resume, muitas vezes, a uma relação binária (muito embora também dúbia ou contraditória) de se optar ou não optar pelo medicamento. Talvez o

⁷⁴Eu mesma procurei notificar, junto à NOTIVISA, um efeito colateral não previsto na bula de um medicamento usado por uma familiar. Em uma primeira tentativa, em abril de 2016, a página na internet estava fora do ar. Na segunda tentativa, em maio do mesmo ano, após preencher o formulário (por aproximadamente 15 ou 20 minutos), houve um problema no seu envio online, de modo que as informações foram perdidas.

conhecimento de que os medicamentos não foram de fato aprovados para o uso em determinada idade recolocasse a questão de outra maneira, diversa da ideia falsamente transmitida de que os medicamentos, quando prescritos em casos extremos, são necessariamente seguros. O fato de que muitas vezes não há respostas negativas imediatas não significa que estas não possam ocorrer com outras crianças ou nas mesmas crianças com o passar dos anos.

Uma maneira de compreender essa transição entre as pesquisas clínicas e a prática do uso *off-label* de medicamentos pode ser feita com base em uma espécie de topografia da ciência mais ou menos especializada, como aquela realizada por Fleck (1935). Ele mostra como a ciência é composta pelo saber esotérico (dividido, por sua vez, pela ciência de periódicos e de manuais), pelo saber exotérico e pelo saber popular, que organizamos graficamente desta forma:

Gráfico 2: Círculo esotérico e exotérico



Círculo esotérico



Círculo exotérico



Os núcleos centrais correspondem ao saber esotérico, à ciência especializada produzida pelos maiores *experts* em determinado assunto. Ela é composta por duas formas de produzir ciência – aquela típica dos periódicos (núcleo mais central) e a dos manuais. A primeira tem um caráter mais específico, detalhado, e repleto de incoerências, típico do processo de produzir ciência. É o caso, por exemplo, das pesquisas clínicas, randomizadas, duplo-cego, realizada por pesquisadores especializados em temas muito específicos. Conforme o conhecimento produzido vai sendo divulgado para as camadas mais superficiais do círculo, ela tende a aparecer de forma mais sucinta e generalizada.

A segunda camada, também própria ao saber esotérico, é a ciência dos manuais, que “costura”, com maior ou menor generalização, os fatos produzidos pela primeira. As informações até então desconstruídas são resumidas sob formas assertivas e com menos arestas, sem detalhamento das dificuldades e das incoerências do processo. Arranjos que ajudam a ter uma compreensão mais geral dos temas estudados, ainda que deixem de lado certas contradições. Há que se ter, dessa maneira, uma certa “crença” nos livros-textos, uma vez que há a necessidade de se ligar as pesquisas clínicas, ou iniciais, às mais aplicadas, pragmáticas. É o caso, por exemplo, dos pesquisadores que resumem as ideias primariamente publicadas em artigos para livros-textos, manuais, compêndios, tratados etc.

A terceira camada corresponde ao saber exotérico, que corresponde aos leigos cultos, mas também pelos especialistas de áreas próximas, ou que não trabalham exatamente em laboratórios, produzindo os dados de forma primária. São os especialistas que necessitam das produções científicas anteriores – dos periódicos e dos manuais – para constituir sua prática. É o caso dos clínicos que situam-se na borda do conhecimento: embora especialistas em determinado assunto, situam, em suas práticas clínicas e práticas discursivas, os conhecimentos apreendidos a partir dos estudos especializados mais genéricos, como os artigos e manuais.

Finalmente, a camada mais superficial é a do público leigo, mas ali se encontram também os cientistas das camadas mais internas de outros campos de conhecimento, que obtêm fatos científicos de forma palatável e simplificada. Neste ponto, Fleck afirma, *o fato científico torna-se carne*. Torna-se matéria, algo tão concreto que não sobra dúvidas sobre as afirmações que foram construídas com base em conhecimentos erráticos – processo, aliás, esperado das ciências, porque fatos não são definitivos. São as informações obtidas a partir do resumo das explicações científicas, traduzidas em termos de matérias de jornais e revistas, conhecimento

divulgado de forma generalizada e que vai apagando, a cada etapa, todas as contradições do processo da construção do conhecimento científico⁷⁵.

Certamente há uma porosidade importante entre essas fronteiras, sob vários aspectos. Em primeiro lugar, até mesmo os especialistas em determinado ramo da ciência fazem parte de um *coletivo de pensamento* que se expande para além das fronteiras do seu saber, e é por isso mesmo que um dado *estilo de pensamento* constrange o saber do especialista⁷⁶, priorizando e escolhendo algumas matérias em detrimento das outras.

Aquele que faz parte do círculo esotérico em determinado assunto pode ser, ao mesmo tempo, parte do círculo exotérico em outro assunto, fronteiro ao seu, ou mesmo depender e se utilizar constantemente do saber esotérico para definir as ações de seu saber exotérico – como é o caso do clínico, por exemplo, que não produz ciência estritamente, mas não prescinde dela e precisa estar em processo de constante atualização para agir clinicamente.

Assim, a informação resumida, muito típica da ciência para o público leigo, simplifica os debates anteriores que mostram as dissonâncias e contradições em torno dos tratamentos farmacológicos e seus possíveis riscos. Isto permite que se deixe sob atribuição exclusiva do médico decisões que poderiam ser tomadas conjuntamente. É preciso abordar tal assunto, então, sob uma perspectiva ética, que pretendemos melhor explorar no capítulo seguinte.

Neste capítulo, pretendemos ter mostrado alguns aspectos sobre a prescrição de psicotrópicos para a infância, e mais particularmente na primeira infância. O primeiro deles é o fato de que a maior parte do uso desses medicamentos é *off label*, justamente pela insuficiência de pesquisas clínicas que demonstrem de forma suficiente a relação entre os benefícios e danos do tratamento farmacológico, sobretudo a médio e longo prazo. Isto não implica dizer que tal tratamento não tenha seus efeitos, e é justamente devido a eles que existe a prática regular de medicar crianças.

⁷⁵ Um exemplo interessante dessa redução é a suposta “virada histórica contra o autismo”, explicada pelo fato de que “um grupo de cientistas conseguiu recriar, em laboratório, células nervosas do cérebro de crianças autistas” (Tarantino, 2013), baseadas em pesquisas, como aquelas empreendidas pelo projeto “A fada do dente” (Projeto..., 2016). Noções, portanto, que passam por uma série de reduções e eliminação de contradições durante todas as etapas que constroem o saber a esse respeito.

⁷⁶ Fleck discute o papel social do cientista, mostrando o caráter contextualizado das ações e decisões dos prescritores e a “atmosfera” acadêmica e cultural que contribui para as suas práticas. Usa os conceitos de *estilo de pensamento* e de *coletivo de pensamento*, assim sintetizados: “Se definirmos o ‘coletivo de pensamento’ como a comunidade das pessoas que trocam pensamentos ou se encontram numa situação de influência recíproca de pensamentos, temos, em cada uma dessas pessoas, um portador do desenvolvimento histórico de uma área de pensamento, de um determinado estado do saber e da cultura, ou seja de um estilo específico de pensamento” (Fleck, 1935:82).

Um possível aumento do uso de medicamentos psicotrópicos em crianças (o que tem sido notificado em diferentes lugares do mundo e de forma muito pouco sistemática no Brasil) está possivelmente ligado a uma série de fatores, dentre elas diferentes formas de pressão exercida pela indústria farmacêutica e, no que diz respeito aos diagnósticos, à naturalização do aumento de categorias diagnósticas e de crianças diagnosticadas.

O tema nos parece relevante e ainda muito longe de ser esgotado, devendo ser explorado ao máximo e a partir de diferentes metodologias, para compreensão do fenômeno da prescrição de psicotrópicos a partir de aspectos epidemiológicos, sociológicos, epistemológicos, além de também farmacológicos, no sentido de que é um fenômeno completo e ainda muito pouco estudado no Brasil.

PARTE II

ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

A necessidade de estabelecer um recorte do objeto exige que destaquemos alguns, dentre os elementos tão ricos abordados durante as entrevistas. Foram muitas as discussões relevantes e que mostram tendências e contradições no campo dos saberes sobre os problemas mentais e comportamentais de crianças. Sabendo que priorizar alguns objetos significa deixar outros de lado, seguem alguns elementos que pretendemos discutir de forma mais pormenorizada:

1. A característica da agressividade figura como uma questão central na determinação do tratamento na infância. É, senão o mais importante, um dos principais motivos de diagnóstico e tratamento e de intervenção de profissionais no campo da saúde mental;
2. A escola é determinante não só na identificação de problemas, como também no diagnóstico e no tratamento de crianças, inclusive junto aos clínicos; há uma relação ambígua entre os médicos e a instituição escolar, em que se reconhece seu papel nesta identificação ao mesmo tempo que se criticam e se refutam muitas de suas iniciativas e demandas;
3. A disputa entre a psiquiatria e a neurologia é muito mais uma questão ideológica, de poder, do que propriamente epistemológica e paradigmática; sua interface revela uma problemática relacionada não somente às hipóteses etiológicas dos transtornos mentais e seu tratamento, mas também às disputas de poder e de discursos produzido nas duas áreas;
4. As classificações diagnósticas oficiais tornaram-se de fato homogêneas e hegemônicas, mesmo entre psicanalistas e aqueles que dizem criticá-las; parece ser de fato muito difícil escapar aos padrões diagnósticos e à necessidade de classificação;

5. O pediatra encontra-se num lugar delicado e importante na definição e identificação de problemas mentais e comportamentais; e encerra uma tensão importante situada entre a “dissolução” dos problemas – em sua prática mais informal, e menos especializada, e o domínio da especialidade, encontrando-se no limite de uma nova especialização perigosa.

6. A questão da prescrição de psicotrópicos para a primeira infância carrega uma contradição entre a comprovação e a experimentação: ao mesmo tempo que é reconhecida como pouco eficaz e *off-label*, é tratada como se segura e conhecida, o que traz consequências éticas importantes.

A linha que costura esses pontos centrais são as práticas discursivas. Estas apontam para as formas de atenção dispensadas às crianças na primeira infância, mostrando as noções mais corriqueiras, tendências e contradições que são construídas neste processo, e que localiza o médico no limiar entre a “arte” e a “ciência”, numa tensão permanente que orienta suas concepções e decisões.

Foucault situa as relações discursivas em um limite, pois não são unicamente internas (no sentido de ligações dedutivas ou retóricas) e tampouco externas, no sentido de ser constrangidas a enunciar certas coisas. As práticas discursivas, portanto, não representam. Elas podem expressar determinados discursos correntes, mas mais do que isso, os discursos são práticas. São, por isso, capazes de produzir fatos e realidades. Analisar as práticas discursivas trata-se, portanto, de

uma tarefa (...) que consiste em não mais tratar os discursos como conjuntos de signos (...), mas como práticas que formam sistematicamente os objetos de que falam. Certamente os discursos são feitos de signos; mas o que fazem é mais que utilizar esses signos para designar coisas. É esse mais que os torna irredutíveis à língua e ao ato da fala. É esse “mais” que é preciso fazer aparecer e que é preciso descrever (Foucault, 2008:55).

E é com base nessa construção, a um só tempo retórica e pragmática, que nos dedicaremos a compreender e relacionar a partir dos depoimentos aqui apresentados.

CAPÍTULO 4.

OS CUIDADOS TERAPÊUTICOS NA PRIMEIRA INFÂNCIA E A PRESCRIÇÃO DE PSICOTRÓPICOS

Pretendemos aqui mostrar a importância da medicação no contexto do tratamento infantil, situada em relações mais ou menos conflituosas com os demais modelos de tratamento. Pretendemos identificar os modos pelos quais os entrevistados lidam com os desafios e as contradições constantes presentes na prática de prescrição de medicamentos para crianças e sobretudo para crianças pequenas. Apesar da importância dada ao tratamento multidisciplinar e do reconhecimento de fatores sociais como determinantes de saúde, parece haver a tendência em centralizar a ação nas técnicas sanitárias, com dificuldade de escapar aos settings tradicionais e à visão centrada no diagnóstico.

Mais do que isso, a prática da prescrição envolve grandes dilemas e contradições, e dentre elas: uma diferença grande entre o que se sabe sobre seus efeitos, configurando o uso *off label* dos medicamentos, uma série de oposições entre os psiquiatras e neuropediatras, no que diz respeito às crenças que têm sobre as práticas alheias; e sobretudo considerações éticas fundamentais que emergem da relação de poder entre os profissionais de saúde (e mais precisamente nos médicos, responsáveis pelas prescrições) e os pais das crianças medicadas.

Muito embora cada entrevistado seja capaz de adotar seu próprio estilo e sua própria maneira de trabalhar, as entrevistas mostraram que nenhum dos depoentes criou de forma totalmente original as bases epistemológicas presentes na sua compreensão ou na forma de lidar com os problemas apresentados pelas crianças, em sua rotina de trabalho. As continuidades e rupturas epistemológicas se constituíram historicamente, através de concepções sobre a infância e a patologia mental e que resultam, atualmente, em determinadas tendências e ações mais ou menos homogêneas, e que ainda mostram embates e disputas epistemológicas.

A fim de organizar as questões sobre as prescrições, reunimos as impressões dos entrevistados em torno de algumas perguntas: Quem medica? Que tipos de associações, comparações e metáforas são usadas? Que tipos de negociação se há de fazer? Como se conseguem os medicamentos prescritos? Qual é o papel da medicação frente ao tratamento como um todo? O que e para quem se medica? Quais são as convergências e as divergências de opinião em relação à medicação? Como se lida com a problemática dos efeitos colaterais? E finalmente, a questão: Uso de medicação na primeira infância: um “tiroteio no escuro”?

4.1 Quem medica?

De modo geral, há quatro concepções bastante disseminadas entre os diferentes entrevistados. A primeira é de que pediatras não prescrevem psicotrópicos. A outra é que o neurologista é o grande prescritor, medicando desnecessária, apressada ou demasiadamente, visão compartilhada sobretudo entre psiquiatras. A terceira é que neurologistas e psiquiatras têm maneiras diferentes de prescrever, mesmo quando se trata das mesmas patologias. Finalmente, é bastante comum um conjunto de concepções que funcionam em associação, e que escolhemos chamar aqui dos mitos do especialista, do traficante e do bom senso. No *mito do especialista*, a boa prescrição seria feita pelo médico especializado, em geral, o psiquiatra e o neurologista. Os mitos do *traficante* e do *bom senso* são aqueles para os quais as prescrições são equivocadas quando tratadas pelos médicos como drogas ilícitas, e que a prática aliada ao *bom senso* evitaria erros nas prescrições.

Tais concepções, embora sejam bem argumentadas e carreguem elementos de análise interessante, a nosso ver não podem ser tomadas literalmente ou de forma absoluta e servem como matéria para discussão e análise. Para melhor organização do texto, alguns trechos das falas servirão de exemplo para elucidação da discussão. Outros, igualmente interessantes, serão reunidos ao final de cada capítulo, em quadros.

a. O pediatra e o “tiro pela culatra”

É noção geral que os pediatras não prescrevem psicotrópicos, encaminham para o especialista os casos que acreditam ter problemas mentais e comportamentais. Essa noção é difundida entre as três especialidades.

Pediatra não medica, não faz psicoterapia (Urbana, PE)⁷⁷.

O pediatra pode fazer [medicação]. Mas normalmente, em termos neurológicos, não. Vem virgem de tratamento (Flávio, NP)⁷⁸.

No entanto, há sutilezas e exceções, como a prescrição para práticas sedativas, ou para epilepsia; em situações em que é muito difícil encaminhar; quando a medicação é feita junto ao especialista; e quando há o forte desejo de medicar, mesmo quando o profissional não se sente apto para isso.

A ideia é que em geral os pediatras lidam com as situações difíceis, de problemas mentais ou comportamentais, encaminhando para psicólogos, psiquiatras ou neuropediatras. Mas isso não deve ser tomado de forma absoluta, literal ou regular, por diferentes motivos. Há situações em que a prescrição de psicotrópicos ocorre por razões cirúrgicas, sedativas, e em convulsões.

Antipsicótico eu nunca prescrevi. Sim, benzodiazepínico em crises convulsivas. Ou pra sedação, pra um procedimento doloroso, você pode usar um Dormonid. (...) Quadros convulsivos eu trato⁷⁹ (Leila, PE).

Há também exceções, em que os pediatras de fato medicam, principalmente se trabalham no contexto de uma equipe e contam com o apoio de outros pediatras ou especialistas. O desejo de prescrever psicotrópicos aparece de forma incisiva. Quando se trata de questão urgente, procuram sempre o respaldo de outros médicos, até mesmo de pediatras. Em um caso específico, a pediatra sentiu necessidade de medicar e o fez, com o auxílio da equipe de

⁷⁷ Como explicado no capítulo sobre a metodologia, a fim de identificar a fala de cada entrevistado com a sua especialidade, as especificações foram abreviadas da seguinte forma: psiquiatra (PQ), residente de psiquiatria (RPQ), neuropediatra (NP), residente de neuropediatria (RNP), pediatra (PE), residente de pediatria (RPE). Os nomes foram todos alterados, mantendo-se o sexo dos entrevistados.

⁷⁸ Para mais falas, ver 4.1.a.1, na no quadro ao final do capítulo.

⁷⁹ Dentre os pediatras entrevistados, poucos fizeram referência a emergências e internações. A maioria dos entrevistados trabalha primordialmente em ambulatório, consultório, ou enfermaria, e não situações cirúrgicas, de modo que esse aspecto das prescrições não apareceu muito.

pediatras com quem trabalha, e teria feito novamente caso não pudesse ter contado com a participação do psiquiatra do hospital.

Esse menino, se não tivesse vindo ninguém, eu ia fazer alguma coisa, ele já tinha essas duas tentativas de tacar fogo na casa (...). Mas eu não domino a prescrição. (...) Eu já prescrevi, com ajuda de outros pediatras, a Ritalina. A gente já fez aqui (Perla, PE).

Em alguns casos, há relatos de manter ou continuar a prescrição já feita por um médico especialista, seja reiteirando a prescrição com a qual se concorda, seja mantendo-a mesmo quando não se concorda totalmente com seu uso.

A criança fez uso de um psicotrópico, teve uma alteração comportamental, uns ficam mais sonolentos, mais agitados, mas eu não me sinto à vontade para mexer em nenhuma das prescrições que foi feita (Inês, PE)

Só continuei uma prescrição. Paciente com retardo mental e agitação psicomotora. Ela já tinha tentado botar fogo na casa, eu não quis tirar e continuava prescrevendo (...) Crianças ansiosas (...) que usam fluoxetina, eu mantenho (Alice, PE).

Mas há também um aspecto importante sobre a relação entre os pediatras e os medicamentos: é comum o relato de um desejo muito grande de prescrever em situações que julgam difíceis, mas não o fazem por não se sentirem plenamente habilitados a isso. A vontade de medicar é constante, mas por precaução preferem não fazê-lo. Em geral o pediatra se sente inábil a prescrever, e prefere contar com os especialistas.

Tenho uma vontade enorme, às vezes eu me sinto muito sozinha (Leila, PE)

Confesso que medicar criança eu tenho muita vontade, mas eu nunca mediquei. (...) O pediatra tem que ser sensibilizado a pensar que a criança, sim, pode ter transtorno mental e precisar de medicamento. Tem muito preconceito, eu tenho. Eu fico com medo de fazer mais mal do que bem em prescrever o medicamento errado, dose errada. Falo: “Eu preciso estudar primeiro” (...) Prefiro não começar, porque não tenho hábito de prescrever. Eu não me sinto ainda habilitada (Alice, PE)

⁸⁰.

⁸⁰ Para mais falas, ver 4.1.a.2, no quadro ao final do capítulo.

Alguns entrevistados apontam para a tendência crescente em se autorizar os pediatras a medicar, o que vêm com reservas:

O desenvolvimento a gente precisa acompanhar. Isso o pediatra pode fazer. *Só que o tiro pode sair pela culatra*. Quando a gente dá espaço para o pediatra atender, talvez seja fazendo protocolos, medicando, aí a gente está lascado (Clara, PE).

Eu participei de uma reunião da Sociedade de Pediatria e eles estavam se queixando sobre *como os profissionais andam mal preparados*. Não que a ideia seja ruim, mas é preciso tomar certos cuidados. (...) Não há como preparar o pediatra pra fazer um atendimento desse tipo: *aplica um check list, faz o diagnóstico e medica*. Eu acho que isso que vai acontecer nos próximos anos. Isso é assustador (Pablo, PQ).

Um único entrevistado considera que a mudança na organização do sistema de saúde, com mais dificuldade ao acesso ao especialista, tem feito generalistas e pediatras, sobretudo dos CMS, se ocuparem de situações que não fariam em condições menos adversas.

Depois do SISREG⁸¹, a mãe não consegue especialista nenhum, *os pacientes vêm tratados do posto, medicação do pediatra geral*. Eu me coloco na situação dos pediatras. Eu fico horrorizado porque o cara tem que tratar coisas que não tem nada a ver com o dia a dia dele porque a criança não consegue chegar no especialista (Ugo, NP).

Comentários sobre o SISREG foram mais feitos por neuropediatras e pediatras que por psiquiatras. As posições são bem diversas: se por um lado ele é apontado como uma estratégia de reorganização da rede, comenta-se também seu formato burocratizado e sua insuficiência em dar maior racionalidade à distribuição dos cuidados.

[Dependendo do encaminhamento] burlo o SISREG, que não está adiantando (Alice, PE).

Neurologista hoje está muito difícil, não consegue marcar no SISREG. (...) Marcar especialista [e] consulta de ambulatório é muito fácil, (...) difícil é internação (...). Em qualquer especialista, menos o neuro (Elisa, PE)⁸².

⁸¹ O SISREG, novo sistema de regulação desenvolvido entre 1999 e 2002, pretende organizar os fluxos de atendimento, diminuído o acesso desnecessário ao especialista e tornando-o mais criterioso e racional. Ele é definido como “uma ferramenta de informática que busca tornar eficiente e eficaz o acesso dos cidadãos a procedimentos de média e alta complexidade. Além de fornecer informações sobre o fluxo dos usuários na rede de serviços de saúde, (...) o SISREG subsidia as áreas de controle, avaliação planejamento e programação facilitando aos gestores a tomada de decisão para melhorias na rede de atenção à saúde” (Brasil, 2010).

⁸² Para mais falas, ver 4.1.a.3, no quadro ao final do capítulo.

* * *

Como vimos no capítulo 1, a prática da pediatria e da puericultura, no Brasil, sempre esteve atrelada a orientações comportamentais, profilaxia e higiene mental. Mas o que teria se transformado nos últimos anos, no que diz respeito à relação entre a pediatria e a psiquiatria, ou, colocado de outra forma, nos papéis encenados pela pediatria frente os problemas mentais e comportamentais da criança?

Para além das transformações técnicas, tecnológicas e clínicas da pediatria, parece haver um processo em curso, talvez ainda iniciante, que diz respeito a uma nova relação entre esta e outras especialidades, como a psiquiatria e a neurologia, com forte apelo das novas modalidades psicométricas e farmacológicas. De certa forma, o conhecimento tipicamente pediátrico, de caráter mais intuitivo, procura diluir os problemas que aparecem na clínica através de uma série de medidas educativas, informais, baseadas no caso-a-caso. É possível que essa prática esteja dando lugar a práticas mais organizadas em torno de parâmetros, classificações diagnósticas, *guidelines*, questionários, diagnósticos formalizados, tratamento farmacológico. É como se, aos olhos de uma medicina científica, a pediatria precisasse passar por um novo processo de especialização, sem a qual se tornaria inábil a lidar com os problemas mentais e comportamentais que aparecem cotidianamente na clínica.

Uma série de artigos tem mostrado uma mudança no perfil das patologias apresentadas pelas crianças, com o aumento relativo de problemas de ordem mental e comportamental, associados aos problemas que se desdobrarão futuramente⁸³. Associado a isso, comenta-se o despreparo dos pediatras em identificar tais problemas e se utilizar de instrumentos de triagem para tal, assim como orientar os pais frente a possíveis problemas de desenvolvimento (Eickmann et. al, 2016).

De fato, a Sociedade Brasileira de Pediatria tem marcado a necessidade de comprometer mais os pediatras no reconhecimento precoce de problemas mentais na infância (Intrator, 2011) e mais especificamente do autismo, por exemplo:

(...) os critérios diagnósticos se ampliaram e o olhar sobre o Autismo fez com que um número maior de casos fosse diagnosticado. (...)

⁸³ Uma pesquisa mostra, por exemplo, haver relação do “choro excessivo em bebês” com problemas futuros, como desmame precoce, ansiedade, depressão materna, TDAH, outros problemas comportamentais (Halpern, Coelho, 2016).

Nesse contexto, a responsabilidade do pediatra na identificação precoce do autismo fica muito evidente. O conhecimento de que *é possível o diagnóstico antes dos 36 meses, a disponibilidade de instrumentos de triagem, e a certeza dos resultados benéficos dos programas de intervenção precoce* fazem do pediatra um participante ativo e potencial para o reconhecimento do Autismo.

A SBP, acompanhando a evolução da pediatria e preocupada com *a nova agenda do pediatra para o século XXI, tem preparado e incentivado, através dos diversos eventos científicos, os pediatras brasileiros para o diagnóstico dos TIDs*. A identificação precoce dessas condições modifica de forma marcada o prognóstico e a qualidade de vida das crianças e de suas famílias. Fica colocado aqui um desafio que tem sido trazido por várias vezes dentro da pediatria brasileira, o de *incorporar definitivamente na nossa prática diária a utilização de instrumentos de triagem para autismo!*” (Halpern, 2012, grifos nossos).

Um artigo de Halpern e Figueiras (2004), por exemplo, indica a necessidade de mudança de paradigma da pediatria a partir de uma transformação epidemiológica com a diminuição substancial da mortalidade infantil e o desvio do foco nas doenças agudas, com proporcional surgimento de novas doenças, reunidas sob o nome de “nova morbidade” ou “morbidade escondida”. Considera-se, nesse âmbito, que problemas de saúde mental tem sido considerados a principal causa de problemas na infância. Este artigo mostra como os fatores ambientais são tão ou mais importantes que condições orgânicas e perinatais no desenvolvimento das crianças. Neste sentido, considera a importância da atuação direta do pediatra e da intervenção precoce. Esta tem, de acordo com essa perspectiva, uma ação mais situacional e menos focada na criança, o que implica em pelo menos nove diferentes tipos de modelos de intervenção utilizados em países em desenvolvimento, e em grande parte deles ação não recai exatamente sobre a criança mas sobre suas relações com o microambiente familiar de convivência e o ambiente mais amplo, como a intervenção junto à escola, trabalhadores comunitários, população em geral etc. Mas há projetos também, como o Y-mind, que pretendem avaliar os riscos de jovens e crianças desenvolverem transtornos mentais, com base em uma série de fatores, de ordem pessoal, familiar e escolar, por exemplo (Pires, 2012).

De fato, como veremos, os entrevistados mostram reconhecer a importância dos fatores sociais na determinação das condições mentais e comportamentais das crianças. Ao mesmo tempo, esta intervenção mais ampla se torna muito limitada diante do sentimento de não conseguir escapar às medidas mais habituais, sanitárias, muito comuns aos atendimentos clínicos. Em certa medida, a formação centrada nas ações exclusivas de saúde, com grandes limitações dos compromissos de saúde coletiva e de ações verdadeiramente intersetoriais,

impede intervenções mais comunitárias. Cria-se um paradoxo então: ao se reconhecer a necessidade do pediatra identificar os problemas mentais e comportamentais de crianças, refere-se também à necessidade de uma intervenção mais ampla, de caráter social, que diminuía as condições de risco às quais a criança está exposta (como problemas mentais maternos, famílias com muitos filhos, ambiente violento, desemprego paterno etc). Ao mesmo tempo, a formação continua voltada para uma ação clínica, centrada na criança, e com recursos basicamente sanitários. Como veremos em alguns momentos durante esse trabalho, é muito comum, no discurso dos entrevistados, uma angústia frente ao reconhecimento das questões sociais das crianças e seu sentimento de incompetência, no sentido de não ver saídas possíveis, de não saber como agir frente às exigências e demandas sociais.

Ou seja, a pediatria ocupa um lugar limítrofe e fundamental na delimitação de diagnósticos e de tratamento, pois constitui uma porta de entrada para o acesso ao especialista. A opinião do pediatra sobre o comportamento da criança pode ser bastante definidor das fronteiras entre aquilo que é esperado no desenvolvimento e aquilo que exige uma intervenção especializada. Ao mesmo tempo, o pediatra parece ser convocado a ocupar esse lugar, inclusive de tratamento medicamentoso, utilizando-se dos critérios objetivos para identificação de casos clínicos, tratamentos e encaminhamentos.

Num nível mais técnico, há duas posições bem distintas, e que são o caminho ao especialista: por um lado, uma percepção intuitiva da necessidade de buscar ajuda especializada. Isto implica, grande parte das vezes, na “perda” do paciente, que usualmente não retorna para os atendimentos pediátricos regulares quando encontra com o especialista, o que não é de se estranhar considerando o quanto os especialistas se mostram distanciados do cuidado pediátrico regular; por outro lado, formam-se também hábitos de utilizar parâmetros como questionários, testes, sob o argumento da objetividade, muitas vezes aplicados de forma burocrática, passando-se a atribuição para a família e para a escola. Prática esta que apresenta riscos e problemas bastante importantes.

Há muitos relatos sobre a prática informal e mais intuitiva dos pediatras sobre como lidam com os problemas comportamentais.

Eu converso, minha consulta é demorada. (...) Eu tento, não sei se consigo fazer alguma coisa. (...) É bom quando a criança tem uma resposta boa. Mas na maioria das vezes, esse tipo de criança eu acabo perdendo pra especialista. Por exemplo, [menino] não foi tratado,

[menino] foi conversado. (...) Não tem outra abordagem, outra proredêutica, outra terapêutica. É falar, é ouvir, *é virar um grande Rei Leão. É acolher.* (...). Oriento. (...) Dar um apoio, dizer: “Quando você quiser, vem aqui. Chega tal hora que já acabei de atender, eu vou fazer um café. A gente senta e toma” Eu faço! (Leila, PE)

Meu papel como pediatra é orientar os pais sobre as fases normais do desenvolvimento, e que é importante impor limites. Muitos pais esperam que o pediatra eduque os filhos. Deixar claro, por incrível que pareça, que os pais têm que educar o seus filhos, que não vai ser na creche, nem no médico (Úrsula, RPE)⁸⁴.

Mas há também alguns relatos do uso mais protocolar de escalas diagnósticas, pelos pediatras:

Eu faço questionários de pergunta e resposta pra serem preenchidas por pelo menos três ambientes. Se for uma criança que eu acho que tem um transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, eu uso o SNAP. (...) Os pais preenchem, levam pra casa. Ou então perguntas que eu faço aos pais sobre a criança, e peço relatório de desempenho e comportamento na escola. Ou pra uma pessoa que toma conta da criança, peço que me diga como é. (...) Tem relatório detalhado, e peço ajuda de avaliação psiquiátrica, e/ou neurológica (Perla, PE).

Eu preencho, peço pros pais e pro pessoal da escola preencher um questionário, se tiver critério eu mando pra neuro e de todas as crianças que eu encaminhei, só uma recebeu medicação (...) pra TDAH. Eu uso um questionário pra pontuar se aquela queixa é frequente, só em relação a TDAH. Eu peço pra mãe e algum professor preencher. Eu vejo o que está marcado e dependendo, encaminho pro neuro ou não (Alice, PE).

b) O neurologista e a “mão pesada”

Uma ideia muito corrente entre os psiquiatras (e demais profissionais que trabalham nos CAPSi) é que os neurologistas prescrevem de forma equivocada, exagerada, apressada, desnecessária. Um entrevistado resume essa questão compartilhada entre muitos profissionais:

Muitos neurologistas, tanto do serviço público quanto particular, a gente vê: “Vai!”, sem freio pra medicar. *Tem sintoma, medica. Tem uma mão mais pesada pra prescrever.* (...) Psiquiatria infantil bem menos (Pedro, RPQ).

⁸⁴ Para mais falas, ver 4.1.a.4, no quadro ao final do capítulo.

Os psiquiatras compartilham a impressão de que muitos dos casos das crianças que chegam medicadas aos CAPSi, sobretudo quando as prescrições são desnecessárias, são oriundas de tratamentos com neurologistas.

O neurologista medica muito, ele não espera, ele faz o diagnóstico, acha que é autismo, bum! e entra com o remédio. E [a criança] vem com o remédio [pro CAPSi] (César, PQ).

Muitas [crianças chegam medicadas], *geralmente pelo neurologista* (Paula, PQ)⁸⁵.

Em geral, os psiquiatras atribuem essa forma de lidar com a medicação à formação supostamente mais organicista do neurologista, oposta à sua própria formação, de caráter mais psicossocial e integral. Abordaremos com mais detalhes este tipo de discurso no capítulo 8, mas por ora o que se destaca é que a formação do neuropediatra o levaria a um estilo diferente de prescrição.

Quem se ocupou [da infância] foram neurologistas, que não têm uma formação psicossocial, acabam abordando os problemas mais de forma medicamentosa (Lucas, PQ)

Por estar mais próxima da medicina tradicional, *eles não têm uma formação voltada para a avaliação integral da criança*. Isso faz uma diferença grande na abordagem e conduta dos profissionais. (...) Muitos pacientes que seriam beneficiados com um olhar integral vão para uma visão estritamente biológica e tem uma dificuldade no manejo, na *conduta mais medicamentosa* (Pedro, RPQ).

Segundo essa visão, a formação mais organicista levaria a uma abordagem mais medicamentosa. De fato parece haver diferenças não desprezíveis entre a forma de trabalho nos CAPSi e nos ambulatórios. Por exemplo, as práticas discursivas apontam para diferenças no tipo de relação com os demais profissionais de saúde. Os psiquiatras dos CAPSi se referem mais às discussões e decisões coletivas, já os neuropediatras referem-se mais à lógica mais do encaminhamento, ou quando fazem menção à prática de intercâmbio, tratam mais regularmente dos colegas da mesma especialidade, entre residentes, staff e preceptores de residência médica ou, quando muito, de outros especialistas médicos. A lógica de ambulatório não pressupõe, em geral, atendimentos ou discussões conjuntas entre diferentes profissionais.

⁸⁵ Para mais falas, ver 4.1.b, no quadro ao final do capítulo.

No entanto, parece haver semelhanças significativas entre as duas especialidades em relação às prioridades e à necessidade de prescrição e aos critérios que levam à medicação. Isto será melhor explorado no item “o que e para quem se medica?”. De qualquer maneira, tanto entre neurologistas quanto entre psiquiatras, prevalece a ideia de se medicar em casos “extremamente necessários”, que é preciso observar e aguardar antes de tomar qualquer decisão e a necessidade de se contar com a ajuda de demais profissionais.

Aqui [no CAPSi] *não medica de cara, não*. Conversa com a família, observa a criança brincando. Tem que ver, avaliar... *Medica quando fica bem nítido que é necessário* (Oto, RPQ)

Tem crianças que resolvem somente com medidas não medicamentosas: orientação familiar, fonoaudiólogo, acompanhamento psicológico, conversa com o colégio, então existem as suas indicações e não indicações (Luís, NP).

c) O estilo diferente entre psiquiatras e neurologistas

Essa visão é compartilhada entre as duas especialidades. Do ponto de vista dos psiquiatras, os neurologistas têm uma formação mais organicista e tendem a medicar mais, como já vimos. Do ponto-de-vista dos neurologistas, os psiquiatras têm um estilo diferente de medicar, como maior conhecimento do arsenal psicofarmacológico, muito embora compartilhem um bom número de casos semelhantes e optem por medicações similares, para o mesmo diagnóstico e mesmos sintomas.

Por um lado, há uma acusação mútua de solicitação de muitos exames complementares e de formas diferentes (por vezes inapropriadas, ou exóticas) de tratar. Por outro, há uma disputa de terrenos de algumas condições e diagnósticos. O autismo e o TDAH são condições exemplares neste sentido: para o psiquiatra, estes diagnósticos pertencem à sua seara (junto a um trabalho multidisciplinar), enquanto aos neuropediatras caberiam as condições exclusivamente neurológicas. Já para os neuropediatras, tais diagnósticos pertencem a territórios híbridos, estando no limite das duas especialidades, e podem ser tratados por uma ou por outra. De qualquer maneira, é mais comum que o neurologista veja com respeito as decisões e terapêuticas dos psiquiatras do que o inverso.

A neurologia tem uma conduta de tratamento [da] epilepsia de (...) *tratar com menos droga e com dose menor*. (...) O autismo, o transtorno

invasivo e o TDAH a neurologia também trata. (...) Eu presto deferência à *maneira deles de tratar, apesar de diferente da nossa: várias drogas, em doses baixas*, mas [nos casos] que eu não consigo resolver tem uma melhora com o psiquiatra (Ugo, NP)

Os psiquiatras gostam muito de afastar qualquer coisa orgânica pedindo um monte de exames. Mas a clínica define o que é comportamental, o que é psiquiátrico (Flávio, NP) ⁸⁶.

As práticas discursivas pareceram apontar para mais semelhanças do que diferenças, nos sentidos atribuídos aos tratamentos e a forma de fazê-lo, privilegiando atendimentos multidisciplinares e conduções farmacológicas semelhantes. Há muitos elementos que se repetem, como iniciar sempre “com a menor dose possível”, certas escolhas medicamentosas, como a risperidona e o metilfenidato, e a compreensão de que o tratamento psicofarmacológico é apenas uma parte (em geral não a mais importante) de um tratamento multidisciplinar, mais amplo.

Em nosso ponto-de-vista não houve diferenças significativas nas práticas discursivas entre psiquiatras e neuropediatras, no que diz respeito à necessidade de tratar medicamentosamente, nos critérios de escolha para esse tratamento e nos cuidados em se tomar para não medicar desnecessariamente.

Logicamente a metodologia de pesquisa empregada aqui pode interferir nesta observação. Em primeiro lugar, é difícil imaginar que um profissional se ache *menos* cuidadoso e criterioso que os demais, o que foi transmitido nas entrevistas. Além disso, somente uma pesquisa que confrontasse as prescrições já feitas é que poderia confirmar ou refutar essa hipótese. De qualquer maneira, há muitos outros elementos das entrevistas que indicam que há fatores que interferem de modo significativo nesta oposição, e que esta tem a ver mais com uma diferença ideológica, a fidelidade a certas tradições e disputas de poder do que talvez com diferenças significativas na formação.

⁸⁶ Para mais falas, ver 4.1.c, no quadro ao final do capítulo.

d) O mito do *especialista*, do *traficante*, e do *bom senso*

A noção muito frequente que se tem sobre a prescrição e o uso equivocado ou excessivo de psicotrópicos encerra a um só tempo um mito e uma contradição. De modo geral, considera-se que o seu uso abusivo está ligado à prescrição realizada pelo não-especialista, que teoricamente não seria habilitado a identificar um problema “de fato” e que não estaria suficientemente atualizado, fazendo prescrições equivocadas. Há a noção de que ser parte de uma especialidade, de um grupo cognoscente específico, salvaguarda determinados profissionais dos equívocos do excesso ou dos descuidos em relação à medicação. Nesse âmbito, tanto neurologistas quanto psiquiatras estariam livres – salvo pequenas exceções – daquilo que os entrevistados denominam frequentemente de medicalização⁸⁷. Mas as armadilhas são mais sutis do que a aparência permite revelar.

Muito embora estudos revelem que médicos de outras especialidades ou clínicos gerais tendem a medicar com mais frequência do que psiquiatras⁸⁸, a questão central é a noção de que o especialista estaria, grosso modo, livre desta armadilha. Esta ideia se tornou especialmente clara ao perguntarmos a opinião dos entrevistados a respeito da Portaria 986/2014, da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, que institui protocolos sobre o uso de metilfenidato naquela cidade (Secretaria Municipal de Saúde de SP, 2014).

Por um lado é bom, que limita a ação do profissional que não tem a qualificação necessária, mas *limita também a ação do profissional que foi habilitado, estudou, se formou pra isso* (Pedro, RPQ)

Não é qualquer médico capaz de prescrever uma medicação controlada. Tem que ser restrito mesmo (...). A criança ou o adulto que precisam da medicação tem que ser visto pelo profissional especializado, se outro profissional começa a medicar, e não tem tanta

⁸⁷ Como pretendemos haver mostrado, o fenômeno compreendido por medicalização é complexo, com diferenças importantes dependendo do objeto, do momento histórico e dos atores sociais envolvidos. Mas ele é usualmente resumidos pelos entrevistados à idéia de farmacologização, ou seja, “a tradução ou transformação de condições, capacidades e potencialidades humanas em oportunidades para intervenções farmacológicas” (Camargo Jr., 2013:845).

⁸⁸ Por exemplo, um estudo realizado com notificações de Receita B1 da Farmácia Básica em 2010 em Pontal do Araguaia/MT mostrou que as especialidades que mais prescreveram foram os clínicos gerais (61%), seguidos de ginecologia/obstetrícia (16,1%), cardiologia (11,2%), cirurgia geral (4%), psiquiatria (2,4%), neurologia (2%), odontologia e clínica médica (1,2% cada), e gastroenterologia e pediatria (0,4% cada) (Ferrari, 2013). Outra pesquisa pesquisou a prescrição e dispensação de medicamentos de psicotrópicos das receitas B e C1 em farmácias de manipulação de Ribeirão Preto, em 2000. As especialidades que mais prescreveram foram clínicos gerais (51,4%), seguidos de endocrinologistas, psiquiatras, ginecologistas e finalmente, neurologistas.

experiência com os casos, acaba supermedicando a população (Perla, PE) ⁸⁹.

Segundo essa maneira de pensar, parece que de certo modo o profissional que se formou com essa função, que tem a oportunidade de se atualizar, e é devidamente habilitado, especializado, tende a prescrever de uma forma mais apropriada; o que é diferente do médico não especializado, daquele que não está atualizado em relação às últimas descobertas científicas, que não foi formado para isso. Essas práticas discursivas carregam uma sutileza importante, pois salvagam os médicos supostamente preparados de supostos equívocos, como se estivessem protegidos das formas mais tênues de medicalização. O papel do médico, central para a tese clássica da medicalização, foi substituído por outra perspectiva, em que este se torna mais como um “guardião” da medicalização (Conrad, 2007) e menos como seu agente principal. Mas por sua atribuição de definir diagnósticos e de receber pessoas com queixas de possíveis patologias, o médico ainda exerce um papel fundamental de ligar as diversas “pontas” da medicalização. Estabelece um contato direto com diferentes atores sociais envolvidos – por exemplo, as demandas escolares, as queixas familiares, as visitas de representantes da indústria farmacêutica, a construção de um conhecimento com base em bibliografias variadas, congressos, informações divulgadas pela mídia etc. É ele que muitas vezes recebe a demanda e deve dar uma resposta a contento diante dos problemas mentais e comportamentais das crianças.

A ideia do uso exagerado de certos medicamentos está ligada à imagem mítica de um prescritor a toda prova, um sujeito que prescreve muito mais do que a média e muito mais do que deveria, sem o *bom senso* suficiente para fazer as prescrições adequadas. Este é o suposto *traficante*, passível de penalização, ao passo que não se faz necessário o controle da prescrição realizada pelo médico comum, que prescreve de acordo com as *reais necessidades* do paciente. Ainda a respeito da Resolução da SMS de São Paulo:

Tem que tomar cuidado na hora de criar uma norma rígida abstrata porque você vai cometer alguma injustiça. Você não pode influir totalmente sobre a conduta do médico. É mais eficiente coibir os abusos que determinar que todo mundo tem que seguir determinada conduta. *Se o cara estava prescrevendo medicação como se fosse traficante, para drogar paciente, pune esse cara. Rastrear os out-liners, aqueles*

⁸⁹ Para mais falas, ver 4.1.d.1, no quadro ao final do capítulo.

que fogem da curva, do que propriamente normatizar. Eu tenho a liberdade, se eu cometer um equívoco, que eu seja punido (Ugo, NP).

Um ponto pacífico e generalizado diz respeito aos supostos *portadores do bom-senso*: os discursos indicam sempre que os próprios entrevistados e as equipes das quais fazem parte são rigorosos, cuidadosos, evitam prescrever desnecessariamente. No que diz respeito aos entrevistados dos CAPSi, há uma tendência também em achar que o trabalho dos outros CAPSi é bom, cercado dos mesmos cuidados.

Essa coisa com remédio já tinha cuidado muito criterioso em relação a equipe em medicar (César, PQ).

Eu tento ensinar aos residentes, a gente tem que ser bem criterioso. (...) Eu tenho bastante critério para tratar medicamento (Luís, NP)

Mas eu sou criterioso (Flávio, NP)

A maioria esmagadora dos casos já chegam medicados. Muitas crianças já tinham atendimento em outro lugar. Alguns eram de outros CAPSis, mas aí chegam com o trabalho já feito, é bem mais fácil. Quando era só com o neurologista a coisa fica um pouco mais complicada, porque às vezes o tratamento era só isso (Lucas, PQ)⁹⁰.

Quem discordaria disso? Suponhamos que os entrevistados sejam honestos e que, de fato, sejam muito cuidadosos, medicando “apenas quando necessário”, por exemplo. Como é que, apesar deste esforço, lidam com situações limites, difíceis, que são, afinal, habituais e diárias nesse tipo de clínica? Que tipo de contradições carregarão? Que tipo de engrenagens os impulsionam a tratar de uma forma ou de outra? Ou somente os “maus profissionais” estariam sujeitos a processos de medicalização? Quem os julgaria?

É muito interessante essa oposição “eu/nós” e “o outro” no que diz respeito à prescrição. De um lado, cuidado, atenção, integral, preocupação com efeitos nocivos da medicação; por outro, incompetência, equívoco, pressa em medicar – inclusive entre “grandes nomes”.

Um caso passou por vários lugares, neurologistas. Cada um enfiava remédio, saía de um profissional, e grandes caras, hein!... Grandes nomes da neurologia e da psiquiatria medicaram. Chegou a criança completamente medicada, num sofrimento incrível, se auto-mutilando. (...) O neurologista tacava o remédio, quando a gente conversou com

⁹⁰ Para mais falas, ver 4.1.d.2, no quadro ao final do capítulo.

os pais e com a criança, deu uma volta no caso. Parou o remédio, os pais começaram a se tratar (César, PQ)

De modo geral, as posições sobre o controle da medicação (tendo como o caso exemplar o metilfenidato) são ambíguas: por um lado, pensa-se que é necessário estabelecer esse tipo de controle; por outro, não se deve limitar a liberdade do médico, que é soberana. Daí a noção do “traficante”, como já abordado. Poucos entrevistados apresentaram uma visão contundente acerca da necessidade de se estabelecer algum tipo de controle. A maioria age com parcimônia: deve-se preparar e não controlar; a punição deve ser feita apenas para os que saem da média, o não-especialista deve ser mais controlado do que o especialista, há que se considerar o bom-senso do médico na hora de medicar etc.

O profissional tem que ter um controle, não dá para o Estado ter controle de um medicamento e quem prescreve são as pessoas. A pessoa que prescreve tem que ter consciência (Bruna, PQ)

Apenas uma entrevistada se posicionou firmemente a favor desse tipo de controle.

É o mínimo a se fazer, ter algum critério. As pessoas têm que justificar porque vão prescrever essa medicação (Olívia, PQ).

Como os próprios entrevistados demonstraram, a escolha pelos caminhos dos tratamentos não são pré-definidos pelas condições apresentadas pelas crianças, não são inerentes a elas. Os tratamentos, farmacológicos ou não, variam de acordo com a conexão estabelecida entre os sintomas ou diagnósticos e os conhecimentos advindos das pesquisas clínicas, a resposta individual dos pacientes, o tipo de demanda trazida pela família ou pela escola, as decisões conjuntas da equipe, as pressões sofridas por diversos lados, a experiência pessoal do clínico, a medicação já estabelecida por outro médico em momento anterior, entre diferentes fatores.

A partir da pergunta “quem medica?”, procuramos identificar os diferentes papéis que os possíveis prescritores exercem e como enxergam as suas práticas, frente à ação dos demais especialistas. As práticas discursivas mostram, entre outros elementos, que os próprios médicos não se vêem comprometidos com qualquer forma inapropriada de medicar, atribuindo equívoco aos demais (e sobretudo aos outros especialistas e serviços). Embora eles reconheçam o caráter extremamente desafiador de sua prática e o aspecto limítrofe e complexo do seu objeto, parecem interpretar as ações frente às condições das crianças a partir de critérios de erro *versus* acerto, sem identificar as nuances e sutilezas que os levam a considerar a “cautela” como um critério

absoluto e a definir aquilo que se trata ou não como “extremamente necessário”, aspecto que, pelo menos nas entrevistas, não ficou muito claro.

4. 2 Que tipos de associações, comparações e metáforas são usadas?

Ao referirem-se aos psicotrópicos, os entrevistados usaram algumas associações, comparações e metáforas, como a noção do psicotrópico como insulina, como aspirina e como água-benta; o medicamento em seu significado simbólico; os tratamentos mágicos; e Sodoma e Gomorra.

É muito clara a ideia de que o medicamento pode diminuir certos sintomas, mas que ele não é capaz de resolver *problemas sociais* das pessoas, geralmente traduzidos pela noção de *trauma*, situações que aparecem com frequência na clínica. Contraditoriamente, se fica claro que ele não pode ter esse tipo de solução mágica, há a prescrição também em momentos em que eles consideram que o problema é nitidamente social, não tratável do ponto de vista estritamente médico. Uma entrevistada, em especial, utilizou algumas imagens ilustrativas, comparando psicotrópicos a outros medicamentos e transtornos mentais a outras condições e doenças. Ao citar o caso de um menino que começou a ter comportamentos estranhos, impróprios na escola, depois de presenciar situações de violência na família, ela aponta para essa contradição, usando a ideia da *água benta*.

Esse menino tem um trauma. (...) Eu encaminhei (...) pro psiquiatra para ver se ele precisava de medicação por algum tempo, mas a gente às vezes simplifica muito. “Dá um remédio que passa”. Que remédio vai passar essa sensação, o pavor que ele tem? Eu falo pras mães: “Eu não tenho água benta. Eu tenho um remédio pra quem precisa, tem coisas que não dá”. Eu brinco: “Se eu tivesse esse remédio que a senhora quer, eu tomava também, porque eu também queria isso tudo” (Fúlvia, NP)

Um menininho de sete anos foi medicado aos seis, profundamente traumatizado. (...) Na primeira intervenção a mãe fala: “Eu acho que ele precisa de psicologia” e o médico fala: “Não, é melhor medicá-lo

porque ele tá muito angustiado”. Ele teve uma crise na escola, bateu em todo mundo. *Saíram logo medicando o menino* (Olívia, PQ)⁹¹

A imagem do medicamento e seu significado simbólico também aparece com certa frequência. Para além de sua função farmacológica, ele é revestido do cuidado, da atenção que se dá à criança e à família.

Ela se sente mais apoiada pela medicação, não só o medicamento em si, também tem o significado simbólico. Por que a criança está precisando de medicação, por que a família está precisando que a criança seja medicada? (Beth, PQ)

A medicação tem muito mais do que a química dela. É você *estar no serviço, sendo olhado por um médico* que vai falar: “Olha, você vai tomar isso aqui a cada 12 horas” (César, PQ)

Um modelo usado para justificar a necessidade do medicamento é aquele da diabetes, e o psicotrópico como insulina – e, com isso, vem junto a noção de que o psicotrópico deve ser usado com a mesma seriedade, a mesma necessidade, e deve-se lidar com seus efeitos de uma maneira semelhante, ou seja, de forma inquestionável:

A saúde mental tem uma peculiaridade. *Se você pega uma criança diabética, e a glicose dela está 500, ninguém vai te questionar se ela precisa da insulina ou não, tem que ser dado e ponto, acabou* (Paula, PQ)

Isso é um preconceito em relação à saúde mental, a pessoa tem vergonha de dizer que toma remédio, a mãe fala: “Vou ter que contar?” “*Se seu filho tivesse que tomar insulina você não ia contar no colégio? Meu filho é diabético, ele tem que tomar isso, tem esse efeito colateral*”. (...) Se tiver algum efeito, as pessoas têm que saber (Fúlvia, NP)⁹²

Associam-se os psicotrópicos também ao Tylenol, que tem suas vantagens mas também apresenta seus problemas e efeitos indesejáveis.

Achei leviano uma médica colocar: “Ritalina é igual a cocaína”. É uma medicação, é remédio. *Se você pegar Tylenol você vai ver a quantidade de efeitos colaterais e aquilo tem que ser usado com alguns cuidados, tem quem não possa usar* (Fúlvia, NP).

⁹¹ Para mais falas, ver 4.2.1, no quadro ao final do capítulo.

⁹² Para mais falas, ver 4.2.2, no quadro ao final do capítulo.

Há referências ao apelo dos pais para tratamentos mágicos, exdrúxulos, não sustentados cientificamente, e dos quais não se conhece seus efeitos. É comum a procura dos pais por tratamentos bizarros, diferentes, que não se enquadram na formação do médico. E, por isso mesmo, os pais acabam migrando de profissinal, procurando alguém que atenda as suas expectativas. E em parte isso de deve, segundo alguns entrevistados, às informações transmitidas pela mídia.

Eles vêm: “Conhece o tratamento lá da Rússia, *que bota a criança de cabeça pra baixo, dá três voltas e a criança sai andando?*” “Olha, não conheço isso”. Tem de tudo na internet. (...) A família cismou que quer que a filha faça canabidiol, porque tá na mídia. *Ela não tem indicação de canabidiol* (Gina, NP).

“*Você não trabalha com floral?*” “Eu não trabalho com floral, medicina chinesa não é minha especialidade” (Fúlvia, NP)⁹³

Outra imagem, que não é trazida diretamente pelos entrevistados, mas resume uma concepção sobre a decisão diagnóstica e mais especificamente sobre a prescrição dos psicotrópicos, é aquela de *Sodoma e Gomorra*: uma vez decidida a prescrição, não se pode olhar para trás⁹⁴, não se pode voltar com sua decisão, nem ter dúvidas sobre o que foi decidido. Há que se permanecer firme na decisão, como se não houvesse margem para erro nem incerteza. Qualquer questionamento a essa decisão é sentida como um grande incômodo, considerando-se todos os passos que foram pensados, planejados, decididos.

Feito o diagnóstico com toda a documentação possível, prescrevi. “Ah, eu não vou dar esse remédio”. “Não acredito que eu estou aqui pra isso. Por que não?” “ Porque eu sou contra remédio controlado”. Vocês podem procurar outro profissional, eu só sei tratar dessa forma. Eu não decidi que é assim, é baseado em toda uma formação, experiência (Fúlvia, NP).

Medicar é uma coisa assertiva mesmo, se tem que ser naquele momento, você entra e não tem como se arrepender (Bruna, PQ)⁹⁵.

⁹³ Para mais falas, ver 4.2.3, no quadro ao final do capítulo.

⁹⁴ Na antiga lenda hebraica, presente também no Velho Testamento, duas cidades foram destruídas por deus devido aos graves pecados de seus habitantes. Ló havia recebido dois anjos em sua casa. E dentre os pecados da cidade, consta que a população da cidade tentou invadir a casa de a fim de ter relações sexuais com os anjos. Ló, para defendê-los, ofereceu à população as suas filhas virgens. Os anjos, contudo, salvaram Ló e sua família, permitindo que fugissem de Sodoma, com uma condição: não poderiam olhar para trás. Mas a mulher de Ló, ao sair da cidade, olhou para trás, desobedecendo as ordens dos anjos, e foi transformada em uma estátua de sal. Depois daquilo, as cidades foram destruídas.

⁹⁵ Para mais falas, ver 4.2.4, no quadro ao final do capítulo.

Estas imagens regularmente associadas aos medicamentos evidenciam dois elementos ricos de análise. O primeiro é o que foi chamado do modelo da pílula mágica; e o segundo, a função ou significado simbólico do medicamento.

O paradigma da *pílula mágica*⁹⁶ foi importado pela psicofarmacologia de outros ramos da produção farmacêutica, e consiste na ideia de que cada doença pode ser combatida por uma ação específica, da mesma forma que uma bala disparada pode atingir seu alvo com precisão. Assim, os psicotrópicos agiriam nos cérebros em desequilíbrio de modo semelhante à insulina em relação à diabetes. A consolidação de tal modelo se deu a partir da descoberta, por Ehrlich, no final do século XIX, de que era possível isolar uma célula para atingi-la, sem prejudicar as que se encontravam ao seu redor. No período posterior à segunda guerra, com o *boom* farmacológico, pretendia-se propiciar melhores tratamentos e pesquisar as causas biológicas das doenças mentais, sob clara inspiração no sucesso dos antibióticos. Os transtornos mentais passaram a ser vistos como sendo tão reais quanto as doenças físicas, exigindo terapia semelhante (Whitaker, 2010).

No modelo da pílula mágica, primeiro se identifica a causa ou natureza da doença e depois se desenvolve um tratamento que a neutraliza. A mudança no paradigma psiquiátrico veio ao encontro de uma tentativa bem-sucedida de conferir à psiquiatria o prestígio que precisava para ser confirmada como um ramo da medicina, tão legítimo como qualquer outro. Mas esse modelo não pode ser aplicado ao tratamento de transtornos mentais sem problemas, justamente porque neste caso o tratamento é anterior à descoberta das etiologias orgânicas dos transtornos mentais. Essa transição foi feita às custas de uma inversão conceitual difundida e aceita pelos especialistas e pela sociedade: a ação dos psicotrópicos sobre o cérebro serviria como justificativa para a *teoria do desequilíbrio químico cerebral*, segundo a qual a desregulação dos neurotransmissores provocaria os sintomas psicóticos. De fato, o que se demonstrou até agora é que os medicamentos psicotrópicos provocam uma transformação no funcionamento cerebral, sem que haja evidências suficientes de que as manifestações das ditas doenças mentais sejam oriundas deste desequilíbrio cerebral (Whitaker, 2010).

Já o papel simbólico da medicação é apresentado por alguns entrevistados como mais do que um fim terapêutico, um meio através do qual o médico pode cuidar do paciente: dar atenção, investir nele, a partir de um enfoque positivo. O medicamento é mais um instrumento

⁹⁶ No original, “magic bullet”, literalmente bala ou projétil mágico.

se dedicar ao paciente e lhe dar a atenção que merece. Mas esta não deixa de ser uma forma curiosa de cuidado, uma vez que utiliza como recurso e instrumento primordial uma matéria química com consequências importantes. Será que poderia haver outras formas de cuidado e atenção eficientes que prescindissem do medicamento? Ou será que é impossível para a formação de profissionais de saúde, contar como outro recurso como o mais fundamental para intermediar essa forma de cuidado para problemas mentais e comportamentais?

Canguilhem mostra como a partir do século XIX formou-se uma medicina não-hipocrática no que diz respeito à relação entre natureza e intervenção médica. Hipócrates atribuía à natureza os caminhos que levam à cura do organismo, devendo à medicina *laissez faire* a natureza, ou apoiá-la para cumprir sua potência de cura. Outra tradição foi criada posteriormente não por refutar os sentidos curativos da natureza, mas por não se deixar levar por ela, colocando-se o imperativo da ação médica. É como Charcot, que “retoma a palavra de Tibério⁹⁷ apenas para refutá-la, e lembra ao doente a obrigação de recorrer, sem se fiar em seu próprio sentido, ao homem capaz de saber o que ele mesmo ignora, ou seja, ao médico” (Canguilhem, 2005:20). Isto leva a outra consequência: o imperativo da intervenção. Uma determinada posição ética impede o médico (assim, como muitas outras profissões de saúde e sobretudo os diversos “psi”) de abster-se de qualquer intervenção. Se chamado a tratar, a curar ou a cuidar, é quase impossível recusar esse papel a ele atribuído.

4. 3. Que tipos de negociação se há de fazer?

Na prática clínica, uma série de interferências, sugestões, demandas, incidem sobre as práticas médicas e suas decisões em relação à prescrição, exigindo constantes processos de negociação. Algumas dessas relações aparecem de forma muito regular nas falas dos entrevistados. Em primeiro lugar, há uma série de resistências à medicação, colocadas pelas próprias equipes de saúde mental que trabalham com o médico, sobretudo no contexto dos CAPSi, justamente por seu caráter multidisciplinar e baseado em decisões conjuntas. Por outro lado, há algumas situações em que a equipe de saúde (do próprio ou de demais serviços) exerce

⁹⁷ Imperador romano que havia dito que, depois dos trinta anos, cada um deveria ser seu próprio médico.

uma pressão para que ocorra a medicação. Há também uma tensão constante com a escola, em uma relação dicotômica de demanda, parceria e recusa. A família também oferece ao mesmo tempo demanda e resistência, de onde resultam negociações constantes e conflitos com os médicos. Vejamos mais de perto essas situações.

a. Relações e negociações com as equipes de saúde

No que diz respeito à relação dos psiquiatras dos CAPSi com as equipes de saúde, há uma relação ambígua. Por um lado, elas se mostram parceiras, construindo conjuntamente diagnósticos e direções clínicas. Em alguns momentos, a equipe chega a servir como uma forma de “proteção” ao médico e aos pacientes, pois dilui a demanda dos pais e responsáveis pela medicação e evita a intervenção direta do prescritor. Em alguns casos, a criança não chega sequer a ser acompanhada pelo psiquiatra, pois a equipe entende que ela pode contar com outros técnicos de referência e com outras atividades no serviço que não pressuponham uso de medicamentos. Por outro, é comum que pressione o médico: em alguns momentos, para não prescrever, sobretudo crianças pequenas; em outros, influenciando positivamente a prática da prescrição.

A minha palavra nunca é final, é ótimo dividir responsabilidade. (...) A dificuldade é eles entenderem que precisa mesmo da medicação. Ficam ressabiados quando a gente medica criança nova. (...) Tem que explicar o tempo inteiro, paciência pra falar. (...) É muito difícil as pessoas aceitarem uma criança de 5 anos medicada. (...) Alguém pode ter a fantasia que eu decidi, eu escolhi. Quanto mais nova a criança, mais cobrança (Paula, PQ)

Muitos psicanalistas e o pessoal com um percurso na saúde mental saíram e os jovens entram com menos experiência. O apego, o empuxo à medicação foi muito maior, aumentou⁹⁸ (César, PQ)⁹⁹

⁹⁸ A relação entre a idade do médico e o número de prescrições parece um tema interessante, embora não seja possível aprofundá-la aqui. Na opinião deste entrevistado, os médicos mais jovens tendem a medicar mais, o que promoveria o aumento da medicação no serviço. Quando da apresentação do projeto desta pesquisa em um CAPSi, houve referências da equipe ao fato de que médicos mais velhos, alguns em processo de aposentadoria, tendiam em medicar mais, inclusive crianças pequenas. Dois estudos interessantes, apesar de mais abrangentes e em outros contextos, mostram a relação entre a idade do prescritor e os hábitos de prescrição: uma pesquisa realizada na França mostrou que médicos mais jovens em média prescrevem menos do que os mais velhos (Lancry, Paris, 1997). Outro estudo, na Itália, mostrou que médicos mais jovens tendem a prescrever mais medicamentos cardiovasculares do que médicos mais velhos, ao mesmo tempo que dão menos orientações sobre modificações no estilo de vida (Tocci et. al., 2011).

⁹⁹ Para mais falas, ver 4.3.a.1, no quadro ao final do capítulo.

Essa pressão também pode vir de profissionais de saúde de outros serviços.

Às vezes o profissional encaminha indicando o uso da medicação. Psicólogo, por exemplo. Já tivemos caso que a insistência foi tão grande, colocou uma situação tão embaraçosa, a família exigindo, porque a outra garantiu que aqui ia ter a medicação e eu achei que não era o caso da medicação. E nesse impasse tivemos que fazer um documento pro outro serviço (César, PQ)¹⁰⁰.

Em outro contexto institucional, no hospital infantil, um psiquiatra relata as negociações necessárias para a transformação do ambiente, até então pouco acolhedor às crianças e suas famílias; além da grande dificuldade de aceitação de crianças com autismo na enfermaria.

Todas as enfermeiras eram contrárias a acompanhante em enfermarias. Eu fiz um grupo com a enfermagem. (...) Uma delas fez um discurso inflamadíssimo: “As mães atrapalham, sujam o banheiro, criam problema”, outra falou: “Você tem razão, mas se seu filho fosse internado você ia querer ficar com ele, ou ia deixar ele sozinho no hospital?” “Eu ia querer ficar com ele”. Acabou a história. (...) As janelas das enfermarias não tinham grades e ninguém via isso. As mães dormiam no chão porque não tinha cadeira! Elas pegavam as caixas de papelão das medicações e dormiam em cima (Pablo, PQ).

E a outra situação, de aceitação da criança com autismo.

A equipe olha como se fosse um ET. Eu começo a fazer com que a equipe olhe como uma criança e entender alguns daqueles comportamentos. Talvez a gente não entenda a forma, mas o conteúdo. Por que um autista fica balançando a mão? Tem comportamentos repetitivos que dão prazer. Quem nunca passou por isso? Se a pessoa olhar por esse ponto de vista, ela fala: “Não é tão estranho assim, ela tem o exagero de uma coisa que eu sei o que é, mas ela não é um ET, não é completamente fora do que eu posso imaginar” (Pablo, PQ).

Um aspecto geral, presente em quase todas as entrevistas, são os embates e processos de negociação com as famílias das crianças, em relação a diferentes temas mas sobretudo em relação à medicação. Os enfoques são variados. Um deles diz respeito às demandas em torno de direitos, laudos e do benefício conhecido como LOAS¹⁰¹ (Brasil, 1993). Incluem, ademais:

¹⁰⁰ Para mais falas, ver 4.3.a.2, no quadro ao final do capítulo.

¹⁰¹ LOAS é a Lei Orgânica de Assistência Social, que garante, entre outros direitos, o benefício de prestação continuada, que se trata da “garantia de um salário-mínimo mensal à pessoa com deficiência e ao idoso com 65 anos ou mais que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção nem de tê-la provida por sua família”, entendendo-se “pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza mental, intelectual ou sensorial, o qual (...) pode obstruir sua participação (...) na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas” (Brasil, 1993)

a pressão da família pela medicação; a pressão da família por não medicar, ou resistir à medicação, e conseqüentemente convencer a família desta necessidade; e, finalmente, a posição contraditória, em que a família demanda ajuda mas não acata acriticamente ou sem empecilhos a ajuda farmacológica oferecida.

b) A faca no peito: a pressão da família por medicação, e a tentativa do médico de evitá-la ou diminuí-la.

É muito citada, entre a grande maioria dos entrevistados, a pressão sofrida pelos pais a respeito da medicação. A pressão familiar é muito grande, pois há receio de mudança do equilíbrio já estabelecido. É um tema de constantes embates e tensões entre ambas as partes, num exercício regular de convencimento.

A mãe conta uma coisa horrível porque quer sair daqui com um remédio de todo jeito. Se você fala: “Vou te dar uma cartinha, pede para a professora escrever a observação dela, como ele interage com as outras crianças”. 90% das vezes na segunda consulta o discurso está diferente. O desespero do primeiro momento: “Eu tenho que convencer a médica que meu filho tem um negócio, precisa de um calmante”, eu que estou convencendo a ela procurar outra forma de enxergar a criança (Fúlvia, NP).

Aparece também outro ponto pacífico: a grande dificuldade em retirar a medicação de uma criança que já chega ao serviço medicada, mesmo quando não se concorda com a prescrição feita anteriormente. Muitas vezes mantém-se a medicação e procura-se retirá-la aos poucos, não sem grande resistência da família. A ideia de que “é melhor que eu trate do que outro o faça” é muito comum. Daí a preferência em garantir a continuidade do tratamento naquele serviço, ainda que se siga a medicação sem o desejo do próprio médico.

Essa é uma contradição frequente e muito interessante: evita-se medicar, o medicamento é o “último recurso”, frente a outros, multidisciplinares; ao mesmo tempo, há um receio de que, se não se medicar, outro o fará. E o fará mal. Os pais poderão ir embora. Não se pode “perder” a criança. Forte imagem, que condensa a pressão que os entrevistados relatam: uma faca no peito. Ainda que o médico discorde da demanda da família, ele em geral tem poucos recursos para resistir a ela.

Eu só aumento [a medicação] quando a família está me colocando uma faca no peito. Há uma fantasia que o remédio vai tirar a criança

daquele estado, e está longe disso. A gente tem que trabalhar aos pouco para eles entenderem. “Será que não tem um outro remédio?”, uma vitamina que ela escutou falar. Tudo isso vem pra você muito fortemente (César, PQ)

As crianças que tem transtornos graves (...) se você não trata, outro vai tratar. E o outro, sem querer desmerecer o colega, muitas vezes pode tratar errado (Flávio, NP)¹⁰²

Há relatos importantes sobre as inúmeras dificuldades em se dar fim às medicações e prescrições feitas antes do início do atendimento naquele serviço. E isto não pode ser desconsiderado como um dos processos de farmacologização, e mais precisamente dando seguimento a uma prática da qual o médico discorda, mas tem grandes dificuldades em romper.

Retirar a medicação de uma criança que já está medicada é muito difícil mesmo. Eu consigo diminuir gotinhas, ou a criança vai crescendo, eu consigo manter a mesma dose, mas criança que chegou com medicação, retirar é complicado. É raro, porque já se estabeleceu uma situação e é difícil a família aceitar (Beth, PQ).

Em uma interessante entrevista publicada em Ditos e Escritos V, Foucault mostra como se construiu, desde a antiguidade greco-romana uma certa modalidade de cuidado de si que, embora modificado pela tradição cristã, permanece como estratégia de fabricação de si, que procura atingir alguns valores sociais. No âmbito da nossa pesquisa e na reflexão sobre os variados processos de medicalização, isso significa dizer que a busca pelo atendimento de saúde mental, inclusive de crianças, está calcado em ideais estéticos – sejam de performance, de felicidade, de adequação ao meio, que não podem ser distintos de certos estilos de cuidados de si. Mas esta busca não é unilateral, e se constitui, em uma faceta mais obscura, num jogo de poder em que o cuidado de si implica, ao mesmo tempo, numa relação de poder com outrem. Isso significa que a demanda por tratamento está situada em determinadas concepções e ideais do que se deve ser, padrões e referência do que se pode construir, demandando dos médicos sua ação firme em relação a isso, produzindo fortes demandas sociais.

¹⁰² Para mais falas, ver 4.3.b, no quadro ao final do capítulo.

c) A pressão da família por não medicar, ou apontar problemas ocasionados pela medicação; o trabalho em convencê-la de sua necessidade.

Lidar com as resistências da família quanto à medicação também aparece, embora com menos frequência. É comum que ela aponte problemas, queira evitá-la e o médico veja a necessidade de convencê-los a aceitar essa medida.

Tem crianças que chegam sem estarem medicadas e eu acho legal oferecer pra família: “Se for necessário vai ser medicado sim, mas primeiro vamos pensar em outras coisas” (...) *Tem situações que você tem que trabalhar com a família e com a criança: “Está precisando tomar medicação”* (...). Muitas famílias ficam preocupadas, achando que é ruim: “Só vou dar medicação durante um tempo, depois vou interromper” (Beth, PQ)

Eles acham que tem uma solução, que não é isso, que a gente está enganado. Uma dificuldade com os pais é fazer eles entenderem a necessidade da medicação, confiarem que o remédio é importante, tem que dar. Eles lêem a bula e ficam desesperados: “Meu Deus! Mas precisa?” (Paula, PQ).

d) A posição contraditória da família

É comum também um sentimento ambíguo em que os pais demandam a medicação e o estabelecimento de um diagnóstico, mas ao mesmo tempo resistem a eles, pedem outras soluções e não aceitam facilmente a medicação. A pressão da família é fundamental para a decisão de início ou aumento da medicação, o que provoca uma relação conflituosa com a família.

[Os pais] esperam um diagnóstico, uma solução (...). *O curioso é que muitas vezes se você faz o diagnóstico e diz: “Precisa de remédio”, eles dão um passo atrás: “Mas eu não queria dar remédio”* (...) *É um conflito deles.* (...) Uma consulta levou duas horas, uma criança sindrômica, com problemas genéticos e prejuízo escolar, agitada, hiperativa, com avaliação neuropsicológica, a desatenção e impulsividade atrapalhavam a vida dele de fato. (...) Pai e mãe discutindo: “Eu vou dar”. “Eu não vou dar”. Um mês depois: “Como é que faz o remédio mesmo?” É o tempo deles, mas *isso é uma maluquice, esse tratamento não vai dar certo. Ele vai ser intermitente, eles vão vacilar, dão o remédio, não dão.* (...) O menino todo investigado, a parte cardiológica: “Gente, pode dar o remédio com segurança”. *Estava*

*segura da minha prescrição, da necessidade. Quando está tudo pronto eles falam: “Eu não quero dar”. É a liberdade que eles têm. Só atrasa a vida da criança (Fúlvia, NP)*¹⁰³

Há um jogo de forças que incide sobre a decisão a respeito da medicação, sua necessidade, os processos de convencimento, os recuos etc, e que, por sua vez, apontam em várias direções (da família, da escola, do médico, deste em relação a outros profissionais de saúde e diversos outros vetores), evidenciando uma contradição muito típica da psiquiatria e dos saberes a ela atrelados. Não é recente essa demanda oriunda da família, da escola, do bairro, da vizinhança, para o cuidado médico, psiquiátrico. Desde pelo menos a constituição da psiquiatria moderna, situada de acordo com Foucault em torno de 1860, estabelece-se um processo de psiquiatrização de condições e atos até então considerados corriqueiros, habituais, que constituíam o cenário geral e os costumes estabelecidos.

Com o surgimento da figura do anormal, distinto do alienado mental, a demanda pela intervenção médica não pode ser vista como uma relação hierarquizada, na qual impõe-se o tratamento de uma instância superior. Os casos de Henriette Cornier e de Charles Jouy são paradigmáticos desta ruptura. No primeiro, seu ato criminoso¹⁰⁴ aparece como uma descontinuidade com sua história de infância feliz, regular etc, e o aparecimento repentino, insidioso, de uma doença. No segundo caso, surgido posteriormente, tudo na infância do rapaz leva os psiquiatras acreditarem que ali se explica a origem de seu ato – uma infância meio negligenciada, meio errante, desprezada pela escola etc, e que o levou à sua sexualidade livre e a cometer um quase crime de estupro. O caso de Jouy¹⁰⁵ mostra como se constrói uma família que se conecta a um novo sistema de controle e poder. Foi a família da menina que primeiro o acusou e demandou a investigação do caso. Toda a aldeia (os aldeões, o prefeito, o primeiro médico) quis a recolhida da menina a uma casa de correção e do rapaz, a um asilo psiquiátrico. Caso este que mostra, portanto, o estabelecimento de uma “instância de controle de ramificações múltiplas”, um “mecanismo de poder em profundidade”, e que se trata, afinal de

¹⁰³ Para mais falas, ver 4.3.c, no quadro ao final do capítulo.

¹⁰⁴ A decapitação de uma menina, filha de seus patrões, sem qualquer motivo aparente, ou sem qualquer discurso explicativo.

¹⁰⁵ Em uma primeira ocasião, ele esteve com uma menina no campo, que masturbou-o, prática que compunha as relações de sexualidade livres habituais naquele contexto. Contavam, inclusive, com a presença de outra menina. Em um segundo momento, ele a teria arrastado para outro canto, onde teria tentado estuprá-la, situação da qual a menina escapou sem deixar de levar, contudo, umas moedinhas com as quais comprou amêndoas para si própria. Situação que ela escondeu de sua família, por medo de levar um tabefes, mas que foi descoberta por sua mãe alguns dias depois, ao lavar sua roupa, e foi denunciada por sua família.

uma “psiquiatrização mais pedida que imposta” (Foucault, 1975:377).

As demandas surgem mesmo no contexto microscópico, da família e do meio social mais próximo, atingindo autoridades administrativas locais. Esta relação ambígua não é portanto novidade, e deixa clara uma relação em que ao mesmo tempo se demanda intervenção psiquiátrica e se resiste a ela.

4.4 Como se conseguem os medicamentos prescritos?

Há três vias principais através das quais se conseguem os medicamentos, e outras duas formas que aparecem com menos frequência. Os caminhos mais habituais são: o acesso ao medicamento na própria instituição; a sugestão dos médicos de compra dos medicamentos pelos familiares; e a demanda judicial através do Laudo para Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (Brasil, 2013). Neste último caso, há a solicitação de compra especial de medicamentos que não são dispensados habitualmente nos serviços de saúde, junto à Secretaria Estadual de Saúde, prática esta que parece já institucionalizada. Duas maneiras menos frequentes são a distribuição de amostras grátis e o uso pessoal de receituário especial, ambos feitos numa interação informal entre as práticas públicas e privadas.

a) O acesso ao medicamento na própria instituição

Em muitos casos, há o acesso aos medicamentos no interior do próprio serviço, seja no serviço infantil ou como parte da farmácia do serviço maior a que ele está ligado. Às vezes, os CAPSi são espécie de “anexos” de outros serviços, como CMS e hospitais psiquiátricos, contando com uma farmácia unificada. A escolha preferencial costuma ser pelos medicamentos disponibilizados no serviço.

A gente trabalha com o que tem aqui (Paula, PQ)

A gente prioriza o que tem na rede, pelo custo. Nem sempre é o melhor, mas a mãe pode pegar. Tem a risperidona que é bem indicada. (...) Tem [farmácia própria]. A prioridade são os do SUS (Oto, RPQ)¹⁰⁶.

b) A compra de medicamentos por familiares

Outra prática comum é de solicitar que a família compre os psicotrópicos que não são dispensados nas farmácias dos serviços.

A gente conversa que tem uma medicação que não tem aqui, custa tanto... Não é cara a Ritalina, mas caro é relativo (Paula, PQ)

A gente manda o paciente comprar [e] dá preferência por Ritalina de curta duração, mais barata do que a LA, 10 vezes mais cara. Risperidona o paciente tem que comprar e não é barato (Flávio, NP)¹⁰⁷.

c) A judicialização do acesso aos medicamentos

Um aspecto chamou a atenção na forma de se conseguir os medicamentos: demandar e apoiar a família em busca de processos de judicialização de acesso aos medicamentos. O caminho mais comumente relatado é o pedido junto à Secretaria Estadual de Saúde, através da LME.

A gente conversa com a mãe: “A olanzapina (...) tem menos efeito colateral. É caro, mas você consegue pelo LME”. A pessoa vai à Praça XI, se inscreve no programa e tem acesso. A gente tem umas amostrinhas grátis para iniciar o tratamento e quando a pessoa consegue a liberação, ela vai pegar. (...) Nunca tive problemas de mãe carente ficar sem o remédio porque os CRAS e CREAS¹⁰⁸ dão conta disso junto com a gente. A gente tem uma assistente social que ajuda na orientação de onde ir (Bruna, PQ)

Alguns pais entram na justiça. Existe um processo judicial que demora um tempo. [Metilfenidato] consegue. Leva um laudo dizendo que o paciente faz uso regular, eles conseguem. Dificilmente o juiz vai dizer que não tem o direito (Luís, NP)¹⁰⁹.

¹⁰⁶ Para mais falas, ver 4.4.a, no quadro ao final do capítulo.

¹⁰⁷ Para mais falas, ver 4.4.b, no quadro ao final do capítulo.

¹⁰⁸ CRAS – Centro de Referência de Assistência Social; CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social.

¹⁰⁹ Para mais falas, ver 4.4.c, no quadro ao final do capítulo.

d) A interação informal entre serviços públicos e privados, com a distribuição de amostras grátis e fornecimento de receituário especial não disponível no serviço público.

Finalmente, menos citadas mas ainda importantes são outras formas alternativas de se conseguir as medicações, através do intercâmbio com os consultórios privados e o fornecimento de amostras grátis, não só pelos representantes comerciais, como também pela redistribuição de medicamentos excedentes dos próprios pacientes.

Os médicos que têm consultório fazem doação para a gente. Hoje em dia [os representantes comerciais] não vêm muito em instituição pública, a gente depende da boa vontade dos colegas (Bruna, PQ)

A gente ganha de amostra de laboratório. Paciente que já fez uso e parou, dá o que comprou a mais, que ele recebeu, a gente guarda e fornece, mas isso é extra oficial. (...) Aqui também tem representante (Luís, NP) ¹¹⁰.

Um único entrevistado fez referência à pressão da indústria farmacêutica:

Apesar dos laboratórios me adorarem, eu sou uma pessoa muito franca. As medicações existem, mas não são insubstituíveis. A medicação de curta ação é excelente (Flávio, NP).

Esses hábitos mostram um problema importante em relação à prescrição de psicotrópicos, com o hábito de solicitar os medicamentos por outra via que não a dispensação no próprio serviço, tanto estimulando a compra pelos pacientes quanto participando ativamente da judicialização dos medicamentos. Esta se trata do “uso da via judicial para fornecimento de medicamentos” (Pepe et al, 2010), prática que tem se tornado significativa no contexto brasileiro. A demanda judicial ocorre quando há a demanda de medicamentos que não estão incluídos nas listas de medicamentos essenciais, seja na RENAME (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais), seja nas listas municipais ou estaduais. A judicialização ocorre também pelo pedido de medicamentos que não tenham registro sanitário ou não tenham sido incorporados pelo SUS, e está ligada à forte influência da indústria farmacêutica e a grandes conflitos de interesses. Há inclusive assessoria fornecida ao judiciário e que deveria ser, em tese, destituído das influências da indústria e de grandes entidades privadas (Farias, 2015). A via judicial é também um caminho possível para a inclusão de determinado medicamento nas listas de medicamentos padronizados, como foi o caso do metilfenidato no Espírito Santo

¹¹⁰ Para mais falas, ver 4.4.d, no quadro ao final do capítulo.

(Caliman, Domitrovic, 2013).

4.5 Qual é o papel da medicação frente ao tratamento como um todo?

Embora o discurso dos psiquiatras seja em geral acusatório em relação às medidas supostamente medicamentosas dos neuropediatras, os posicionamentos de ambos aparecem, nas entrevistas, de forma muito semelhante. A ideia que prevalece é de que a medicação é apenas uma parte da estratégia total do tratamento à qual este não deve ser reduzido. Ambos situam a decisão pela prescrição no contexto do tratamento multidisciplinar, seja no próprio contexto institucional, realizado em conjunto, seja numa relação de referência a diferentes especialidades em outros serviços.

Apesar de ser comum uma proximidade muito grande entre as práticas discursivas das duas especialidades, há uma diferença na forma de se relacionar com o acesso a essa equipe. Entre profissionais que trabalham nos CAPSi e aqueles que atendem ns ambulatórios, mais do que do fato de se tratarem de psiquiatras e neuropediatras, há maneiras diferentes de se referir aos profissionais de outra formação. É mais comum, no segundo caso, comentar as limitações de acesso ao tratamento, mostrando dificuldades no encaminhamento e na relação fragmentada entre os serviços, uma vez que as demais especialidades encontram-se em outros serviços, demandando encaminhamentos. Já no CAPSi há referências aos próprios profissionais que trabalham ali, numa ação mais coletiva.

[No CAPSi] tem fono, terapeuta ocupacional, musicoterapeuta, a parte medicamentosa, tem psicólogo, *tem uma gama de profissionais que vão investir para ver o que fica mesmo, pra ver o que é patológico depois de tanto investimento* (Bruna, PQ)

Aqui tem psiquiatria infantil e psicólogas, mas eles não têm como absorver as crianças na quantidade que é, então *a gente faz uma guia de referência e as crianças que precisam de terapia e estimulação, fono, pedagogo, vão pra instituições filantrópicas, ou convênios. Elas falam: “Vou ter que escolher, não dá pra fazer tudo”. É fingir que está atendendo, receber a criança, fazer diagnóstico e dizer: “Ela precisa...”* A maioria dos problemas precisam mais de uma estrutura de reabilitação, estímulo e apoio, do que vir a cada 3 meses, porque a maioria não vai nem tomar remédio, não tem exame pra fazer, tem um

caminho pra seguir [que] não tem. A criança volta dizendo: “Doutora, não está melhorando”. *Mas não melhora porque não está recebendo o que precisa.* Eles não precisam de neurologista, mas de uma estrutura. Quando a criança responde às terapias (...) e eu tenho a oportunidade de deixá-la sem o remédio, eu tento tirar (Fúlvia, NP) ¹¹¹.

Desta maneira, tanto entre psiquiatras quanto entre neuropediatras, há o discurso habitual de que o medicamento cumpre apenas uma parte pequena do tratamento como um todo, frente a todas as intervenções multidisciplinares. De modo algum as entrevistas confirmam a ideia disseminada entre psiquiatras que os neuropediatras conferem um papel mais central do medicamento, e assim como os primeiros, contam com outros profissionais de saúde para a base do atendimento às crianças.

Isso não indica, contudo, que não haja sutilezas nessas práticas. Tanto em um como em outro caso, é comum o relato de que o atendimento multiprofissional seja muito limitado pela oferta insuficiente da rede de saúde, assim como as grandes dificuldades de acesso a esses profissionais. Isso, de certa maneira, parece menos marcante na fala dos psiquiatras dos CAPSi, que relatam contar com outros profissionais no interior mesmo dos serviços, sem precisar fazer encaminhamentos para outras estruturas. No entanto, isso não significa dizer que os CAPSi proporcionam maior acesso à rede, mas eles são, em geral, o resultado deste acesso, e acompanham de forma mais distanciada as dificuldades que os demais enfrentam para a construção dessa rede e da articulação com diferentes profissionais.

Há outro aspecto interessante. Apesar de ambos citarem o tratamento multiprofissional como o centro do tratamento, relativizando o papel dos medicamentos, muitas vezes a impossibilidade deste acompanhamento pela rede é substituída pelo uso do medicamento, como se este pudesse cobrir, mesmo que parcialmente, o trabalho conjunto multiprofissional.

4.6 O que e para quem se medica?

Em relação àquilo que se pretende medicar, as entrevistas mostram que a medicação ocupa um lugar que vai muito além da relação entre sintomas, diagnósticos e tratamentos. Uma

¹¹¹ Para mais falas, ver 4.5, no quadro ao final do capítulo.

série de fatores sutis permeiam as decisões por medicação, atendendo o suposto sofrimento da criança (suposto porque conta sempre com um intermediário, que aponta para essa necessidade) e da família, as dificuldades familiares, o ajustamento social, as demandas escolares, e determinadas características predominantes da criança. A respeito das crianças pequenas, o discurso é sempre favorável a não medicar, muito embora isto não aconteça de forma absoluta.

Alguns dos aspectos levantados que justificam o uso de medicamentos foram: a relação entre o diagnóstico e o sintoma; a agitação psicomotora; as convulsões e a epilepsia; a enurese noturna; jovens que não saem de casa; a noção de medicar para então tratar, ou medicar o tratamento; a relação entre problemas motivados e imotivados; a angústia do médico; o abuso sexual; a queixa da mãe; a sedação; a questão contraditória a respeito da performance; e a relação ambígua entre sofrimento mental e adaptação social. Retomemos, portanto, ponto por ponto, com destaque aos dois últimos aspectos.

Uma questão bastante frequente quanto aos critérios para medicação é a *relação entre diagnósticos e sintomas*. Por um lado, o que se medica, sobretudo na primeira infância, e durante o processo de escolarização, são sintomas como agitação, agressividade, dificuldade de concentração e atenção, que podem se encontrar em diferentes diagnósticos, sem uma relação imediata entre eles. Tomando como exemplo o autismo infantil, ele é caracterizado, segundo a CID-10, da seguinte forma:

Transtorno global do desenvolvimento caracterizado por a) um desenvolvimento anormal ou alterado, manifestado antes da idade de três anos, e b) apresentando uma perturbação característica do funcionamento em cada um dos três domínios seguintes: interações sociais, comunicação, comportamento focalizado e repetitivo. Além disso, o transtorno se acompanha comumente de numerosas outras manifestações inespecíficas, por exemplo fobias, perturbações de sono ou da alimentação, crises de birra ou agressividade (auto-agressividade) (Brasil, 2016)

Já o autismo atípico é assim definido:

Transtorno global do desenvolvimento, ocorrendo após a idade de três anos ou que não responde a todos os três grupos de critérios diagnósticos do autismo infantil. Esta categoria deve ser utilizada para classificar um desenvolvimento anormal ou alterado, (...) e não apresentando manifestações patológicas suficientes em um ou dois dos três domínios psicopatológicos (interações sociais recíprocas, comunicação, comportamentos limitados, estereotipados ou

repetitivos) implicados no autismo infantil; existem sempre anomalias características em um ou em vários destes domínios. O autismo atípico ocorre habitualmente em crianças que apresentam um retardo mental profundo ou um transtorno específico grave do desenvolvimento de linguagem do tipo receptivo (Brasil, 2016).

Nesses casos, o diagnóstico é feito com base em muitos sintomas inespecíficos, como as próprias definições prevêm, e que portanto podem surgir em outros casos não caracterizados como autismo (como é o caso das perturbações da alimentação, acessos de birra etc.). Por outro lado, mesmo as características mais típicas, como estereotípias, não são necessárias para o diagnóstico de autismo, ou outras, como comprometimento na interação social, podem aparecer em graus tão variados ou também em outros transtornos, de modo que com pequenas exceções, não há uma relação específica entre os sintomas (a ser tratados) e o transtorno diagnosticado.

Consequentemente, corre-se o risco de se tratar e medicar qualquer característica indesejável, o que coloca os clínicos num constante esforço de pesar e medir essas diferentes necessidades. Mas em geral o tratamento prescinde do diagnóstico. Diversas foram as referências à necessidade de tratar, independente da existência ou não de um diagnóstico formal.

Nenhum diagnóstico tem uma demanda necessária de medicação, seria mais pela intensidade do sintoma. Uma criança autista não vai precisar de medicação e outra vai. Uma criança com ansiedade de separação pode precisar ou não (Pedro, RPQ)

[Um critério] é ter uma noção de diagnóstico. Eu posso não ter certeza ou ele pode não preencher todos os critérios, mas eu não posso tratar só o sintoma, senão eu vou me perder. “Ele é agitado” é uma queixa super comum (Fúlvia, NP) ¹¹²

Além da agressividade, como veremos com maiores detalhes no capítulo 6, a *agitação surgiu como um dos aspectos mais habituais* como necessidade de medicação, nessa faixa etária.

Retardo mental que não seja agitada, não vai ter medicação. Sim, a *agitação vai ser um fator importante que pode limitar as terapias* da criança. E talvez tenha que começar uma medicação (...). Se ela não tiver uma agitação importante, que atrapalhe o dia-a-dia, a gente não começa a medicação. A gente dá preferência pra tentar as terapias nas

¹¹² Para mais falas, ver 4.6.1, no quadro ao final do capítulo.

crianças antes de começar medicação (Brenda, RNP) ¹¹³.

Para além da agitação, as *convulsões e a epilepsia* são consideradas sempre pelas três especialidades como critério fundamental para medicar.

Eram casos neurológicos, de epilepsia, convulsão, você não vai brincar com essas coisas, tem que medicar (César, PQ) ¹¹⁴

Outro motivo pra medicação, muito embora apareça com menos frequência, é a *enurese noturna*.

Na enurese noturna a medicação pode funcionar. A criança faz xixi na cama toda noite e está difícil de controlar, você já colocou ela na terapia. Você dá uma medicação, (...) o ambiente fica menos estressante. Ela faz xixi na cama, a mãe acorda no meio da noite e tem que limpar a criança, a cama, fica estressado. Cinco anos é o limite porque até três e pouco a criança está tirando a fralda, então ainda é comum (Zilda, RPQ)

Na criança pequena eu não gosto de fazer antidepressivo porque agita, mas às vezes tem enurese noturna, a gente faz imipramina (Bruna, PQ)

Outra questão apontada com certa frequência, muito embora jamais em referência a crianças pequenas, mas unicamente a adolescentes, são os *jovens que não saem de casa*, deixando de ir à escola e de ter quaisquer atividades sociais. É comum que se relate o uso de medicação para essa população, para que passe a se inserir em diferentes espaços de socialização.

Isolados dentro de casa um tempão. Não conseguir vir ao serviço, a gente fazia uma VD¹¹⁵, as psicólogas trabalhando com ele, aí ela percebe que não está caminhando. Às vezes consegue trazê-lo, começa a permanência. Às vezes não consegue, uma psicose, uma coisa mais complicada, eu vou lá e converso com ele: “Vamos tomar o remédio. Vai te ajudar”. Ele aceita, toma o remédio e vem pra cá. Diminui o delírio, ele consegue sair de casa. Temos dois, três casos assim (César, PQ) ¹¹⁶

Uma questão paradoxal diz respeito a *quando se medica o tratamento, ou se medica*

¹¹³ Para mais falas, ver 4.6.2, no quadro ao final do capítulo.

¹¹⁴ Para mais falas, ver 4.6.3, no quadro ao final do capítulo.

¹¹⁵ Visita domiciliar.

¹¹⁶ Para mais falas, ver 4.6.4, no quadro ao final do capítulo.

para então tratar. Ou seja, quando medicar se torna uma estratégia para tranquilizar a criança, a fim de que ela se insira no tratamento multiprofissional. Isto mostra a noção relativamente usual de que a medicação é uma forma de permitir o tratamento não medicamentoso, uma vez que, no limite, o sintoma “atrapalha” o tratamento. Segundo este critério, a medicação deve possibilitar a realização do trabalho terapêutico. Se, devido aos sintomas, a criança não consegue participar das atividades do CAPSi, ou de tratamentos multidisciplinares, a medicação surge como intervenção que permite esse tipo de intervenção.

O sintoma está perturbando o trabalho de toda a equipe, você vai em cima do sintoma, tenta melhorar ele. Depois que a gente avançar na clínica, você recua o remédio (César, PQ)

A decisão vai ser baseada no quanto aquilo está atrapalhando a vida diária do paciente. *Está atrapalhando na psicóloga, na fono, está atrapalhando na escola, tá no tratamento multidisciplinar como um todo, tá atrapalhando socialmente, não consegue ir numa festinha, fazer nada* (Bento, NP)

Costuma-se medicar também em relação ao que se sabe ou não se sabe *sobre a etiologia do problema, sendo ora um problema motivado, ora um problema imotivado.* Em alguns casos, identificar que se trata de um problema imotivado implica em tratar, o que não acontece quando o problema é motivado. Em outros, fala-se da necessidade de se tratar com recursos farmacológicos diferentes quando são casos motivados ou imotivados. Mas isso podemos identificar melhor no capítulo 6, quando alguns entrevistados mostram a relação entre a agressividade e situações motivadas ou imotivadas.

A busca ou identificação de relações de causalidade interfere, de modo distinto, entre diversos entrevistados. Para um deles, a identificação de fatores desencadeantes (como por exemplo, a separação dos pais) indicaria que a característica da criança não seria exatamente um sintoma, mas o reflexo de uma situação que, uma vez retirada, ou resolvida, traria um novo desfecho para o caso. Por outro lado, quando não se consegue identificar uma possível origem do problema, o foco torna-se o *tratamento* mais focado na criança.

Alguns sinais e sintomas podem camuflar um diagnóstico, ao mesmo tempo você pode classificar esse paciente dentro de um quadro e de repente não ser. *Será que ele tem TDAH só porque ele é agitado, ou tem alguma coisa que tá agitando ele em casa?* Isso não é TDAH (Flávio, NP).

Ficou evidente que a separação [dos pais] era o agente. Morreu

alguém da família, coisas que você percebe. Mas *[se] você não encontra coisas para trabalhar ou mesmo que encontra, está muito difícil, a gente usa a medicação*. Às vezes não é possível, mesmo identificando as possíveis causas (César, PQ).

Encontramos também, nas entrevistas, motivos outros para medicação que não centrados única ou primordialmente na criança. Uma entrevistada refere-se à prática de *medicar a angústia do médico*.

A pressa da medicação é do médico, a angústia medicada é nossa. Eu quero dar uma resposta. [Quando] não sabe o que fazer porque as situações são muito difíceis, a gente medica a nossa própria angústia. Aí atrapalha tudo. Ao medicar e a maneira que você medica, você destrói toda possibilidade de que isso se desconstrua ao longo do tratamento e você não dá outra oportunidade pra criança (Olívia, PQ).

A gente tá vivendo uma época muito complicada, tudo está banalizado, tudo é TDAH e acaba em Ritalina. *A pressa eu chamo de furor diagnosticandis*. Uma criança não tem espaço para expressar a sua dor, sua angústia, ela não pode dar um soco, um tapa. Não pode ficar agitada que tá com TDH (Olívia, PQ).

Fala-se também de medicação em casos de *abuso sexual*.

Se um adolescente ficou com muita angústia e aquilo tá virando uma depressão, a gente trata. Se é uma criança pequena e gera agressividade, a gente tem que medicar, mas evita. Tem que ser tratada com terapia, ser ouvida em que circunstância aconteceu. Se foi repetitivo, se não foi. Quem foi? A gente dá suporte à criança e à família. Às vezes é necessário tirar a criança da família para proteger, mas é raro. Geralmente não foi ninguém que mora com ela, foi um tio, um avô, um primo. Alguém de alguma instituição que essa criança participava. Mas graças a Deus esses casos de abuso não são muitos (Bruna, PQ).

Há também situações em que *se medica a queixa da mãe*, ou se reflete sobre a necessidade e os limites desta prática.

Tem mãe e pai que falam: “Doutor, eu não aguento mais”. Eu já ouvi a mãe falar que dá vontade de jogar o filho pela janela. *Essa família está doente, tem que ser acompanhada, mas o medicamento também tem um grande auxílio (Luís, NP)*¹¹⁷

Há também situações em que se critica o uso das medicações, e um deles é *medicação*

¹¹⁷ Para mais falas, ver 4.6.5, no quadro ao final do capítulo.

como recurso para sedação, não de forma literal, para algum procedimento cirúrgico, doloroso etc., mas como uma forma de deixar a criança menos ativa, ou sob contenção química.

A medicação vai deixar a criança sedada, (...) mas e tudo que ela tinha que ganhar naquele período? O desenvolvimento que tinha que aprender, e não vai conseguir porque está sedada, dormindo? (...) A queixa maior é de “tá agitado, tá agressivo”, aí falei: “você vai conter a criança quimicamente, mas não vai resolver o motivo dela estar agitada, agressiva”. Outras intervenções vão ser muito mais eficazes (Zilda, RPQ) ¹¹⁸

a) O uso performático dos psicotrópicos, críticas e contradições

Um aspecto muito interessante a respeito do uso da prescrição revela um contraste e uma contradição importante, a partir da *crítica feita ao uso performático dos psicotrópicos*, também conhecido como *enhancement*, ou, em português, aperfeiçoamento ou aprimoramento. Conrad define *enhancement biológico*¹¹⁹ como o uso de “meios médicos para melhorar o corpo ou a performance e são então formas de medicalização” (Conrad, 2007:70).

Tal prática implica no uso de tecnologias médicas a fim de aumentar o aperfeiçoamento físico e a performance, seja ela física, seja ela cognitiva ou intelectual. No primeiro caso, trata-se de formas de modificação corporal, como prótese mamária ou cirurgias plásticas; no segundo, o uso de hormônios para atletas e Viagra para melhor desempenho sexual.

No caso específico da performance cognitiva ou intelectual, trata-se do uso de medicamentos psicotrópicos por pessoas que não foram diagnosticadas com nenhum transtorno mental, mas que fazem o uso de diversas substâncias para aumentar sua performance intelectual: como estudar (para concursos, por exemplo), trabalhar, cumprir tarefas que exijam concentração, manter-se acordado e produtivo por mais tempo, etc. É o caso das “drogas da inteligência”, “supermemória”, “viagra do cérebro”, “turbinar a cabeça” etc. (Nogueira, 2009).

¹¹⁸ Para mais falas, ver 4.6.6, no quadro ao final do capítulo.

¹¹⁹ Ele especifica o fato de o *enhancement* ser biológico pois considera que as pessoas buscam o aperfeiçoamento de suas habilidades de outras maneiras que não através do conhecimento médico – como aulas de música, por exemplo. Ele três formas de *enhancement*: 1. Normalização: forma de alcançar uma condição considerada “normal” ou socialmente esperada, como o tratamento com o hormônio hGH para pessoas baixas, mas cujo estado não configura uma patologia. 2. Reparo: forma de rejuvenescer ou reestabelecer uma condição anterior, como o combate a certas condições do envelhecimento, ou o uso do Viagra para retomar uma performance sexual anterior. 3. Performance: objetivo de melhorar o desempenho físico (por atletas, por exemplo), ou cognitivo, como o uso de Paxil para timidez.

No entanto, os limites que separam o tratamento de uma determinada doença e o *enhancement* não são claros, uma vez que a definição de saúde não é rígida, dependendo das condições sociais nas quais se encontra. Conrad dá um exemplo de um suposto “transtorno de déficit de memória”, diagnóstico que poderia decorrer da descoberta de uma nova droga capaz de aumentar a memória (Conrad, 2007).

O fenômeno do *enhancement* provoca vozes dissonantes. Para Harris et. al., por exemplo, o uso de drogas para obter o *enhancement* cognitivo é uma forma tão legítima como ter aulas particulares ou “expressos duplos”. Para eles, o argumento de que este não é um mecanismo natural não é válido, pois a vida humana não é natural: nossas casas, roupas, comidas, tampouco são estados “naturais”, e nem por isso desprovidos de valor. Eles entendem que a crítica a essas formas de aperfeiçoamento tem suas raízes na ideia de que elas não se dão a partir do esforço humano, sendo uma forma de “trapacear”. E este tipo de “atalho” é visto com maus olhos em nossa sociedade (Harris et al, 2008).

Eles reconhecem, contudo, problemas éticos presentes na discussão acerca do *enhancement*, como a *segurança*: o desconhecimento dos prejuízos proporcionados pelas drogas, como seus efeitos colaterais, limita seu uso. Defendem que uma abordagem baseada em evidências é importante para se avaliarem os riscos e benefícios do *enhancement* cognitivo; a *liberdade*: argumento serve para os dois posicionamentos; por um lado, é importante que as pessoas tenham a liberdade de se aperfeiçoar, sendo válido o uso de drogas para isso. Por outro, corre-se o risco de se obrigar pessoas a usarem tal recurso (por exemplo, para a performance militar ou crianças impulsionadas por pais exigentes ou por professores que querem turmas mais organizadas); e a *justiça*: o *enhancement* implica em uma diferença de performance que deixa uns em vantagem em relação a outros, o que é especialmente problemático em situações de competição, em que o melhor desempenho de uns representa o prejuízo de outros. No entanto, os autores defendem, situações injustas já existem independente de *enhancement* por drogas. É o caso de aulas particulares, cursos preparatórios e outras experiências que colocam alunos em situação desigual.

É justamente por trazer benefícios e ao mesmo tempo problemas éticos importantes que o *enhancement* é um tema polêmico, arrancando opiniões acaloradas de diferentes pontos-de-vista. Segundo uma dada visão, o *enhancement* é uma forma de alcançar vantagens competitivas, o que pode ser explorado negativamente pela indústria biotecnológica, a fim de uma busca inalcançável de se atingir a perfeição. Um discurso oposto considera que o ser

humano sempre buscou tais vantagens competitivas e os recursos médicos são apenas uns dentre tantos outros possíveis; que criar limites a isso é acabar com as condições de liberdade e da escolha dos indivíduos para buscar transformações em seu corpo e em sua produção intelectual.

Esta polêmica fica muito clara nas entrevistas, pois para todos os entrevistados que comentaram sobre o tema, persiste a crítica de que a prática do aperfeiçoamento cognitivo é indesejado e mesmo equivocado. No entanto, as entrevistas evidenciam que essa separação entre tratamento e aprimoramento é de fato bastante obscura. Em certa medida, prescrever um medicamento a partir de um determinado diagnóstico garantiria o seu uso estritamente médico, e necessário. Mas como veremos, esses limites não são tão claros como se gostaria.

Um dos critérios mais prevalentes para justificar o uso de medicação psicotrópica em crianças e especialmente em crianças pequenas é aquele de que o sintoma da criança “atrapalha” a sua vida, enquanto aquele da criança ser tida como “diferente” é visto com maus olhos. Em geral, não se admite a possibilidade de medicar simplesmente porque a criança foge à “média”, ao padrão – crítica muito comumente feita às escolas. Mas será que isso é possível, na prática? E quais serão os limites entre o “atrapalhar” no sentido de anormal ou no sentido de anômalo¹²⁰? De que maneiras sutis isso ocorre na clínica?

O uso dos medicamentos para performance é o exemplo por excelência do incômodo dos médicos e do suposto equívoco na prescrição. Ao mesmo tempo mostra uma contradição importante, porque a questão da performance encontra-se num limiar muito sutil das decisões e das ações a *corrigir* e a *tratar*. Quando utilizados para aprovação em concursos públicos e estimular os estudos, os medicamentos são vistos com prejuízo na hierarquia das funções dos medicamentos. O metilfenidato é um exemplo típico, nas entrevistas, pois é utilizado ao mesmo tempo para o diagnóstico de TDAH e para garantir a performance em provas e concursos públicos (Nogueira, 2013). Todavia, este mesmo critério é utilizado, com modificações, para a prescrição médica, já que o desempenho escolar define, em alguma medida, o uso deste medicamento. Seguem alguns exemplos desta crítica e contradição.

¹²⁰ Veremos no capítulo 9 que há dois sentidos de “normal”, conforme mostra Canguilhem. Mas em linhas gerais ele diz haver uma confusão em que se faz coincidir a idéia de norma com aquilo que é funcional, ou desejável, daquilo que corresponde à média, ou ao mais habitual. Nesse âmbito, parece haver uma confusão entre aquilo que é mais frequente e aquilo que corresponde a modificações e constrangimentos que um determinado estado, porque atribuído de valor, impõe ao ser vivo.

Existe o abuso da substância sem indicação: “*Eu vou fazer um concurso público, vou usar Ritalina*”. Isso a gente tem que cortar. [Não medico quando] é uma questão meramente comportamental: a criança é mais inquieta, meio distraída, *mas o rendimento dela está muito bom*. Ela fecha critério, só que ela não tem prejuízo social, *não tem prejuízo escolar* (Luís, NP)

Como o metilfenidato ajuda na concentração, tem *mau uso de adolescente fazendo vestibular e quer dar um "bombada" no cérebro*, e acha que vai ter um bom resultado. A pessoa que prescreve deve ter consciência e dizer: “*Não é uma droga usada para isso. Tem que ser hiperativo. Você tem que dormir mais, estudar mais e ponto final (...)* Tem como evitar os efeitos colaterais. *Usa de segunda à sexta, não usa sábado e domingo. Se a criança está de férias, não usa. Se a criança estuda de manhã e não precisa do remédio de tarde, usa só de manhã* (Bruna, PQ)

Já vi casos de crianças hiperativas em tratamento com Ritalina que *estavam com mal desempenho escolar*, que não conseguia prestar atenção na aula, que isso vinha prejudicando e que *tiveram uma melhora após o início da medicação* (Úrsula, RPE)¹²¹

Dáí depreende-se que existe uma linha tênue que separa o uso do medicamento dito performático, que ajuda o aluno a chegar a conquistas mais altas, daquele quando há “prejuízo escolar”, embora a performance pareça ser vista com maus olhos pela maior parte dos entrevistados que se manifestaram sobre o assunto. Mas ao mesmo tempo, os critérios de desempenho e de performance (inclusive e sobretudo escolar) está muito presente no discurso sobre o tratamento com psicofármacos e é um divisor de águas fundamental. Embora desaprovem o uso performático destes medicamentos, é comum que tomem o critério do desempenho escolar como baliza para fundamentar suas prescrições.

Um estudo interessante feito pela Anvisa mostra como há uma variação importante no uso do metilfenidato de acordo com a época do ano. Segundo nossa interpretação, isto sugere que seu uso é mais frequente quando se aproxima o final dos semestres, períodos de provas e que pressupõem maior necessidade de um *reforço escolar farmacológico*, e menor uso durante o período de férias. Seguem dois gráficos que mostram a variação no consumo do metilfenidato no Brasil entre 2009 e 2011:

¹²¹ Para mais falas, ver 4.6.7, no quadro ao final do capítulo.

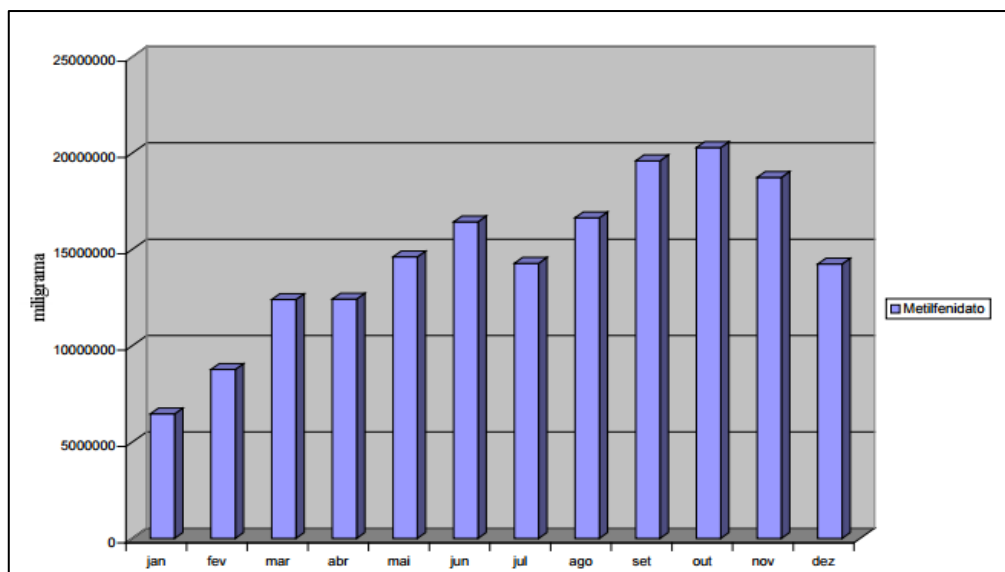


Gráfico 3: Quantidade total de Metilfenidato mensal. Brasil, 2009 (Retirado de Anvisa, 2010:40).

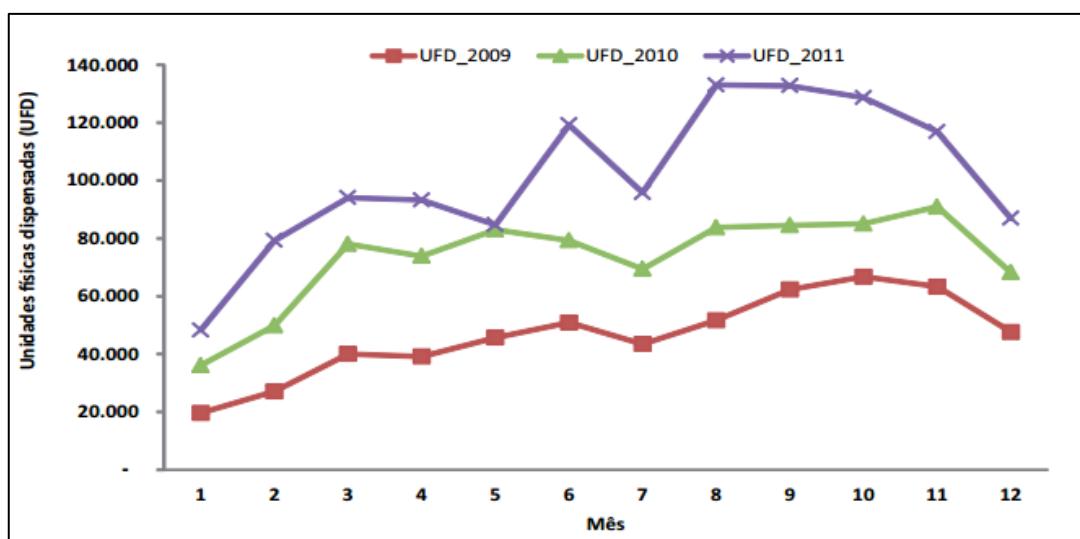


Gráfico 4: Consumo mensal de metilfenidato industrializado no Brasil entre 2009 e 2011 (Retirado de Anvisa, 2012:5)¹²²

Desta maneira, esta variação do consumo de metilfenidato de acordo com o período do ano, conforme visto, sugere que este não ocorre exclusivamente pelo uso sem indicação médica. Os comentários dos médicos entrevistados levam a crer que a própria prescrição oficial também tem variações entre os períodos escolares mais críticos (como períodos de provas) e aqueles de

¹²² Este documento indica também as tabelas de variação mensal do consumo do metilfenidato, entre 2009-2011, no Distrito Federal e em Porto Alegre, cujos Estados indicaram a maior proporção do consumo no país, no período estudado.

férias, por exemplo, ou mesmo entre os diferentes períodos do dia, colaborando para a performance escolar.

b) A questão do sofrimento mental e da adaptação social

Finalmente, um aspecto nos parece fundamental nas práticas discursivas dos entrevistados. De maneira muito aproximada, pode-se afirmar que os argumentos dos entrevistados giram em torno de dois elementos centrais, as noções de *adaptação social* e de *sofrimento mental*, este primordialmente da criança, mas também de sua família. Razões que, contudo, não deixam de estar encobertas ou misturadas. É numa relação a um só tempo oposta e complementar que essas noções se atualizam nas práticas atuais dos saberes médico-psicológicos na infância.

Por um lado, profissionais da neurologia e disciplinas que tradicionalmente carregam um caráter de adaptação – como a fonoaudiologia, a terapia ocupacional, a fisioterapia etc., não sentem constrangimento em mostrar que os objetivos de inclusão, inserção, funcionalidade, aprendizagem, adaptação, são centrais nas terapias. Na psiquiatria, talvez pelas críticas contundentes que sofre, esses objetivos tornam-se menos claros, focando-se mais na ideia de que é preciso tratar quando há sofrimento mental. Isso não implica, contudo, que os outros objetivos não façam parte dos instrumentos utilizados pelos psiquiatras ao justificar a terapia. Embora presentes, eles parecem ser menos valorizados.

Muitas vezes o critério do sofrimento, justamente por seu caráter altamente subjetivo e baseado na impressão sobre si mesmo, é inacessível para outrem, seja para os familiares que cercam a criança ou mesmo para os terapeutas, uma vez que dificilmente as crianças, e sobretudo as crianças pequenas, explicam com as próprias palavras as situações de sofrimento que atravessam. Desta forma, o sofrimento é traduzido em termos de sinais que possam ser identificados também como inaptações ao meio.

No que a medicação vai interferir na *funcionalidade da criança, produzir de bem-estar*. (...). *O sofrimento da criança tá interferindo de forma muito grave nas relações familiares, escolares, no cotidiano, no sono, na alimentação?* Nos hábitos cotidianos dela? Outras intervenções (...) vão trazer alívio? Se tudo for grave e nenhuma outra

intervenção possibilitar, eu vou considerar a medicação como uma opção (Olívia, PQ)

Tentar garantir não sofrimento nessa faixa etária. Uma criança que está muito agitada, que não está conseguindo dormir, que tem acesso de impulsividade, de agressividade, então a gente escolhe as medicações para esses sintomas específicos (Paula, PQ).

Você vai seguir com a investigação, e fazer as terapias de apoio. Botar no reforço escolar, se tiver alguma alteração de fala, encaminha pra fono, terapia ocupacional, pra tornar a criança funcional. *Tem que tentar tornar ela o mais funcional possível e o mais independente possível* (Brenda, RN)¹²³

Mas além disso, o critério do sofrimento torna-se fundamental para a psiquiatria, a psicanálise e diferentes psicoterapias, que prescindem da identificação de um transtorno propriamente dito para a realização do trabalho terapêutico. No caso da psicanálise, por exemplo, mais do que qualquer diagnóstico, ou que qualquer suposta doença ou transtorno, é importante o desejo do sujeito para buscar ajuda e sua implicação no seu tratamento. As diferentes formas de sofrimento é que impulsionam o sujeito a buscar ajuda, e o estabelecimento de um diagnóstico é, muitas vezes, desnecessário.

Essa questão se torna especialmente complicada quando se considera que a pessoa que supostamente sofre está destituída da percepção de que sofre. Isto é muito comum em muitas condições compreendidas como transtornos mentais, como no caso do esquizofrênico, ou da pessoa em crise maníaca, mas também é um paradoxo que aparece de forma fundamental no tratamento de crianças.

Para Canguilhem, o conceito de saúde como silêncio dos órgãos, noção essa vulgar e socialmente difundida, esbarra com o conceito médico e técnico de saúde, que pressupõe um olhar especializado que incide sobre o organismo humano, traduzindo-o em termos de sinais e sintomas. Mas se para Canguilhem o acesso à saúde não é uma função meramente técnica, com base no conhecimento científico e que fala em nome da terceira pessoa, tampouco é capaz de acessar a verdade do corpo um saber unicamente subjetivo, livre de qualquer intervenção médica e técnica (Canguilhem, 2005). Como lidar então com esses dois pólos, opostos mas por vezes complementares, de um saber subjetivo e de um saber técnico que traduz os sintomas e

¹²³ Para mais falas, ver 4.6.b, no quadro ao final do capítulo.

sinais em linguagem de doenças e transtornos?

Desde pelo menos as críticas contundentes feitas pelas diferentes experiências de reforma psiquiátrica, a partir da década de 1950, a psiquiatria tem tentado superar a dicotomia entre saúde e doença. Ao aliar a noção de doença àquela fornecida pela Organização Mundial de Saúde como o “completo bem-estar físico, mental e social” etc., tem refutado o conceito de doença como predicado necessário ao estabelecimento dos tratamentos, sejam eles psicoterápicos ou farmacológicos.

Daí a substituição da noção de doença mental por aquela de transtorno mental, com todas as dificuldades que advém de ambas definições. Sobre o termo doença, por exemplo, Coelho afirma: “autores como Kaplan & Sadock (1984) sentem-se à vontade para escrever um manual clássico sem uma definição sequer do tema; deixam claro na exposição, essencialmente descritiva, que doença mental é o que se apresenta como tal perante o psiquiatra” (Sampaio, 1998:87). Algumas noções são tomadas ora como sinônimos, ora com diferenças sutis, como aquelas de transtorno, distúrbio, doença, sofrimento, etc. A etimologia de *transtornar*, por exemplo, vem do latim *trans+tornar*, ou seja, “alterar a ordem de; pôr em desordem; desorganizar”. *Distúrbio*, por outro lado, oriundo do latim médico *disturbiu*, que significa “ato de perturbar; perturbação”. *Doença*, por sua vez, originada do latim *doentia*, significa “denominação genérica de qualquer desvio do estado normal”. E *sofrer* se origina do latim *sufferere*, significando “ser atormentado, afligido por; padecer” (Ferreira, 2010).

Mas se essas definições e critérios conseguem escapar às armadilhas de se definir o que é saúde e o que é doença, não escapam de novos problemas, como a distinção entre os limites subjetivos e os critérios sociais de normalidade e anormalidade. Como diria Canguilhem (2005),

A saúde não é somente a vida no silêncio dos órgãos, é também a vida na *discrção das relações sociais*. Se digo que vou bem, bloqueio, antes que as profiram, interrogações estereotipadas. Se digo que vou mal, as pessoas querem saber como e por que, elas se perguntam ou me perguntam se estou inscrito na Seguridade Social (p.44, grifo nosso).

Desta forma, os comportamentos desviantes (no sentido de desvio à média, ao que é mais habitual) são traduzidos em linguagem médica, em termos de adaptação, transtorno ou sofrimento. Nos casos apresentados nesta pesquisa, há sempre a demanda por atendimento que, partindo da escola ou da própria família, e geralmente pelo intermédio desta, solicita a análise de um comportamento estranho, inesperado, desviante, indesejado, surpreendente etc., em

linguagem médica. Mais do que alguém que trata e cura, o médico é alguém que enxerga, interpreta e explica, um verdadeiro exegeta:

Meu médico é aquele que aceita que eu veja nele um exegeta, antes de vê-lo como reparador. A definição de saúde que inclui a referência da vida orgânica ao prazer e à dor experimentados como tais introduz subrepticiamente o conceito de *corpo subjetivo* na definição de um estado que o discurso médico acredita poder descrever na terceira *pessoa* (Canguilhem, 2005:45).

Como tratar uma criança sem confundir a adaptação social ao sofrimento? Como identificar sinais de sofrimento, ainda que ela própria não reconheça como tal? Em um vídeo muito interessante, Françoise Dolto procura desfazer essa confusão, mostrando que, como psicanalista, não pode tratar uma criança quando a demanda dos pais em relação ao desejo de adaptação social. É preciso reconhecer, fundamentalmente, que a criança sofre. Mas seu próprio discurso, apesar de fascinante, parece ratificar um paradoxo que não se desfaz facilmente, uma vez que, ainda aí, é preciso reconhecer na criança sinais de que ela sofra, muito embora tais sinais sejam facilmente confundíveis com a necessidade de adaptação social.

Como podemos saber se uma criança necessita de uma terapia? Bom, aquela que precisa de uma terapia é aquela que está consciente, pré-consciente ou inconsciente, isto é, que se perguntada, na realidade, ela sofre e gostaria de mudar qualquer coisa em sua vida.

Os pais são preocupados com seus filhos, eles se perguntam: “Será que está se desenvolvendo bem?”. Eles vão ao psicanalista, estão preocupados. “Por que vocês estão preocupados?” “Ah, ele é fechado, não me faz confidências sobre o que quer, ou o que ele pensa”. “Seu filho está sofrendo?” “Não, ele não parece sofrer”. “Não parece sofrer. Vocês se perguntaram se ele era infeliz?” “Não, não, nunca perguntei”. “Vocês têm o ar preocupado a ponto de vir aqui pagar uma consulta?” “Sim, nós estamos preocupados porque há qualquer coisa na criança que não apresenta resultados escolares, que tem tiques, manias, que gagueja” “Ele sofre com a gagueira?” “Não, ele nos diz que não, que tanto faz” “Então, quem sofre?” “Sou eu, isto me perturba, me cansa totalmente” “Ah, então faça você uma psicoterapia!” (risos da plateia). “Sim, é verdade, quem sofre é que deve ir falar de seu sofrimento”. *Eu vi pais chegarem muito preocupados por um filho que urinava na cama, é incompreensível urinar na cama. Não é fácil para os pais, mas a criança estava muito contente assim. “Diga-me, isto te perturba?” “Não” “Quem lava tuas calças?” “Minha mãe” “E se ela te dissesse para lavá-las?” “Ela deveria mesmo” “Tu estás contente com tudo na tua vida?” “Não, claro” “Com o que tu não estás contente?” “Minha irmã, esta vagabunda, ou a professora” “Tu queres ver, já que não podes trocar de irmã, nem trocar de professora, tu gostarias de chegar a viver*

com tua professora de maneira menos desagradável?” “Ah, se pudesse, sim” “Então tu queres tentar um trabalho comigo ou com qualquer outro? Pode ser outra pessoa, um homem ou uma mulher, e se isto não te interessar tu dirás, isto não me interessa e após duas ou três vezes tu partirás, mas se tu não estás sofrendo, continua assim até que tu saibas de alguém que possa te ajudar”. Geralmente as crianças são apaixonadas por uma verdadeira psicanálise”.

(...) “Os autistas pequenos são crianças que já não sofrem mais, porém que sofreram muito quando entram no autismo, sem que isto se veja, porque sofreram em sua pulsão passiva. Esta ausência é muito frequentemente uma ausência de alguns dias da mãe, que a criança não reconheceu quando ela voltou, e que não foi explicitada com palavras para a criança, que sofreu com a ausência da mãe. Que não existe mais, ela está como morta durante a ausência da mãe. A mãe volta e ela não quer mais fazer a experiência de ligar-se de novo, foi muito dolorosa a ausência. Isto explica muito bem o autismo das crianças pequenas que começa entre três e seis meses nas crianças precoces. É sempre uma grande precocidade. Uma grande necessidade que não foi compreendida, não é culpa de ninguém.” (Dolto, 1994:3’33”; 37’35”)

4. 7 Quais são as convergências e as divergências de opinião em relação à medicação?

Dentre as opiniões convergentes a respeito das medicações para crianças pequenas, dois medicamentos de escolha são os mais citados, para as situações que acompanham o autismo (como agressividade, agitação etc) e para os casos de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. São respectivamente a risperidona e o metilfenidato, muito embora no primeiro caso haja também referências ao haloperidol e a periciazina como substâncias conhecidas e seguras. Psiquiatras e neuropediatras mostram conduções bem parecidas na forma de tratar: ênfase no tratamento multiprofissional, com o apoio farmacológico, escolhas semelhantes de medicamentos, e medicar “apenas quando extremamente necessário”, como já mostrado. Entre outras substâncias citadas, constam também a quetiapina e a levomepromazina.

No TDAH a gente costuma usar a Ritalina, tem poucas opções. No transtorno autista tem um leque um pouco maior. O que me vem é a risperidona (Ugo, NP)

Um autista muito agitado, agressivo, irritado, a gente usa Risperidona, para situações que estão no autismo e que podem estar em outros transtornos (Fúlvia, NP)

Paciente com retardo mental e agitação psicomotora. Ela fazia Risperidona. (Inês, PE)

Entre o Haldol e risperidona, a gente prefere a risperidona. Se a criança precisar de uma coisa mais sedativa, [e] quando é absolutamente necessário, eu uso o Neuleptil, que acho menos nociva. É uma medicação leve e antiga, e tem a dose infantil, (...) que eu posso modular porque é em gotas (Olívia, PQ) ¹²⁴.

Parece haver visões diferentes também sobre a Ritalina. Para alguns, há efeitos graves e importantes; mas para a maioria, ela parece uma droga segura e com poucos efeitos colaterais.

A Ritalina, por ser uma medicação relativamente com poucos efeitos colaterais, não é estritamente necessário [dosar], mas tem medicações que dá alteração de fato na condição cardíaca (Pedro, RPQ)

A Ritalina não é muito comum dar efeitos colaterais graves, mas já tive paciente perdeu 10 quilos em dois meses, três, de medicação. Aí não tem jeito, tem que suspender (Ugo, NP) ¹²⁵.

Há dois relatos também sobre o uso de outros estimulantes

Era Vyvanse, não era Ritalina não. É anfetamina. Eu ia manipular para fazer dose baixinha (Fúlvia, NP)

Há diferenças importantes de opinião acerca do uso de antidepressivos, estabilizadores do humor e benzodiazepínicos na infância, mas essa diferença de visão não se resume às especialidades, havendo relatos opostos mesmo em um mesmo grupo de especialistas.

Antidepressivo na infância é igual a placebo, não tem muita utilidade. Estabilizador do humor também não (...). Benzodiazepínico de jeito nenhum, é contra-indicado que dá efeito paradoxal, deixa a criança agitada (Lucas, PQ)

Alguns antipsicóticos, Haldol, risperidona a gente pode usar, estabilizadores do humor que são anticonvulsivantes também, tipo carbamazepina, Tegretol, benzodiazepínicos, mas é uma faixa mais pobre em relação a psicotrópicos, a estimulantes. Ritalina não pode, é a partir dos 5 (Paula, PQ)

¹²⁴ Para mais falas, ver 4.7.1, no quadro ao final do capítulo.

¹²⁵ Para mais falas, ver 4.7.2, no quadro ao final do capítulo.

A fluoxetina para diminuir essas estereotípias, quando está muito prejudicial (Fúlvia, NP)

Eu falei: “Rohypnol!?!? Cara, que palhaçada, você não tem ideia do que um benzodiazepínico pode fazer a uma criança! Além de tudo pode fazer um efeito paradoxal!” (Leila, PE).

Quetiapina é outro medicamento que a gente pode usar. O Neozine, de 25mg ou gotas, você pode diluir melhor (César, PQ)¹²⁶

Só houve um relato de uso de medicamentos não alopáticos, no tratamento dos seus pacientes. Mas ainda assim a prática do depoente mudou nos últimos anos, de modo que passou a prescrever menos esses medicamentos e mais regularmente os psicotrópicos.

Tentar outras coisas que não os psicofármacos que a gente conhece. Então trabalhei muito tempo com Passiflorine, Calman, Valeriana (César, PQ).

Com base nas opiniões dos 27 entrevistados, dado que logicamente não se pode generalizar, podemos extrair algumas noções mais ou menos disseminadas. Grosso modo, os *psicoestimulantes* são vistos positivamente, com o uso bastante amplo, sendo considerados seguros, conhecidos, com poucos efeitos colaterais – esta última ideia tem, contudo, exceções, pois dois entrevistados, um psiquiatra e um neurologista, fazem relatos de efeitos indesejados importantes. Há muitas referências ao metilfenidato (e mais especificamente a Ritalina), mas também à lisdexanfetamina (Venvanse) por dois neurologistas.

Quanto aos *antipsicóticos*, o haloperidol parece ser menos receitado que a risperidona. Esta é referida como sendo segura, bem conhecida, pelas três especialidades, e em dois casos houve comentários sobre o fato de precisar ser usada a partir dos 5 anos de idade. Fato interessante já que a própria bula do medicamento informa que não há experiências com pessoas abaixo de 15 anos, e que a metanálise que relaciona o uso da risperidona a pessoas com características de autismo mostra que não há estudos com crianças com menos de 6 anos de idade e que todos os estudos tiveram a duração máxima de 6 meses (Brasil, 2014), como veremos mais adiante. Houve algumas referências positivas em relação aos antipsicóticos atípicos por uma psiquiatra e por uma neuropediatra, a quetiapina por um psiquiatra, e duas referências à levomepromazina, por uma psiquiatra e uma pediatra.

¹²⁶ Para mais falas, ver 4.7.3, no quadro ao final do capítulo.

Em relação aos *antidepressivos*, há várias referências de uso da fluoxetina entre psiquiatras e neuropediatras, mas um entrevistado foi bastante enfático quanto à sua inutilidade para crianças, tendo o valor de placebo. Houve duas referências também a antidepressivos tricíclicos por duas psiquiatras.

Os *estabilizadores de humor* são também bastante citados entre as três especialidades. Um psiquiatra, contudo, fez referências a bastantes efeitos indesejados e outro à sua eficácia semelhante a de placebo. No mais, há vários comentários sobre o uso destes medicamentos, sobretudo àqueles que combinam seu papel de estabilizadores de humor com anticonvulsivantes, sendo relatados como bastante seguros e conhecidos justamente por seu uso tradicional com crianças com epilepsia.

Não se fez referência ao uso de *benzodiazepínicos*, e houve dois comentários a respeito dos efeitos paradoxais que provocam em crianças.

4. 8 Como se lida com a problemática dos efeitos colaterais?

Um traço comum a todos os entrevistados foi o reconhecimento de efeitos colaterais dos medicamentos psicotrópicos, inclusive em crianças pequenas, e das imagens da “balança” e da “relação custo/benefício” tanto na hora de decidir pela prescrição como também de lidar com os possíveis efeitos adversos das medicações. É ponto consensual que só se medica quando realmente se faz “extremamente necessário”, e que raramente se inicia uma medicação com crianças pequenas, sendo mais frequente a continuidade da medicação já iniciada por outro médico.

Eu procuro o mais possível não medicar uma criança pequena. Agora, tem situações que precisa medicação, óbvio. Eu comecei a ver como que era difícil retirar a medicação de uma criança que já está medicada (Beth, PQ)

A relação com os possíveis efeitos colaterais – sobretudo a longo prazo – tem variações importantes, o que não se explica unicamente pelas diferenças entre as especialidades. Alguns enfatizam os problemas que podem advir do uso prolongado, enquanto outros dão mais ênfase

aos poucos efeitos mais prováveis e à segurança do medicamento.

Há diferentes modalidades de compensação, dependendo do tipo de efeito colateral. Uma delas é a sugestão de mudança no comportamento da criança, sobretudo diante de seu aumento de peso, propondo-se atividade física ou alteração na alimentação. Fala-se, em outros momentos, de substituição de medicamentos por outros com menos efeitos colaterais. Refere-se também à inclusão de outros medicamentos, como é o caso da fluoxetina quando se constata aumento de peso. Destaca-se também o tema da polifarmacologia, como já vimos, o que não é sem consequências para as crianças que fazem uso desses medicamentos, e os riscos que podem daí advir.

A decisão conjunta, de pais e médicos, frente aos benefícios e riscos a longo prazo dos medicamentos, não aparece de modo algum nas entrevistas, configurando um problema ético importante que não pode ser desconsiderado, quando se trata do uso de psicotrópicos em crianças pequenas.

Faz parte do tratamento o reconhecimento os possíveis efeitos colaterais, que é muitas vezes feito através do “olhar” dos médicos (e dos pais, que estão mais próximos da criança), com maior ênfase na observação do que ocorre no momento (ou a curto ou médio prazo, no decorrer do tratamento) do que nos riscos latentes, ou potenciais do tratamento farmacológico. É dada atenção especial à “observação” dos sintomas, questão fundamental e muito frequente, e cujo principal instrumento é, em geral, a família. Ainda que não se conheçam as consequências do uso dos psicotrópicos para crianças pequenas, o foco do cuidado com efeitos colaterais recai sobretudo no presente. “Explico os efeitos mais comuns” e “peço para que eles observem” são exemplos de frases comuns. Muito menos frequente que o foco no presente são os entrevistados relatarem a preocupação com o futuro.

Não perder a criança de vista. Todo mês ver a criança, de quinze em quinze dias. Tá dormindo, tá comendo? Como é o cocô, o xixi? Tá amarelinho, não tá? Tá nervoso, não tá? Tá tremendo as mãozinhas? Fica tonto? Tá reclamando, tá conseguindo andar, tá acordando bem?
Ficar de olho (Bruna, PQ)

A gente fica de olho. Faz parte da consulta perguntar sobre o sono da criança, alimentação. A gente orienta e busca ativamente as queixas.

Não só: “Está acontecendo alguma coisa?” Senão o pai não fala (Luís, NP) ¹²⁷

As imagens da “balança” e da “relação custo/benefício” são recorrentes, e mostram a preocupação em se medir os danos e os benefícios a fim de decidir por um medicamento, sua troca, diminuição das doses, ou retirada.

Tem que colocar na balança. Não adianta dar menos para não ter efeito colateral e não conseguir resultado nenhum. (...) Tem crianças que respondem [ao Haldol] e não tem efeito colateral tão ruim. E tem outros que ficam...! (César, PQ)

É conversar e mostrar [para os pais] que é uma balança de risco e benefício. (...) Se for efeito colateral importante a gente troca o medicamento” (Luís, NP) ¹²⁸.

Mas a maneira como se lida com os possíveis efeitos colaterais – sejam eles a curto ou longo prazo – passam por algumas variações, que dependem mais do caso-a-caso do que um posicionamento específico de especialistas. Há algumas as situações em que se recomenda fazer dosagem no sangue, como é o caso do estabilizador de humor. Alguns dão maior ênfase aos exames de sangue que podem ser feitos para acompanhar certos efeitos, o que não se aplicaria em todos os casos. Fala-se da troca ou redução do medicamento, a inclusão de outro, a fim de eliminar o efeito colateral ou, finalmente, a retirada do medicamento.

Eu não vou pedir [dosagem pra] risperidona. (...) Não tem efeito colateral suficiente para te preocupar, pedir exame de sangue (César, PQ)

A gente faz exames seriados, a dosagem da prolactina [com a risperidona], a avaliação cardiológica pros pacientes que usam metilfenidato (Lúcia, RNP)

Tem coisas para [os] sintomas não aparecerem, como dependência. (...) Troca a medicação ou reduz. (...) Pode incluir algum para combater o efeito colateral. Se não conseguir, tem que retirar a medicação. Tem que ir pró-criança, pró-réu. A criança é o mais importante. O efeito colateral não pode prevalecer. Senão você está, ao invés de ajudando, atrapalhando. Nenhum efeito colateral é bom, vai ficar mais bonito, mais inteligente, tudo é efeito ruim (Bruna, PQ)

¹²⁷ Para mais falas, ver 4.8.1, no quadro ao final do capítulo.

¹²⁸ Para mais falas, ver 4.8.2, no quadro ao final do capítulo.

Alimentação eles acham que o neurologista não tem a ver: “Vou falar com o pediatra depois”. Às vezes é um efeito do medicamento que estou prescrevendo, tenho que saber. Nutrição é essencial pra um paciente portador de paralisia cerebral, faz diferença no desenvolvimento, ganho de peso (Luís, NP)

Eu lido com efeito colateral como consequência do tratamento. Se for uma alergia, você suspende, faz um antialérgico, um corticoide. Se for relacionado à dose, você diminui a dose. Se for um efeito paradoxal, suspende. (...) Crianças com Tourette, que é um transtorno neurológico com uma forte vertente psiquiátrica, é difícil retirar os neurolépticos (Gina, NP) ¹²⁹.

Há também ênfase no discurso paterno e materno e o que eles observam na convivência com a criança, assim como os efeitos que podem ser identificados diretamente.

Normalmente é o relato materno de como a criança ficou com a medicação, algumas [substâncias] específicas a gente tem que dosar. (...) Vai conforme os efeitos colaterais mais prováveis, mas basicamente o relato da mãe (Ugo, NP)

Às vezes tem efeitos adversos. Eu quero que observe alergias, hipertermia, hiperatividade exacerbada. Eu tento me precaver iniciando com uma dose baixa e que comece o remédio no final de semana, eu não gosto que tome o remédio de manhã e vá pra escola. Se for noturno, de sexta pra sábado, se for diurno, sábado de manhã. Porque *alguns efeitos colaterais os pais vão observar nas primeiras 48 horas*” (Gina, NP) ¹³⁰.

A preocupação com efeitos desconhecidos ou que podem ocorrer a longo prazo aparece apenas no discurso de raros entrevistados. A ilusão de uma dosagem baixa, inofensiva, pode esconder os riscos advindos do seu uso. Para alguns, o “longo prazo” parece estar mais relacionado ao período em que se atende a criança e o que se pode observar dali. Para poucos, as possibilidades do futuro remoto (quando, afinal, pode não se estar mais acompanhando a criança) parecem mais reais e concretas, com uma preocupação não só pessoal mas também epidemiológica.

Não tem estudo a longo prazo das crianças que tomam medicação cedo. Você não sabe qual o efeito daqui a dez, quinze anos. Adultos que tomam há dez anos tem efeito colateral. Ganho de peso, alteração de lipídios, colesterol. Podem desenvolver diabetes. Se faz isso com um adulto, imagina com uma criança (...) Criança nova é difícil [medicar],

¹²⁹ Para mais falas, ver 4.8.3, no quadro ao final do capítulo.

¹³⁰ Para mais falas, ver 4.8.4, no quadro ao final do capítulo.

a gente tenta fazer outras intervenções: com os pais, ambiente, inserir na escola, fonoaudiologia, psicoterapia (Zilda, RPQ)

A gente pensa futuro também. *Os efeitos colaterais são mais comuns no início do tratamento. Alguns tem que observar a longo prazo. Não efeito colateral, mas má resposta ao longo do tempo, você cria tolerância ao medicamento. Os benzodiazepínicos a gente vê acontecer, não faz o mesmo efeito por conta do tempo* (Luís, NP)

Solicitação de exames periódicos quando necessário, orientação pra família dos efeitos colaterais principais de cada medicação pra ela ficar atenta, *se pode desenvolver algumas coisas mais graves*” (Pedro, RPQ)
131.

Alguns entrevistados fazem referências a outros aspectos dos riscos de efeitos colaterais. Para uma delas, o seu aparecimento parece estar ligado à “consciência” com a qual se prescreve e usa o medicamento.

Você emite a receita e tem que ter consciência do uso que a mãe está fazendo. *Se ela está fazendo o uso correto, por que você vai se preocupar com efeito colateral? Não vai* (Bruna, PQ).

Outro, sobre a diferença na hora de detectar os efeitos colaterais dependendo do quadro e da gravidade e da possibilidade dos pacientes os relatarem.

Pacientes com TDAH têm mais chances de relatar efeitos colaterais. Às vezes os encefalopatas graves não conseguem se expressar, têm dificuldade de locomoção. *Fica difícil observar o relato do paciente.* Por outro lado, o autismo às vezes a gente não tem o relato do paciente. Não é tanto ser neurológico ou psiquiátrica, [mas] que tipo de comprometimento aquela patologia causa na interação com o paciente (Ugo, NP).

Outros mencionam o fato de que alguns psicotrópicos diminuem o limiar convulsivo, facilitando ou provocando convulsões.

Pode ter a surpresa: ele nunca teve convulsão. Você fez um neuroléptico e depois de uns meses ele passa a ter convulsão. Será que o remédio tá desencadeando um quadro neurológico? É complicado (...). Epilético com distúrbio de comportamento é obrigado a tomar o anticonvulsivante e remédio pro comportamento. Muitas vezes são antagonistas, *grande parte dos neurolépticos pode diminuir o limiar convulsivo.* Pode melhorar o comportamento, mas piorar as crises

¹³¹ Para mais falas, ver 4.8.5, no quadro ao final do capítulo.

convulsivas. Você fica numa balança sem conseguir nivelar isso a um bom termo (Flávio, NP)

A risperidona abaixa o limiar de crise, ele teve crise convulsiva. A gente teve que tirar a medicação, fazer medicações pra crise e associar outras que atuem tanto na epilepsia quanto no comportamento (Brenda, RNP).

Os pediatras também se deparam com a questão dos efeitos colaterais, que reverbera nos atendimentos pediátricos, ainda que com menos frequência:

Com antipsicótico, eu vejo muita criança que engorda, tem alteração de colesterol, isso chega para a gente. A criança começou antipsicótico, engordou, está obesa (Alice, PE).

Às vezes a mãe reclama: “Isso é um bomba! Está acabando com o fígado do meu filho, ele dorme muito, ele fica mais agitado tomando essa medicação”. Mas a gente não pega muito isso, a queixa vai direto para quem passou (Urbana, PE) ¹³².

Conforme vimos, em sua maioria os medicamentos psicotrópicos prescritos para crianças com menos de 6 anos, e em muitos casos também acima de 6 anos, caracterizam-se pela fase IV das pesquisas clínicas, ou seja, ocorrem no período pós-comercialização mas são sobretudo *off label*, já que não se comprovaram satisfatoriamente seus benefícios frente aos seus riscos para essa população específica nem pelo tempo suficiente. Daí a importância da notificação de efeitos colaterais para a agência de regulação, as etapas éticas necessárias para informar os responsáveis sobre o desconhecimento de alguns de seus efeitos, o levantamento de dados longitudinais, entre outros.

Exemplificando: o Ministério da Saúde organizou um documento justificando o pedido da inclusão da risperidona na Lista de Medicamentos Essenciais, dispensados pelo governo, para casos do Transtorno do Espectro do Autismo (TEA), a partir de um estudo sobre os benefícios e riscos para a população com este diagnóstico.

Tal trabalho analisou 23 pesquisas de meta-análise, e apresentou um resumo com 5 artigos principais. Dos estudos que abarcam a população infantil, poucos deles incluíram crianças com menos de seis anos de idade. Além disso, o tempo de seguimento de estudo e de acompanhamento foi curto, pois nenhuma das pesquisas prolongou-se por mais do que 6 meses, e em geral em 3 meses ou menos¹³³. Vale lembrar que o que define o período de “longo prazo”,

¹³² Para mais falas, ver 4.8.6, no quadro ao final do capítulo.

¹³³ Um destes apresentou um seguimento de 12 semanas, com a população abrangida de 18 anos ou mais; um segundo apresentou o seguimento de 8 semanas, com a idade entre 5 e 17 anos (média 8,86 +-2,7 anos); um

tanto para a pesquisa citada quanto para os estudos por ela analisados, equivale a seis meses. Ou seja, qualquer estudo longitudinal que acompanhe os casos por seis meses já é considerado uma pesquisa de longo prazo. Os resultados desta pesquisa sugerem:

As evidências atualmente disponíveis, baseadas em comparações com placebo, permitem concluir sobre a existência de benefícios potenciais do uso da risperidona em indivíduos com TEA, sobretudo no que diz respeito à melhora dos sintomas de irritabilidade, agressividade e hiperatividade. Há também indícios de benefícios sobre a estereotipia, todavia, com magnitude de efeito e precisão restritas. Demais domínios de interesse no TEA, como interação social, não obtiveram benefícios tão claros e consistentes nos estudos localizados. (...) os resultados aqui apresentados *sugerem que a risperidona seja eficaz, apesar de não comprovadamente superior aos outros antipsicóticos disponíveis no SUS, e associada a efeitos colaterais significativos*, os quais limitam seu uso em pacientes com incapacitação importante relacionada à irritabilidade e agressividade (...). Devido ao tempo de seguimento limitado dos estudos e potencial aumento de risco de efeitos adversos com o uso prolongado, torna-se prudente generalizar seus resultados apenas para o uso não prolongado” (Brasil..., 2014:23-24, grifo nosso).

Esta pesquisa se mostra portanto condizente com as práticas discursivas apresentadas em geral: a risperidona é considerado como um medicamento seguro, bem estudado, eficaz em relação aos sintomas periféricos do autismo, e não em seus sintomas nucleares, inclusive em crianças. Mas há algumas sutilezas: o completo desconhecimento dos seus efeitos, tanto positivos quanto negativos, quando a risperidona é usada por mais de seis meses; o fato de não haver necessariamente superioridade de suas vantagens comparando-as com aquelas de outros medicamentos já disponíveis pelo Ministério da Saúde para casos de autismo; a limitação de seus estudos em crianças pequenas; e o conhecimento limitado do uso em crianças com outros diagnósticos com sintomas semelhantes àqueles usualmente associados ao autismo, como a agressividade, a irritabilidade, a agitação, a hiperatividade.

Assim, há uma dissimetria entre os dados obtidos nos ensaios clínicos randomizados, duplo-cego, e as informações de livros-textos e artigos usados pelos clínicos; e entre estas e as informações transmitidas para os responsáveis pelas crianças.

Há um contraste que caracteriza a prática médica, e que pressupõe o equilíbrio entre os conhecimentos já consolidados e um processo constante de experimentação:

terceiro, o seguimento de 8 semanas e a idade abrangida foi entre 5 e 12 anos (média de 7,5 +- 2,3 anos); o quarto estudo teve o seguimento de 24 semanas, abrangendo uma população de 12 anos ou menos (média 5,0 +- 1,7); o quinto, finalmente, teve o seguimento de 12 semanas e incluiu uma população de 8 a 18 anos (média de 10,5 +- 2,8 anos) (Brasil..., 2014).

A conduta clínica deve estar, sempre que possível, baseada em evidências científicas. A prática de tratar indivíduos tem um caráter sempre “experimental”, no sentido de que o indivíduo (...) pode não funcionar como o artigo científico previa e, portanto, o clínico deve estar sempre atento para ocorrências inesperadas, mas é inaceitável a prescrição de uma droga cujos riscos e benefícios não foram suficientemente estudados. (...) Na técnica, como em qualquer empreendimento humano, há tentativas, acertos, erros, aprendizado e novas tentativas” (Maciel, 2006: 68-69).

Essa faceta da prática clínica, que é simultaneamente consolidada e experimental, apresentou-se de forma bastante radical no decorrer desta pesquisa. Por um lado, a exigência das práticas baseadas em evidências é irrefutável e defendida regularmente; por outro as evidências são muito irregulares, há divergências entre os clínicos – não necessariamente porque esta diferença varie exclusivamente com base na competência do profissional, mas porque há divergências próprias às fontes que resumem os ensaios clínicos.

4. 9 Uso de medicação na primeira infância: um “tiroteio no escuro”?

Alguns médicos referiram-se ao fato de que a medicação para crianças pequenas é pouco eficaz e pode trazer problemas a longo prazo. Em geral, reconhece-se a dificuldade do tema, justamente pela restrição do uso em crianças pequenas, pois seu uso não foi “preconizado”, nem pela literatura especializada, nem pela bula dos medicamentos. Um dos depoentes, no início da entrevista, referiu-se ao desafio de abordar esse assunto, dizendo que eu estaria “pegando no seu pé”:

[Nos Congressos] ninguém fala, fala isso muito *en passant*, da criança. Falar de menos de 5 anos de idade não é fácil não. Alguém se propor a falar sobre isso é difícil. (...) A gente vai falar de uma coisa que não está autorizada pela FDA, que viabiliza essas medicações. Só depois dela ter falado é que você pode cientificamente usar aquele remédio com segurança (César, PQ).

Ele usa também a imagem do “tiro no escuro”, ao reconhecer que em geral são tratamentos novos, sem garantias, sem evidências. Em alguns casos, foi mencionada a problemática da aprovação de agências reguladoras. A literatura, em geral, refere-se a crianças

de mais de 6 anos. Mas há outro lado desta questão. Ao mesmo tempo que pouco se sabe sobre os efeitos dos medicamentos para crianças pequenas, há a ideia de que “todo mundo medica” e “se agarra” nas poucas informações disponíveis. Dentre as informações e critérios, conta bastante a experiência de demais médicos, inclusive aqueles que escrevem livros-textos. Parece que as experiências relatadas, quando testadas e apresentam efeitos positivos, são tidas como seguras.

Em geral, o que marca as práticas discursivas é uma contradição, em que se trata desses medicamentos como algo ainda desconhecido mas, ao mesmo tempo, seguro e bem estudado. É comum que os profissionais com mais experiência afirmem que raramente começam uma medicação para crianças pequenas; e que residentes nunca iniciaram a medicação.

Eu tento respeitar o remédio liberado para a idade e o peso. Muitas coisas que apareceram em pesquisa podem ser usadas, caiu no uso popular. *Há vinte, trinta anos que você usa e não teve nenhum problema. Da experiência dos outros também.* Mais importante para trabalhar com criança é atenção e segurança, deixar a mãe segura e você também tem que estar segura. *Qualquer dúvida é melhor não prescrever, se você acha que para a criança vai fazer mais mal que bem, não faça* (Bruna, PQ)

A gente usa medicação nessa idade, mas geralmente é *off label*. As medicações não são aceitas para tratamento nessa faixa de idade. Mas existem casos específicos que você tem que usar (Flávio, NP)

Tudo isso é complicado, *é um passo no escuro!* Não tem nada que garanta sobre isso. *Todas as pesquisas são 6 anos pra lá. Todo mundo medica, mas não tem estudo padronizado, duplo cego, a infância tem muito menos experiência do que adultos, e o pouco que tem a gente vai se agarrando. Vamos observando os efeitos* (César, PQ).

Uma mãe pediu pra eu dar remédio pro bebê dormir. “Como é que é!?” “Eu quero descansar”. “Cara, tu não tá entendendo! Você se alugou a São Miguel e quem se aluga a São Miguel não senta a hora que quer! (...) A gente vai ter que notificar isso. Sei lá se essa mulher é doida, começa a sedar o garoto e ele agita? Essa não voltou, lógico que não, péssima relação. Cortei totalmente a dela (Leila, PE)¹³⁴.

¹³⁴ Para mais falas, ver 4.9, no quadro ao final do capítulo.

4.10. O processo de prescrição, implicações éticas e a relação com os familiares

Outro aspecto comum foi a relação com os pais na hora de propor o uso do medicamento e apresentação de seus riscos: por um lado, não há uma relação de imposição, uma vez que os possíveis problemas provenientes do seu uso são explicitados; por outro, parece haver mais a “explicação” dos problemas e formas de se lidar com eles do que decisões compartilhadas.

Neste sentido, chamou a atenção que nenhum dos entrevistados fez qualquer referência ao fato de que a maioria dos medicamentos usados para crianças, sobretudo na primeira infância, são ainda pouco estudados: os ensaios clínicos para essa faixa etária são ainda insuficientes, tratando-se mais de estudos de quarta fase do que pesquisas comprovadamente seguras. Mas logicamente há variações entre os medicamentos, desde aqueles já usados há muitas décadas em crianças – como os anticonvulsivantes – até aqueles que entraram mais recentemente no mercado.

Um ponto fundamental trazido no decorrer das entrevistas em relação à prescrição diz respeito a uma determinada relação entre o prescritor e a família das crianças atendidas. Em geral, o prescritor segue a tendência em informar à família, segundo as suas próprias visões do processo de ensaios clínicos dos medicamentos, um resumo simplificado dos benefícios e possíveis efeitos colaterais dos medicamentos.

Fala-se do cuidado em informar os pais sobre efeitos mais comuns e as formas de combatê-los. No entanto, apresenta-se, na maioria significativa das vezes, uma relação em que não se apresenta, para família, o fato de que o uso configura, com grande frequência, um estágio IV de pesquisa, e que se desconhece, de forma significativa, os efeitos que tais medicamentos podem produzir ao longo dos anos. Parece haver uma dissimetria entre o que se conhece a respeito do uso destes medicamentos na infância e a forma como a questão é colocada para os pais. Por um lado, as informações são insuficientes sobre seus benefícios e riscos, sobretudo a longo prazo.

Logicamente a família tem a opção de decidir se quer ou não o uso de tais medicamentos; e muitas vezes elas mesmas são as principais agentes de demanda e insistência, como vimos. Mas em geral ela desconhece as razões pelas quais terá a opção de aceitar ou refutar um medicamento. A noção de que os medicamentos são seguros e pesquisados traz a falsa sensação de tranquilidade para as famílias, que confiam nos médicos e em sua habilidade em conhecer e

transmitir os efeitos da medicação. Essa prática, mesmo entre os médicos que demonstram maior cuidado na transmissão e informação sobre os efeitos colaterais, não é acompanhada de uma decisão compartilhada com os responsáveis. Nenhum comentário foi feito nesse sentido.

Segundo o princípalismo, uma das principais correntes da bioética, há quatro princípios que devem ser respeitados: a beneficência, a não-maleficiência, a autonomia e a justiça. Isto significa que se deve promover o bem aos seus interessados, evitando ao máximo seus riscos e malefícios possíveis; deve-se respeitar a capacidade de auto-determinação do outro, respeitando seus pontos de vista e escolhas; e, finalmente, relaciona-se à distribuição adequada dos benefícios sociais (Koerich et al., 2005). Neste âmbito, para a tomada de decisão a respeito da prescrição de psicotrópicos, é preciso levar em conta que os riscos não devem superar os benefícios e, considerando que muitas vezes não se sabe precisamente as consequências deste equilíbrio, é preciso que os responsáveis pela criança tenham condições de decidir e ter autonomia. E, para tal, a informação sobre os possíveis benefícios, mas sobretudo riscos, não pode se dar com base na assunção da segurança e da certeza que não se tem. É preciso que os pais entendam minimamente que muito pouco se sabe sobre o uso destes medicamentos no decorrer dos meses e dos anos para que possam ter condições de determinar suas escolhas.

No caso específico dos psiquiatras que atendem crianças, existe ainda a particularidade de se tratar de um tipo de relação chamado de modelo atividade-passividade, uma vez que a criança não é responsável por si, e não participa da tomada de decisão (Parsons, in Villar, Cardoso 2002). Mas além disso, esse modelo logicamente não se aplica unicamente na relação dos pacientes com os médicos, mas também com outros profissionais de saúde, inclusive psicoterapeutas. Freitas e Seidl mostram, por exemplo, os riscos de se tomar de forma heterônoma as decisões sanitárias frente às crianças chamadas de “portadoras de necessidades especiais” em serviços de saúde e, mais especificamente, saúde mentais. Na tentativa de agir eticamente a favor da beneficência, corre-se sério risco de não favorecer a autonomia da criança e de sua família, a partir de atitudes paternalistas (Freitas, Seidl, 2011). A inclusão dos familiares e, na medida do possível, das crianças envolvidas em todas as etapas das escolhas terapêuticas contribui para o seu exercício de autonomia. Para que haja um diálogo verdadeiro, é imprescindível informar não apenas os riscos e benefícios do tratamento, mas sobretudo as incoerências e incertezas na produção do conhecimento e nos efeitos dos tratamentos. Só assim os pais poderão ter elementos para decidir a direção do tratamento, e não apenas seguir aquilo que parece mais adequado pelo profissional de saúde.

Mais do que isso, discute-se a necessidade de incluir as próprias crianças nas decisões que serão tomadas sobre si, nos limites de suas possibilidades e condição de vulnerabilidade. No que diz respeito às pesquisas científicas, mas também às decisões clínicas, é imprescindível considerar a necessidade do consentimento dos pais e do assentimento das crianças, tanto quanto elas puderem participar. Respeitar a sua vontade, desde que elas tenham algumas informações sobre o tratamento a ser empregado, é um fator importante no processo de construção de sua autonomia (Feitosa et al., 2011).

Os entrevistados se mostram sempre muito atentos e solícitos no que diz respeito a informar os problemas que podem advir da medicação, alertando sobre os efeitos adversos mais esperados, conhecidos e previsíveis. Mas em momento algum foi colocado o uso destes medicamentos de forma experimental.

Toda vez que a gente prescreve, a gente tem que orientar os possíveis efeitos colaterais daquele medicamento. Os pais terem ciência do que pode acontecer (Luís, NP)

É importante você orientar os pais dos efeitos adversos principais mais preocupantes (Úrsula, RPE)¹³⁵.

Um aspecto que julgamos relevante e preocupante foi a total inexistência de qualquer referência à possível notificação de efeitos colaterais inesperados ou desconhecidos – como é o caso da NOTIVISA, por exemplo, e dos mecanismos de notificação pública sobre efeitos não identificados ou não esperados. Prática que se encontra no limite entre o conhecimento de seus efeitos e seu aspecto experimental, sem passar por qualquer tipo de sistematização ou notificação. Ou seja, ainda que pouco se saiba sobre os efeitos a longo prazo de tais medicamentos, nenhuma medida é tomada para que se conheça mesmo os efeitos imediatos. Por isso a necessidade de reconhecer esse aspecto experimental, inacabado, da prática médica, e melhor lidar com os imperativos éticos que se apresentam. Como coloca Maciel,

A exigência de ensaios clínicos na fundamentação de condutas e, conseqüentemente, a necessidade de um número cada vez maior de pacientes recrutados levam-nos a entrever uma relação mais estreita entre terapêutica e investigação científica de uma forma sistemática, principalmente em hospitais universitários ou ligados a centros de ensino e pesquisa em geral (Maciel, 2006:70).

¹³⁵ Para mais falas, ver 4.10, no quadro ao final do capítulo.

QUADRO COM TRECHOS DAS ENTREVISTAS: CAPÍTULO 4

4.1.a.1	<p>Geralmente encaminha, não segura [o paciente] não (Luís, NP).</p> <p>Eu pessoalmente nunca recebi encaminhado que o pediatra iniciou a medicação, não (Inês, PE).</p>
4.1.a.2	<p>Já houve [necessidade], mas eu nunca fiz a medicação. [Por] acreditar que fosse uma criança com diagnóstico de hiperatividade e <i>achar que ela necessitaria ser medicada, mas eu nunca comecei a medicação</i>. Eu sempre pedi pro especialista ver (Inês, PE)</p> <p>[Gostaria de medicar] as crianças compulsivas, que o que eu falo não adianta nada. A criança fala: “Tia, o Bis olha pra mim, eu olho pro Bis, não tem como eu não comer tudo”. Fala pro pipoqueiro: “Tio, estou morrendo de fome, ninguém me dá comida, me dá um pouquinho de pipoca.” A família está se esforçando, mas [a criança] burla o tempo inteiro. Precisaria no mínimo de tratamento com psicologia, só que não tem. <i>Eu vou fazer uma coisa off label, sem experiência, sem o acompanhamento necessário? Se a criança tiver qualquer intercorrência, eu não estou lá todos os dias. Acabo não medicando. Eu sei que estou enxugando gelo, com uma criança que a cada consulta vem com mais peso.</i> (...) Eu prefiro não começar, porque não é uma medicação que eu tenho hábito de prescrever. <i>Eu não me sinto ainda habilitada pra prescrever</i>. Eu prefiro encaminhar. Nunca aconteceu paciente que eu tenha chegado a ponto de medicar. (...) <i>No internato, na residência a gente não vê tanto. É uma lacuna. Talvez por isso que a gente não prescreva da maneira que deveria</i>. E quando prescreve, não prescreve com critério (Alice, PE)</p> <p>Em algumas crianças obesas eu percebo comportamento ansioso, de compulsão alimentar. <i>Fico na dúvida se é hora de medicar ou não. Na dúvida eu nunca medico</i>. Eu boto as consultas de 15 em 15 dias (...). Se tem que começar alguma medicação, a neuro vai prescrever. Aqui a gente evita, uma postura minha e dos colegas. Já que tem o especialista, a gente evita tomar a conduta. (...) Eu tento encaminhar pra a psicologia. Quando está muito grave eu ligo pra um amigo psiquiatra e tento encaixar de alguma forma. (...) Estou percebendo mais agora porque estou no ambulatório especializado em obesidade. Crianças que sofrem bulling, com humor deprimido. Será que é só humor deprimido, ou será que posso caracterizar como depressão? (Alice, PE)</p>
4.1.a.3	<p>[Há] uma demanda dentro do SISREG enorme para a especialidade de neuropediatria (Clara, PE)</p> <p>Chegar ao especialista hoje tá cada vez mais difícil, com o sistema de regulação de vagas (Flávio, NP)</p> <p>O modelo de encaminhamento mudou, e a pessoa entra no SISREG. A psicóloga, por incrível que pareça, é mais fácil. A fonoaudióloga é um pouco mais difícil porque na rede não tem tanto. (Bento, NP).</p>
4.1.a.4	<p>Quando você está se formando em pediatria geral é essa visão que você tem: o que eu sou capaz de resolver, o que vai além do meu escopo, o que eu tenho que encaminhar para o especialista. As nossas staffs focam muito nas questões comportamentais, de desenvolvimento, alimentação, é uma consulta bem estruturada. (...) As questões comportamentais a gente tem que ter jogo de cintura, uma observação grande pra filtrar o que é doença e o que é equívoco de educação. Esses programas [de TV] são sensacionais. A fórmula mágica é o adulto entender que quem manda é ele, não sentir culpa por colocar um pouco de rigidez no dia a dia. (...). Tem o trabalho de prevenção, de conduta antecipatória. Eu quero antecipar que essa criança não tenha uma doença grave, não tenha bulimia, que ela não sofra um acidente, que ela não vá mal na escola, é um momento de muita orientação (Enzo, RPE)</p> <p>Às vezes eu conseguia dar um outro tipo de avaliação. Dor de cabeça é uma queixa muito presente e não tem nenhuma questão neurológica. Aí você vai entender que a criança tem dor de cabeça sempre que tem alguma coisa na escola, ou começou a ter agora que o pai se separou da mãe (Clara, PE).</p> <p>Eu peço para a mãe observar, ter um subsídio pra estruturar a queixa, pra eu encaminhar com mais significado. Se não a gente encaminha tudo. As mães trabalham muito, ela chega cansada e a criança é um pouco mais agitada, ela fala: “Eu não aguento essa criança, ela tem algum</p>

problema”. Não tem nenhum problema. Ela é uma criança, (...) requer a atenção da mãe, que não tem durante o dia. *Eu nunca desvalorizo a queixa. Mas eu peço para ela observar com mais atenção, anotar algum fato importante.* Quando a gente pede isso, se realmente for importante, ela traz, se não foi importante ela não vai valorizar. (...) Eu converso, peço para ela atender à criança, entender porque ela está mais agitada. Peço para deixar o ambiente mais calmo. Muitas queixas são de que dormem e acordam muito tarde. Eu falei: “isso é a rotina da família. Pra ela dormir mais cedo, todo mundo tem que dormir mais cedo. Não adianta você colocar ela no quarto e a casa toda com televisão ligada, todas as luzes acesas. Ela quer o contato com o adulto, que só tem naquele período. Agitação é muito estímulo”. Eu converso de brinquedo eletrônico, pra diminuir a agitação da criança à noite. Eu não vejo muito queixa de videogame, tem muita televisão. As que voltaram não se queixaram mais. A criança melhorou. Não tenho uma experiência grande com alteração de comportamento. (...) “Nesses 7 anos, que realmente você se preocupou com isso?”, “Menos de 5 crianças”. *Tantas queixas pequenas, a gente consegue resolver na conversa.* Se elas não voltaram com a queixa é porque foi resolvido. (...) A gente conseguia ajudar só deixando a mãe mais tranquila, conversando. Isso já melhorava, tirando da cabeça da mãe que aquilo era um problema. Elas escutam muita coisa de vizinho, de família, e tirar o peso já ajuda. (...) Eu não encaminhava porque eu achava que não precisava, havia um exagero. Rotular a criança é muito ruim porque cria baixa autoestima, insegurança, uma imagem ruim pessoal. Isso fica a vida inteira. Vai refletir na vida adulta (Elisa, PE).

Na maioria das vezes parece só um distúrbio do comportamento que a gente conduz com algumas orientações. Queixas de comportamento são bem frequentes nessa faixa etária. Quando é apenas um comportamento em que os pais, que a escola possa intervir, eu consigo ajudar. Não é raro os pais pedirem ajuda para educar os filhos: “Tá fazendo muita manha”, “Só quer vestir a roupa x”, “Não quer ir mais pra escola porque quer brincar em casa”, “Não obedece o que eu digo”. *Isso, por incrível que pareça, pode causar um transtorno muito grande pra família.* Nesses casos eu oriento o ideal a ser feito (...). Tem uma criança de 2 anos que quer usar só roupa de princesa, não quer botar mais nada, e só dorme assistindo televisão. A mãe não sabe mais o que fazer, ela não obedece. Quando não é mais para assistir televisão, dá um ataque. Eu orientei ela pra tirar desse ciclo desgastante. (...) Em relação a só botar determinada roupa, eu disse que é importante dar as opções que a mãe deseja, e dentro delas, a criança escolher, ela pode participar da escolha, mas quem define é a mãe. E se ela insistisse numa quarta opção, é pra não ceder a choro. Se a criança bater quando é contrariada, é pra ela conter imediatamente, não usando força, mas mostrar que aquilo não é correto. Se a criança faz birra, deixar sentada no cantinho do pensamento, 1 minuto por idade. Tem que ser firme e consistente na decisão dela. “Vamos assistir 15 minutos”. Ela vai falar: “Só mais um, só mais um”, mostrar que não, e ponto final. Como tem muita coisa que “não pode”, eu oriento que ela mostre as coisas que podem, pra não ficar o tempo inteiro só no não. (...) No consultório (...) a resposta é boa quando os pais conseguem. Às vezes os pais trabalham muito, tão exaustos, e se deixar vendo televisão, a criança fica quieta e vai dormir, então acabam permitindo. Aí o retorno não é bom. Mas se eles executam, é uma boa resposta, sim (Perla, PE).

A questão de impor limites é muito frequente. Demandam como se fosse: “Me dá uma solução pra educação do meu filho”. E não na boa: “Poxa, me ajuda!” Sim: “Resolve esse problema para mim! Não aguento mais esse menino levado desse jeito” (Enzo, RPE).

Isso é decorrente do sentimento de culpa que os pais têm pelo excesso de trabalho, falta de tempo e no momento que está junto não quer desagradar. Criar um filho não é só agradá-lo. Tenha bom senso pra fazer as melhores escolhas, porque tem coisas que a criança não tem maturidade pra escolher e se não tiver uma dinâmica boa entre pai e mãe, se um tiver uma opinião e o outro tiver outra, a criança fica perdida. Não adianta um pai dizer: “Não pode” e o outro: “Pode”. Ela precisa de limite, senão fica confusa. Tem que ter uma sintonia entre pai e mãe pra criar. Isso foge de problema médico, é uma questão de bom senso. Na consulta a gente orienta, só que tem pais que se sentem ofendidos: “O filho é meu, eu crio do jeito que eu quero”. “Tudo bem, você vai arcar com as consequências disso”. (...) Não adianta passar a bola pro pediatra como se ele tivesse a fórmula mágica pra isso se resolver (Enzo, RPE).

	<p>O meu papel como pediatra é (...) conversar com a família pra que eles despertem pra o assunto, enxerguem a dinâmica da família como um problema a ser resolvido, fazer encaminhamentos pra psiquiatria ou psicologia. (...) A gente conversa, orienta, encaminha, espera que eles (...) com as orientações consigam subir um degrau em busca de soluções da dinâmica familiar. (...) Não tem um protocolo: isso é um problema da dinâmica familiar, isso é doença psiquiátrica de base. (...) Se a gente percebe que há um prejuízo, tem muita limitação, muito castigo, a gente dá uma atenção maior no porque está acontecendo isso, se é falta de limites ou se tem alguma coisa que mereça tratamento. (Enzo, RPE).</p> <p>Existe um déficit muito grande, que tem a ver com o contemporâneo, não é só médico, na escuta. Não dá para atender uma família que traz esse tipo de questão em 5 minutos, eu falava: “Eu não sou neurologista”. Tirava a questão da neurologia: “Eu sou uma médica, pediatra, senta aí que a gente vai conversar”, eram consultas de 1 hora, 40 minutos. Eu precisava de tempo para entender. (...) Um garotinho tinha um déficit visual importante. (...) Estava já na escola especial, 6 anos, tinha uma timidez, dificuldade de relacionamento. A mãe falava: “ele grita”. Eu pensando: “ele quer falar alguma coisa, ele tem uma limitação séria e tenta expressar isso. Eu conversei com a mãe. Tenho um amigo cego, que é músico, e falei da música que é muito forte. Ela falou: “tem mesmo um violãozinho do avô que ele adora tocar”. Mais do que ter um neurologista, fazer uma aula da música e abrir um lugar de auto-afirmação, que ele podia se encontrar. Você pode abrir outros caminhos. Talvez a gente consiga medicar menos e ter uma família mais inserida na questão da criança. (...) <i>Nesse tipo de orientação, o médico é muito forte. A presença do médico é muito forte dentro da sociedade, é muito doido. É um papel muito importante, a tua palavra, a tua maneira</i> (Clara, PE).</p>
4.1.b	O neurologista intervém mais que a psiquiatria. <i>É uma formação mais organicista</i> porque lida com doenças mensuráveis, uma lesão que aparece num eletroencefalograma, num mapeamento cerebral, ele medica e intervém de cara. A gente, não, precisa de um tempo maior para conhecer a criança, para ver se dá para ficar sem medicação, é uma visão diferente (Bruna, PQ)
4.1 c	<p>[Pro neurologista] tá ali o exame, a criança e ponto final. <i>É uma visão diferente. Não é errada, é (...) diferente só</i> (Bruna, PQ).</p> <p>A criança tem comorbidades que não foram vistas. Nada impede que, embora ela esteja bem, depois adquira outra comorbidade que piora o quadro. <i>O psiquiatra consegue ver isso muito mais do que nós, neurologistas</i> (Flávio, NP)</p> <p>Em transtornos comportamentais que não TDAH e o autismo, <i>eu de cara encaminho para a psiquiatria. Eu não me atrevo.</i> (...) O TDAH é muito raro que eu sinta que o paciente não está evoluindo bem. (...) <i>As pessoas que têm mais experiência com aquela patologia, que já viu outros casos semelhantes,</i> tem essa vertente de tratamento que não é o foco da neurologia (Ugo, NP).</p>
4.1.d.1	Você pontua se participar de cursos, atualizações, palestras. (...) <i>Oferecer para o médico onde ele possa se atualizar</i> (...) No Rio de Janeiro já é difícil se atualizar, imagina o cara que está distante, não tem acesso ao portal Capes porque não tá na universidade, <i>como é que ele vai ter acesso aos artigos novos?</i> (Ana, RPQ).
4.1.d.2	Aqui [tem] uma postura um pouco diferente do que eu vejo os pacientes que vêm de fora, que têm uma tendência a serem rotulados como pacientes com déficit de atenção, hiperatividade. (...) Muitas crianças já chegam medicadas como hiperativas, em uso de Ritalina. <i>Aqui a gente é muito criterioso</i> (Alice, PE).
4.2.1	<p><i>Casos de abuso que a gente considera grave, a criança fica. Se gerou um trauma e a criança teve um comprometimento na fala, ou na relação com o outro,</i> a gente trabalha isso e depois a criança vai ser inserida de novo. Para não deixar sequelas (Bruna, PQ)</p> <p>Parecia ser TDAH. (...) A gente avaliou ele por desenhos. (...) Com o tempo eu descobri que <i>ele tinha sofrido uma agressão na escola. Na verdade ele não tinha TDAH, tinha transtorno de estresse pós-traumático</i> (Paula, PQ).</p>
4.2.2	Se eu fizer diagnóstico de asma e disser: “ <i>Pra o seu filho respirar melhor ele precisa desse remédio</i> ”? “ <i>Ou se tivesse hipertensão, ou diabetes</i> ”? Existem doenças do comportamento que <i>realmente trazem sofrimento</i> (Fúlvia, NP).

4.2.3	Eu tento entender o que ele já fuçaram, quais são as ideias eles têm a respeito do assunto, pra oferecer a minha visão. Ou até pra dizer: “Não sei isso que você viu”. (...) Ela tá controlada. Com duas medicações, é verdade. Não tem indicação de fazer uma migração. Eles querem porque querem canabidiol! Eu sei que eles vão tocar de médico. Eles vão procurar quem vai fazer canabidiol, eu sei que eles vão! (Gina, NP).
4.2.4	Ou esse paciente tem um distúrbio de aprendizado e uma doença psiquiátrica, como TDAH; ou um retardo mental que daria um fracasso escolar; ou um estímulo inadequado. <i>Esses três caminhos são muito difícil de escolher e não olhar pra trás por escassez de substrato pra decisão</i> (Ugo, NP)
4.3.a.1	<p><i>A visão do profissional não médico é contrária a qualquer tipo de medicação.</i> Eles acham que o problema é muito mais de dinâmica do que propriamente de doença (Flávio, NP).</p> <p><i>Não precisa de remédio e ninguém encaminha para mim,</i> eu vou conhecer ele com a permanência como qualquer outro, mas sem dirigir um olhar para um diagnóstico, o diagnóstico já foi feito pela própria equipe. (...) A equipe trabalhando, atendendo ele, as coisas caminhavam, <i>se você não precisa tanto de mim, o trabalho está acontecendo</i> (César, PQ)</p>
4.3.a.2	<p><i>Às vezes o profissional de saúde mental está com dificuldade de lidar com a criança e solicita medicação</i> por conta de algum impasse no atendimento psicoterápico (...) O psicólogo que trabalha mais separado, sem um suporte de uma equipe, é por conta de algum impasse na relação psicoterápica que vem esse pedido de medicação (Beth, PQ)</p>
4.3.b	<p>Onde isso acontece mais é no TDAH, que teria uma medicação com uma maior comprovação de eficácia e aí <i>há uma pressão maior pra isso</i> (Lucas, PQ).</p> <p>Muitos pacientes foi o trabalho de tirar o remédio. Chegava medicado, não precisava daquela medicação toda, <i>e você tem que trabalhar a família,</i> que quer o conforto, não quer agitação. (...) <i>Quando você dá a medicação, a criança fica paradona, pra família é legal</i> (...). <i>Você tira meio comprimidinho, na outra semana já está gritando pra você.</i> “Esse comecinho vai se ajustar. Percebeu que tem outras coisas legais?” <i>Isso é um trabalho a ser feito com a família</i> (César, PQ).</p> <p><i>Já se estabeleceu uma situação da criança estar medicada e é difícil a família aceitar [retirar], a família se sente mais apoiada pela medicação</i> (Beth, PQ)</p> <p><i>Tem que estabelecer um pacto novo com esta família,</i> ela diz: “Eu não sei lidar com ele dessa forma, ela fica muito agitada” Se ela não tem um suporte da equipe de saúde, <i>a gente tem que respeitar essa dificuldade da família.</i> (Beth, PQ)</p> <p>“<i>Também não adianta falar ‘ah, vamos tirar esse remédio!’</i>, porque <i>aí depois ela não volta.</i> Tem que ser aos pouquinhos, mas o ideal é retirar” (Zilda, RPQ)</p> <p><i>Depositam muito no remédio.</i> Se o que eu prescrevo, ou mantenho, não der certo, a culpa é minha. <i>Tem a ver com a percepção de que o remédio é pra funcionar,</i> se eu prescrevo algo que não funciona, não fiz o trabalho direito (Lucas, PQ)</p> <p>Muitas [mães pedem]: “Você pode me passar um calmante?” “Não passo calmante pra ninguém”. “Eu preciso dormir” (Elisa, PE)</p> <p>Se você já começa com um posicionamento muito oposto dos pais eles acabam indo embora, eles vão se tratar em outro lugar, onde já estavam se tratando, vai no neurologista (Lucas, PQ)</p> <p>Se o psiquiatra leva literalmente o que os pais estão dizendo, (...) vai prescrevendo mais medicação e nunca dá conta. <i>[Eles] já têm uma ideia construída da medicação como uma coisa muito importante,</i> apesar de eles mesmos entenderem que não tá funcionando (...). <i>Essa é uma das partes mais difíceis de abordagem com os pais</i> (Lucas, PQ)</p> <p><i>Os pais tomam a medicação como a salvação da criança</i> e acreditam que ela vai precisar tomar remédio para sempre. <i>Se for necessário medicar é preciso construir a noção de que aquilo é uma intervenção de crise,</i> e que talvez a gente vá tirar quando a coisa melhorar (Olívia, PQ)</p> <p><i>Os pais chegam com a visão do tipo ‘tem que dar um remédio para esse menino ficar quieto’</i> e tem que conversar que isso não é o mais importante, ainda mais tão cedo” (Zilda, RPQ)</p> <p><i>Começar uma medicação nessa idade gera uma demanda na família. Você marca essa criança. Desconstruir isso depois é muito mais trabalhoso</i> (Pedro, RPQ)</p> <p>Quando a criança vem com medicação, tem que entender por que a medicação foi introduzida naquela época. <i>Quando é uma situação já estruturada, a gente tem que com muito cuidado</i></p>

	<p><i>desconstruir isso, porque se a gente falar: “Chega, não vai fazer” Eu não sou médico com perfil muito autoritário. Seria importante ser um pouco mais, mas sou recém-formado (Pedro, RPQ)</i></p> <p><i>“Ele tá muito medicado, você acha que ele tá bem?”, “Não, tá agressivo”, “Não tem necessidade de todos esses remédios, vamos rearrumar isso”. Vem com a ideia, porque a criança é extremamente agressiva, agitada, que o remédio vai dar conta. E se não dá, tem que aumentar mais. É muito difícil dizer para a mãe: “A criança toma dez remédios, como assim? Daqui a dez anos vai tomar quantos?” (Bruna)</i></p> <p><i>Com criança pequena é mais fácil, os pais percebem que a medicação não faz tanta diferença e consegue ir tirando. Nas mais velhas é mais difícil. Existe mais resistência, são medicadas há muito tempo, com a contenção química a criança tá mais tranquila (...) Muitos pais acham que a gente vai fazer milagre. Que vai tomar o remédio e vai aprender tudo, vai tirar dez, e não é assim (Brenda, RNP).</i></p> <p><i>Eu tento fazer com que a família seja minha parceira, se eu for autoritário: “Agora você não vai tomar remédio”, a probabilidade de perder esse paciente e a pessoa nunca mais voltar é muito grande. Médico que prescreve sempre vai ter. Eu tenho que respeitar tudo que aconteceu até aquele momento. Tenho que chegar com cuidado. “Não sei se essa medicação é melhor pra ela. Dá pra gente diminuir?” “Não doutor, pelo amor de Deus, quero até que o senhor aumente”. “Ah não, então calma”. As famílias entendem a medicação com uma validação do sofrimento: “Meu filho está tomando remédio, então realmente ele é grave”. Se vem uma pessoa: “Seu filho não precisa de remédio”, é quase como se ela estivesse desmerecendo o sofrimento da família. Não estou tirando porque não acho que esteja difícil, mas tem coisas melhores que a gente pode oferecer”. Só que isso numa primeira avaliação é difícil passar para a família (Pedro, RPQ)</i></p>
4.3.c	<p><i>A família extremamente ansiosa, querendo muito: tanto que percebesse o diagnóstico, e ao mesmo tempo não querendo receber um diagnóstico. Esse conflito dos pais é muito grande, é legal a gente dar um tempo pra conversar sobre esses medos. (...) O pai muito querendo que a criança fosse medicada (Beth, PQ).</i></p>
4.4.a	<p><i>Haldol e risperidona são dispensados para os adultos. A gente usa a farmácia do posto. Os outros CAPSi têm essas medicações. Isso eles têm (Lucas, PQ)</i></p>
4.4.b	<p><i>Raramente um ou outro não tem na grade. Eu falo com a família: “Tem uma medicação interessante para o seu filho, que eu não tenho aqui. Vocês acham que dá?” (...). Ou então não dá, vamos usar as coisas por aqui mesmo (César, PQ)</i></p> <p><i>Aqui, embora falte muita coisa, tem uma gama de medicações que cobre tudo. Quando a gente precisa, conversa com a família: “Tem uma medicação x que não tem aqui, mas tem opção de...” (Paula, PQ)</i></p> <p><i>Existe uma composição em gotas não disponível no SUS. Eu converso com a família: “Tem essa opção do comprimido, só que eu não acho uma dose adequada”. Pergunto se existe a possibilidade de a gente tentar [comprar] (Pedro, RPQ).</i></p> <p><i>Metilfenidato infelizmente a gente não tem. Eu tenho que fazer o receituário amarelo e a mãe compra. As pessoas que procuram o SUS não tem condições. Tem que ser metilfenidato de curta ação, que é mais barato. Aqueles de longa ação são mais difíceis de prescrever (Flávio, NP)</i></p> <p><i>A Ritalina a família compra, não tem jeito (Brenda, RNP)</i></p>
4.4.c	<p><i>A Ritalina a mãe compra. Ou ela entra com uma solicitação de compra especial porque não tem recursos e a Prefeitura faz a compra (Bruna, PQ)</i></p> <p><i>A olanzapina a gente faz o pedido de medicação especial. Relata que já foi tentando com x medicações, que pode ajudar a criança. Geralmente consegue, não vejo dificuldade. Pode demorar um tempo (Oto, RPQ)</i></p> <p><i>Risperidona às vezes os pacientes conseguem pelo LME. A gente faz o papel, eles vão na Secretaria [de Saúde] (Brenda, RNP)</i></p> <p><i>Pra adolescente, (...) você faz um pedido especial, no Estado. Olanzapina, quetiapina, e (...) antidepressivo pra adolescente, caso ele não se dê bem com fluoxetina. Sertralina não tem aqui, teria que ver fora (Lucas, PQ).</i></p> <p><i>Tem remédios caros. A risperidona (...) o governo oferece. Você faz uma LME (...) e consegue (Flávio, NP)</i></p>

	Medicamentos especiais pela Secretaria Estadual de Saúde a gente consegue. O topiramato, lamotrigina e vigabatrina, anticonvulsivantes, a gente consegue através do LME. A risperidona a gente usa muito no ambulatório, só que eles exigem que o paciente tenha diagnóstico de esquizofrenia. Como na criança a esquizofrenia é raríssima, muitas vezes não consegue via LME. <i>Como eu não posso dizer que a criança é esquizofrênica não sendo, não consegue. É um impasse, porque apesar de estar na lista, e a gente usa muito em todo o mundo, com bastante segurança</i> (Luís, NP)
4.4.d	Ritalina é difícil aqui porque não tem, é outro folheto. [A] médica usa a dela mesmo. (Oto, RPQ)
4.5	Geralmente são intervenções não medicamentosas, fonoaudiologia, terapia ocupacional, psicomotricidade, psicopedagogia [que] vão ajudar ela a desenvolver as habilidades, vão ser mais eficazes. (...) A pessoa fala: “Meu filho é impossível, ele não para quieto”, a criança tá com um atraso de fala, acaba batendo, agredindo, e quando você ensina a criança a se comunicar, ela responde. (...) Você precisa de outros tratamentos, a criança está fazendo psicoterapia, à medida que você tirar a medicação, aquilo para de acontecer (Zilda, RPQ)
	Até os cinco anos a primeira intervenção sempre vai ser outros estímulos, terapia, fonoaudiologia, psicomotricidade, psicopedagoga, você ver qual é a queixa e a partir daí, fazer uma intervenção (Zilda, RPQ).
	O tratamento é multiprofissional. (...) Se você fizer só medicamento sem a psicologia, o reforço, o manejo no colégio, não vai ter resultados tão bons. (...) Tem crianças que resolvem só com medidas não medicamentosas: orientação familiar, fonoaudiólogo, acompanhamento psicológico, conversa com o colégio (Flávio, NP)
	As queixas de comportamento nem sempre você consegue uma resolução rápida. É mais trabalhoso, precisa de terapia cognitivo-comportamental, uma rede maior. Antes da medicação, você vai tentar as terapias, (...) botar no reforço escolar, encaminhar pra fono. (...) Faz o encaminhamento pra mãe procurar por conta própria. Demora muito, não tem na parte pública (Brenda, RNP)
	Ele vai para escola, faz equoterapia, todas as terapias possíveis e imagináveis, a mãe leva pra tudo quanto é lugar. A criança tem uma inserção incrível, dentro das limitações dele (Clara, PE)
	Com a ajuda dos profissionais com quem eu trabalho, ter um olhar compartilhado, porque eu muitas vezes pelo volume de pacientes eu não tenho a possibilidade de vê-los com tanta frequência como eu gostaria, acaba marcando uma vez no mês. Mas estando inserido numa atividade de grupo, ele vem toda semana. E acaba tendo isso de trocar, são profissionais que vêem ele com mais frequência (Pedro, RPQ).
	Se for uma questão pedagógica, eu vou mandar relatório pra escola, orientar os pais a ver uma escola mais preparada pra criança. <i>Aí a gente prefere não medicar, tentar as terapias primeiro</i> (Lúcia, RNP)
	Como muitas vezes a gente não consegue as outras terapias, a gente começa uma medicação de prova pra ver se ela vai ter algum ganho com isso ou não (Lúcia, RNP).
	Oferecer terapêutica é limitado, muitas vezes não tem medicamento, só a terapia, ou fisioterapia, fono” (Alice, PE).
4.6.1	Nessa faixa etária o que teria mais indicação para prescrição seria autismo, mais por coisas que podem vir junto, como agressividade, ou principalmente automutilação. A criança se machuca muito. Automutilação é até mais indicado do que a agressividade. Ou casos de retardo que cursem com automutilação (Lucas, PQ)
	Quando era um quadro de psicose, com alguma coisa invasiva, aí não tenha dúvida que a gente tinha que entrar com outras medicações (César, PQ)
4.6.2	A medicação só entra se tiver atrapalhando a vida dela, a agitação. Não tem uma medicação que vai tratar o autismo. Você trata as comorbidades. Se a criança evoluir com crise convulsiva, epilepsia, a gente faz medicação pra crise. Se tiver agitação, faz pra agitação (Brenda, RNP).
	[Medico] muito raramente situações de uma agitação muito grande (Beth, PQ)
4.6.3	Criança com crise convulsiva tem medicar e ponto. Aí a gente vai reduzir os danos que toda medicação tem. Mas o dano maior é a criança não ser medicada. (...) Mas não antes dos 5 anos interromper essa medicação (Beth, PQ).

4.6.4	Um adolescente de 16 anos, psicótico, tem uma relação super complicada com a mãe, ele tem muita dificuldade de sair de casa, ele está sem sair há 2 anos. Parou de ir ao colégio (...) depois de uma agressão a uma colega (Lucas, PQ).
4.6.5	Quando a criança fica com algum distúrbio comportamental muito intenso que atrapalha as terapias, a agitação é tão grande que sem a medicação ela não vai conseguir (Brenda, RNP). Você dá uma acalmada na criança para que o tratamento aconteça. <i>A medicação vai ser uma estratégia inicial pro tratamento acontecer</i> (Olívia, PQ)
4.6.6	<i>Na criança a gente medica o sintoma, a queixa da mãe, aquilo que está incomodando muito, atrapalhando a família, a criança de ir para a escola, uma agressividade, [mais] do que medicar a doença</i> (Bruna, PQ). Tenho que ter certeza que aquilo vai trazer benefício mais do que prejuízo. (...) <i>Eu vou ajudar a criança. Não é a mãe, que a criança não dorme; não é a professora, que a criança é irritada. Qual é o benefício que eu posso trazer para a criança usando a medicação?</i> (Fúlvia, NP) É tão difícil eu medicar criança pequena, [medico] por exemplo, uma criança que os pais não conseguem que ela durma à noite, que esteja muito agitada, <i>que a família não tem recurso emocional</i> . Uma mãe e um pai muito agitados juntos com a criança (Olívia, PQ) São mães muito sobrecarregadas. Tem um menininho com retardo mental, cinco aninhos. A criança tem dificuldade de interagir, é muito presa à mãe. Ela cuida da mãe com Alzheimer, é sozinha. <i>Então tem que medicar mesmo, mas medicar o que, meu Deus? Porque numa hora dessas, não é a medicação, é o apoio que essa criatura podia ter</i> (Leila, PE)
4.6.7	No país inteiro é feito uso indiscriminado não só para crianças, mas para adultos, <i>melhorar de performance, pessoas que estudam para concurso, coisas bem malucas</i> . Já tiveram adultos me pedindo. Eu: “Não!” (...) A bibliografia preconiza que até 5 anos são medidas educativas, pedagógicas. <i>Intervenção medicamentosa só depois da idade escolar</i> (Pedro, RPQ) Todo mundo toma <i>para passar de ano, fazer prova, passar em concurso. Esse é um uso inadequado</i> . Como pode ter uso inadequado do antibiótico, do anti-hipertensivo, do calmante que eu tomo quando dou uma aula, porque fico nervosa (Fúlvia, NP) A Ritalina tem estudos que falam que pode reduzir um a dois centímetros da estatura final da criança. E pra evitar isso seria não fazer de forma contínua. <i>A gente pede pra fazer a Ritalina só para ter atenção no momento da escola, pro aprendizado, nos dias de semana e não faz nos fins de semana. Não faz nas férias</i> . Dá umas paradas. Isso pensando o longo prazo (Brenda, RNP). Pacientes com TDAH, quando tem mesmo, você faz a medicação e a criança melhora radicalmente. O pai vai te agradecer pelo resto da vida. A criança não aprendia nada, ela se concentra e consegue aprender, passar de ano (Lúcia, RNP).
4.6.b	Você não precisa apanhar do seu filho esquizofrênico em casa, <i>ele pode ser medicado e conviver na sociedade, jogar buraco, jogar dama com os velhinhos</i> . Alguns deles se organizam (...), tenho dois esquizofrênicos que trabalham de carteira assinada, não querem receber LOAS! Tão bem tomando os remedinhos (Bruna, PQ) [O que mobiliza a medicar é] <i>interferir na funcionalidade da criança, o que a intervenção medicamentosa vai produzir de bem-estar</i> . O que efetivamente vai interferir no cotidiano da criança (Olívia, PQ). [O neuropediatra] medica e a gente acompanha, dá o suporte, como tá o desenvolvimento, <i>a adaptação da criança à escola</i> . (...) Este tipo de situação merece a abordagem médica: o que pode desencadear tamanho mau humor, <i>tamanha dificuldade de adaptação?</i> (...) A criança tá com taquicardia: tem sudorese, tremores? Tem algum distúrbio hormonal? Tem que descartar. Tem algum problema neurológico? (Leila, PE). Na escola, já começa a ter problemas de socialização, de comportamento, agressivos, <i>não se adaptam, você tem que ver se ele está tendo prejuízo com isso ou não</i> (Flávio, NP) A criança está sofrendo, não vê uma televisão, não ouve o que a professora fala, brincar com o colega, e ela não é autista, não é nada. (...) É imprescindível entrar com a medicação. A criança tá sofrendo, sofrendo, sofrendo, <i>você tem que evitar o sofrimento psíquico para a criança e a família</i> . Os sintomas existem, a gente tenta evitar, <i>mas quando o sofrimento está muito grande, você vai medicar e ponto final</i> (...). É gritante, a criança tá bem, e de repente começa a sofrer,

	<p>gerner, você manda pro pediatra, vê ouvido, garganta, ausculta, a criança não tem nada. É um incômodo, uma angústia, e crianças que não falam, autistas, você dá a medicação e pronto. Pára com o grito, a agitação (Bruna, PQ).</p> <p>Vai virar um adulto que <i>vai ter condição de se inserir no mercado de trabalho</i>. Talvez se não tivesse procurado atendimento médico, não tivesse feito a medicação, ele não teria conseguido alcançar isso (Lúcia, RNP).</p>
4.6.8	<p><i>A criança que ninguém suporta</i>, a professora diz: “Mãe, você vai ter que ficar com ele”. Aquilo para a mãe é de uma agressividade, ela toma como um sofrimento tão grande. A criança que não dorme, vai dormir duas, três da manhã e acorda às cinco já ligada no duzentos e vinte! (Bruna, PQ)</p> <p><i>[Medico] quando o nível de sofrimento da criança é muito alto e a impossibilidade de contê-la de outra forma</i>, que não seja vindo ao serviço com frequência, que os pais estejam com impossibilidade de dar um continente afetivo para essa criança, que a gente não veja realmente nenhum outro recurso (Olívia, PQ)</p> <p>Hoje tem um ideal mais exigente do que uma criança, um adulto tem que ser, <i>e qualquer coisa que foge a isso a gente quer atribuir uma doença</i>, a gente pode medicar e ser normal (Úrsula, RPE)</p> <p>Alguns autistas são muito agitados. <i>Fazendo o psicotrópico, ele consegue uma inclusão melhor tanto na sociedade</i>, porque aquela irritabilidade diminui um pouco, <i>tanto pra fazer as terapias mesmo</i>. Porque às vezes ele não consegue ficar parado na terapia, ele agride as pessoas, se auto-agride (Lúcia, RNP).</p> <p>A criança que demora para desfraldar, que tem dificuldade de reconhecer cores, parte do corpo, <i>aprender atividades de vida independente</i>, a criança demora pra tomar banho sozinha, a comer sozinha, usar copo, escovar o dente, tirar a roupa, colocar uma peça de roupa, desenhar, fazer bola, um rabisco, um quadrado, reconhecer letras. São várias fases e que a gente detecta várias coisas e consegue delinear e mostrar pra os pais (Luís, NP).</p> <p><i>[Sobre a resistência dos pais quanto a retirar a medicação]</i> Em qualquer intervenção ela responde muito mais rápido, numa criança mais velha já vem há anos com aquele problema, a intervenção demora mais. A família fica mais resistente, <i>a criança já está mais adaptada àquilo</i>, realmente deixou mais calma, aí fica mais difícil (Zilda, PE).</p> <p>Todo sofrimento é digno de ser tratado. A mãe não consegue dormir e trabalhar no dia seguinte, a criança não consegue conviver nem com o pessoal da escola, <i>não tem o que pensar, você vai ter que medicar</i> (Bruna, PQ)</p> <p><i>[Para tratar] é necessário que ele tenha prejuízo</i>. Se não tem prejuízo, eu considero uma característica da personalidade (Flávio, NP).</p>
4.7.1	<p>Nessa faixa etária, a indicação de medicação seria basicamente autismo, embora tenha coisas que já apareçam antes, como déficit de atenção e hiperatividade (...). A grande medicação para a infância seriam os psicoestimulantes. Mas não são bem os casos que chegam aqui (Lucas, PQ)</p> <p>A gente tem pouca coisa e dos psicóticos mais testados, risperidona (Paula, PQ)</p> <p>Pra comportamento agressivo em criança pequena são os antipsicóticos, principalmente a risperidona, que é muito utilizada e conhecida (Pablo, PQ)</p> <p>Geralmente é a risperidona (Pedro, RPQ)</p> <p>A gente prioriza pro TDAH a Ritalina, em todas as suas formas e composições. (...) Nos casos de alteração comportamental, é basicamente a risperidona (Lúcia, RNP)</p> <p>O que tem aprovado para essa idade é o Haldol. Alguns livros, artigos, dizem que pode começar com 3 anos. Risperidona você vê a partir de 6 anos, mas existe uma margem pra usar antes disso (Lucas, PQ)</p> <p>O haloperidol é um dos medicamentos mais seguros em relação a pesquisas, mas tem efeitos colaterais desagradáveis. (...) Aí você passa pra risperidona (...). Eu gosto da Risperidona, embora ela tenha a questão do peso que é uma preocupação que toda a família traz (César, PQ)</p> <p>Se preencher critérios pra transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, pode começar Ritalina. A gente não começa abaixo de 6 anos, porque muitas características podem ser próprio da idade. (...) Risperidona a gente começa com criança mais de 5 anos. Abaixo de 5 anos a gente usa o Neuleptil (Brenda, RNP)</p>

4.7.2	<p>Os pais gostam da Ritalina porque é uma droga que acalma. <i>Mas ela tem efeitos sérios colaterais</i>, a gente precisa ter muito cuidado (Olívia, PQ)</p> <p>O tratamento de doenças comportamentais, o TDAH é uma exceção, mas <i>os pacientes vão usar aquilo por muito tempo</i>, então periodicamente a gente reavalia laboratorialmente, enquanto o paciente usar a medicação, no mínimo aquela triagem para efeito colateral a gente faz (Ugo, NP)</p>
4.7.3	<p>Tem estabilizador do humor, que é a carbamazepina, ácido valpróico. Risperidona também melhora a oscilação do humor da criança irritada. “Benzo” eu não vi nenhuma criança (Oto, RPQ)</p> <p>Vai tratar com fluoxetina mesmo. A gente tenta um seletivo que tem menos efeitos colaterais, a tolerância é melhor. Eu não sei se pra menor de 5 anos alguém passa (Oto, RPQ)</p> <p>Costumo usar a fluoxetina, que é boa pra agressividade mais reativa, pra agressividade e agitação que não tem esses desencadeantes (Pedro, RPQ)</p> <p>[Na enurese noturna] geralmente dá antidepressivo tricíclico, que tem uma ação anticolinérgica que ajuda a retenção urinária. É um efeito colateral que a gente usa como tratamento” (Zilda, RPQ)</p> <p>A pessoa faz o diagnóstico de TDAH e prescreve antipsicóticos que não tem nenhuma eficácia. Não ajuda nada, mas deixa a criança calma (Lucas, PQ).</p> <p>Se a criança tiver uma hiperatividade absurda junto com o autismo, você pode acalmar essa criança com imipramina, e vai para Ritalina (Bruna, PQ).</p> <p>TDAH é a Ritalina, e hoje existem novos estimulantes, Vyvanse, a Ritalina LA, que têm poucos efeitos colaterais, têm resposta clínica excelente, são bastante seguros (Luís, NP)</p> <p>Ela fazia outro, acho que Neozine. (...) Às vezes você usa o topiramato pra compulsão alimentar (Alice, PE)</p> <p>[Quando há aumento do peso] se é uma psicose como os casos negativos, deficitários, entra com a fluoxetina, que inibe o apetite e melhora o quadro clínico, e você pode trabalhar com o antipsicótico mais tranquilo (...). Carbamazepina, ácido valpróico, carbolítium, podem trazer problemas sanguíneos, de superdosagem, de toxicidade. Esses a gente tem que fazer controle (César, PQ)</p> <p>[Em crianças pequenas] dependendo da situação, [por uma impulsividade muito grande] eu priorizo a carbamazepina, o ácido volpróico, até pela epilepsia, por ter um uso em criança mais conhecido. É o recurso que eu pensaria com mais segurança, tranquilidade (Pedro, RPQ)</p> <p>Hoje em dia a gente tem o topiramato, valproato de sódio, lamotrigina. Psiquiatras também usam para certos problemas do comportamento (Flávio, NP)</p>
4.8.1	<p><i>Eu não percebi nenhum efeito colateral de nenhuma criança que está aqui</i> (Oto, RPQ)</p> <p>Às vezes a criança usando risperidona, aumenta muito o apetite, mas o comportamento melhorou muito. Dá pra segurar na comida? A criança não engordou, deixa comer. Ou a criança é obesa, tá engordando horrores e gerou uma compulsão alimentar, vamos mudar a medicação. Pode ser que troque, reduza a dose, de acordo com o caso. (...) Na minha experiência, que é pequena, <i>ainda não vi nenhum efeito colateral catastrófico</i> (Lúcia, RNP)</p> <p>A medicação às vezes até prejudica ao invés de ajudar, agita a criança pequena, deixa com coisas que a mãe não consegue identificar, como síndrome extrapiramidal, é sutil na criança. A criança não sabe dar a queixa do que tem (Bruna, PQ)</p> <p>A gente tenta não medicalizar muito, explicar para a mãe o que pode acontecer com a medicação. Tem que deixar o respaldo de um número, para a mãe voltar aqui em qualquer momento (Bruna, PQ)</p>
4.8.2	<p>Todo remédio pra adulto e para criança <i>é pensar em custo/benefício</i>. O que a droga vai ajudar e os danos que vai causar (Bete, PQ)</p> <p><i>Botar na balança se o efeito vale o benefício</i>. (...) Pelo efeito adverso a gente só usa quando é estritamente necessário” (Lucia, RNP).</p> <p>Qualquer doença que tenha tratamento eficaz comprovado, não tem porque negar esse tratamento. (...) Eu não deixo de ter responsabilidade em ajudar um paciente por causa disso: “Ah, não vai poder tomar, deixa pra lá” (Fúlvia, NP).</p>
4.8.3	<p>A risperidona [a gente] dosa a prolactina, a Ritalina a pressão arterial (Ugo, NP)</p>

	<p>Geralmente é reduzir a dose, antes de trocar por outra, ainda mais se ele estava se dando bem com aquilo. Tentar fazer o mesmo efeito com dose menor (Oto, RPQ)</p> <p>[Ele tomava] clozapina, que é pra casos referatários à risperidona, mas tem uma série de efeitos colaterais, ganho de peso, problema de colesterol. Evito usar nessa faixa etária (Pedro, RPQ)</p> <p>Dependendo do efeito tem que suspender a medicação, trocar, passar pra outro. (...) Mesmo tendo melhora, você vai avaliar o que vale mais no paciente. Esse paciente eu troquei a medicação, não respondeu tão bem, mas não dava aquela perda de peso, eu não lembro se troquei por imipramina. Basicamente avaliação de custo/benefício (Ugo, NP)</p> <p>A maioria das pessoas não tem efeito colateral. Quando tem, você consegue contornar, ou tem que suspender, reduzir, fragmentar a dose. Boa parte dos casos funciona. O que não funcionar, troca medicação, tenta outra (Bento, NP).</p> <p>Anotação de como a criança está evoluindo e o que o remédio provocou de ruim, eu coloco aqui: usou tal remédio, deu alergia. Não vou voltar por esse motivo. Isso é do acompanhamento clínico (Fúlvia, NP).</p> <p>Você fica numa situação difícil, principalmente se o paciente tem uma coisa neurológica associada. (...) Mas (...) se tem duas patologias, você tem que tratar e ver o que fica melhor. Existem anticonvulsivantes que podem também tratar o lado psiquiátrico. Hoje tem o topiramato, valproato de sódio, lamotrigina. Psiquiatras também usam para problemas de comportamento. Você tem que ter esse conhecimento pra trocar a medicação, tomar um remédio só e englobar tudo. Quando não tem essa associação, você pode trazer o uso de um remédio psiquiátrico. (Flávio, NP).</p> <p>Tinha uma criança com precordialgia, a gente fez avaliação cardiológica, não teve problema. Ela tava com uma dose importante da medicação, a gente preferiu retirar e reintroduzir outra medicação de liberação lenta, que talvez a mãe consiga pelo município (Lúcia, RNP).</p>
4.8.4	<p>Ritalina pode ter uma incidência maior de cefaleia, diminuir o apetite, mudar o sono, e se aquilo traz algum prejuízo pra criança, é pro pai retornar pra falar com a gente (Luís, NP)</p> <p><i>Alguns a gente tem que monitorar com exames complementares e outros a gente vê o lado da mãe.</i> O remédio que antes era maravilhoso, agora deu efeito colateral, troca. “Ficou ótimo”, daí a 6 meses ela fala: “Eu preferia o primeiro”. (...) Eu vou anotando e consigo monitorar. (...) Não pode: prescreveu, volta daqui a um ano. A gente tem que estar perto (Fúlvia, NP).</p>
4.8.5	<p>Muitos psicotrópicos, além de efeitos colaterais a curto prazo, tem efeitos importantes a longo prazo. (...) Tem medicamentos pra ajudar a não ter efeitos colaterais a curto prazo. <i>E a longo prazo é difícil, é custo/benefício mesmo.</i> Algumas medicações a gente precisa realizar exames frequentes (Bete, PQ)</p> <p><i>Quando a pessoa toma o Haldol durante muito tempo, ela fica com ataxia, com marcha estranha, endurecida.</i> Não dá para controlar porque a pessoa já usou a vida inteira. Vai dar embotamento afetivo. Mas a pessoa é adulta, tem que conviver com aquilo ou trocar. Na criança não dá para suportar efeito colateral (Bruna, PQ)</p> <p><i>Ver se vale a pena manter o tratamento em função do dano que está causando, até porque algum dano vai causar em algum momento</i> (Ugo, NP)</p> <p>Tem muitos efeitos a curto prazo, sonolência, rigidez, tremor, dependendo da medicação. Algumas aumentam o apetite, a criança engorda. Tem artigo sobre isso, mas não se sabe a longo prazo. A medicação, na fase em que o cérebro tá se desenvolvendo, que tem as conexões para serem formadas, será que vai ser positivo, vai ajudar? Será que pode piorar? (Zilda, RPQ).</p> <p>Medicar uma criança, o quanto menor, mais atento você tem que estar. Se a criança usar medicação por muito tempo na vida, tem outras implicações, tem a parte hepática, renal e tem que monitorar uma série de coisas (Bruna, PQ)</p>
4.8.6	<p><i>Tá usando a medicação x, eu olho no livro pra ver o efeito colateral.</i> Pode alterar a função hepática? Solicito acompanhamento laboratorial. Se mexer no apetite da criança, olho o efeito colateral da droga (Úrsula, PE)</p> <p>A gente tem que ficar muito atento, tanto nos efeitos no comportamento quanto nos efeitos orgânicos. Fica mais fácil você monitorar pressão, colesterol, função hepática, do que ver depressão, ansiedade. É importante orientar os pais dos efeitos adversos mais preocupantes, você depende muito dos pais, é difícil avaliar na consulta (Úrsula, PE)</p>

	Quando é antipsicótico, muita criança engorda, tem alteração de colesterol (...). Não sou eu que vou diminuir a... Nem que eu ligue para alguém: “Olha, está assim. O que você acha? A gente diminui? Sempre fazendo uma interconsulta. Com o neuro, o psiquiatra, com quem estiver acompanhando (Alice, PE)
4.9	<i>Ele já veio fazendo uso de medicação abaixo de 5 anos.</i> Pela gravidade do caso, pelos familiares, eu não tive como suspender toda a medicação: “Vamos fazer o menos pior”. Eu consegui tirar a clozapina, voltei a risperidona, eu fui trabalhando, conversando com eles (Pedro, RPQ)
	<i>Uma criança chegou com 4 anos com doses muito altas de medicação.</i> (...) Os pais tinham dificuldade de lidar com o garoto (Lucas, PQ)
	[Com um menino de 5 anos] eu não fiz nada, a não ser tratamento multidisciplinar. (...) Encaminhei pra fono, pra avaliar a linguagem. Para a psicóloga, a família, para fazer terapia familiar, pra entender isso. (Flávio, NP)
	Não tenho muita experiência com criança pequena fazendo uso de psicotrópico. Aqui são mais crianças com doenças neurológicas crônicas (Inês, PE)
	Rarissimamente a gente medica crianças pequenas, só casos extremos. <i>Comportamentos que criam risco pra criança e pras pessoas em volta, explosões de raiva muito grande, comportamento destrutivo, agressivo, auto-agressividade muito violenta.</i> Quando esgotam outros recursos de modificação do ambiente que a família pode usar, e a criança está correndo um risco, aí cabem algumas medicações (Pablo, PQ)
	Ele não chegou a ser medicado justamente porque ele tinha 5 anos, Geralmente nosso corte é 5 anos pra TDAH (...). <i>Eu pensava até numa medicação,</i> mas não podia fazer Ritalina pra ele (Paula, PQ)
	Esse [livro] de psicotrópico infantil é super legal. (...) Muito acessível, (...) e muitas coisas parecidas e divididas entre eles, muitas experiências parecidas. Não tem nada nada de muito extraordinário não, experiências (César, PQ).
	A gente usa muito a discussão com a equipe, que troca experiência. E os livros-textos principais e os tratados e as atualizações tipo Up To Date. É um site que faz as revisões de vários assuntos (Brenda, RNP).
4.10	Você tem que estar preparado para os efeitos adversos <i>e informar a família.</i> (...) Eu peço que eles exponham o que conhecem, pra eu esclarecer indagações, e me atenho nos efeitos adversos de maior gravidade. <i>Eu preciso que a pessoa detecte rapidamente</i> para que a criança não sofra consequências (...). Se eu estou usando, <i>estou considerando que preciso usar.</i> Os sintomas não me permitem retirar (Gina, NP)
	<i>Orienta os pais sobre os efeitos adversos</i> e se tiver algum, vai se avaliar a retirada, a troca da medicação (Lúcia, RNP)

CAPÍTULO 5

A QUESTÃO DA AGRESSIVIDADE

Entre as três especialidades, surgiu a agressividade como um tema regular, central e determinante, na identificação de problemas mentais e comportamentais das crianças. E é algo que marca, de modo definitivo, a necessidade de tratamento, seja ele farmacológico ou não. Dentre todas as características compreendidas como problema, transtorno ou sintoma, a agressividade parece ser a mais habitual. A recorrência do tema aparece através de diferentes enfoques. Situações de agressividade provocadas pelas crianças foram usualmente referidas como critério para definição de diagnósticos, assim como para a prescrição de psicotrópicos. Por outro lado, foram feitos inúmeros relatos de situações de violência pelas quais passaram as crianças e que contribuíram, em certa medida, para o surgimento da sua “sintomatologia”. Expressão colocada entre aspas justamente pelo fato de que tais situações são limítrofes e desafiam os clínicos: seu desfecho pode recair para uma decisão mais clínica – médica ou psicológica, por exemplo – ou para um cuidado mais voltado para as demais necessidades sociais da criança. A questão da violência, como aparece nas entrevistas, se situa justamente na borda daquilo que entendemos como sendo a medicalização, e aponta para o constante risco de se tratar de forma individual situações sociais mais amplas¹³⁶.

Ao mesmo tempo, é expressão de um paradoxo fundamental que emerge das práticas discursivas dos entrevistados das três especialidades. Mesmo reconhecendo muitos problemas como sendo de ordem declaradamente “social”, vêem-se absolutamente impotentes frente a elas. Não sabem resolvê-las senão por medidas estritamente sanitárias e terapêuticas e que se

¹³⁶ Esta queixa não está presente somente nos serviços referidos nesta pesquisa, em CAPSi, ambulatórios ou CMS. Parece presente também em internações psiquiátricas. Uma pesquisa realizada com base em prontuários de internações psiquiátricas de crianças e adolescentes em um equipamento no Estado de São Paulo, em 2013, mostrou que a maioria dos motivos justificados para a internação – incluindo-se a principal queixa declarada, sinais e sintomas clínicos e condições que justificam as internações são, em primeiro lugar, as situações de hetero e auto-agressividade (Braga, D’Oliveira, 2015).

resumem, em boa parte dos casos, à terapia farmacológica. Predomínio, portanto, de uma concepção de doença mais do que de produção de saúde, e que mostra, simultaneamente, grande limitação dos serviços de saúde para ações intersetoriais mais amplas.

A agressividade é citada a partir de múltiplos aspectos. Ela costuma ser apresentada, prioritariamente, como um sintoma; como uma resposta ao sofrimento experimentado; menos frequentemente, à violência sofrida pela família; e em um caso, é apontada também como insígnia de pertencimento a um grupo social.

Em um primeiro momento, a intenção é identificar de que maneira a questão da agressividade e da violência apareceu dos discursos dos entrevistados; e em um segundo momento, pretendemos identificar a partir de que meios a agressividade na infância tornou-se um critério tão fundamental de tratamento. Gostaríamos de lembrar que o roteiro de entrevistas não incluía qualquer questão específica à problemática da agressividade. Ela surgiu em contextos variados, em resposta a perguntas como “Você costuma se deparar com problemas mentais e comportamentais?”, ou “Como você costuma chegar aos diagnósticos?”, por exemplo.

5.1. A agressividade como sintoma. Ponto de corte da patologia e do tratamento.

Mostrar-se agressiva parece aumentar de forma definitiva as chances de uma criança receber tratamento: a agressividade configurou um parâmetro fundamental de distinção entre normal e patológico, e também para tratamento. Compreendida como sintoma, a agressividade regularmente contribui para a decisão por diagnósticos e por prescrição. Algumas vezes, ela é vista como uma resposta à violência sofrida, ou presenciada. Em outras, é caracterizada como uma resposta ao meio.

Ela faz emergir a questão da etiologia dos transtornos mentais, e mostra a contradição presente nas áreas psi sobre a relação entre o contingencial e o inato. De fato, mobiliza a muitos – à família, à escola, e sobretudo aos profissionais de saúde.

Assim, a agressividade é uma referência central quando se trata de *sintomatologia, necessidade de tratamento e medicação na infância*. É talvez o sintoma mais importante surgido nas entrevistas. É uma referência central, muito determinante, que perpassa o discurso de

praticamente todos os entrevistados, quando se pensa em medicar, tratar ou encaminhar para outro especialistas.

A família pede muito que a criança seja medicada porque está agressiva, ou batendo, porque fica muito agitada, muito ansiosa (Bete, PQ)

Criança agitada, agressiva. Bate nos irmãos, grita, não tem controle, isso é muito comum. Você tenta conversar, como é a casa, o pai, a mãe, a criança. Às vezes você vê que a criança é realmente agressiva (Leila, PE).

Tem agressividade? É muito retraída? Ou brinca normal, mas em casa é o capeta? A questão da agressividade: alguém consegue impor limite à criança? Ou é assim com todo mundo? “Ah, não obedece a mãe, mas obedece o pai”. Essas coisas também sinalizam que não é uma doença (Úrsula, RPE) ¹³⁷.

É frequente que as situações de agressividade se expressem por casos que *impressionam e atingem a equipe de saúde*, como sintetizam as falas a seguir:

Esse menino eu acredito que tenha realmente uma doença psiquiátrica. Ele era muito agressivo. Tem um contexto social importante, uma mãe usuária de drogas, um pai que não existe, quem cria é um avô bem idoso. Ele e vários irmãos adolescentes, também usuários de droga (...). É difícil definir se aquilo é pelo contexto ou se ele tem alguma doença propriamente dita. O que me assustou muito é que ele tem 7 anos e aqui no ambulatório ele bateu (...) nos funcionários, bateu nos residentes, em mim, no avô. Ele xingava muito. (...) É totalmente possível ele tacar fogo em casa. Ele pode ter feito pra chamar a atenção? Pode. Realmente chamava a atenção aqui. O psiquiatra veio, começou Neuleptil. Pediu pra retornar em 2, 3 dias (Perla, PE)

Tive uma criança psicótica que atendi desde os cinco anos de idade, o prontuário dele era: “psiquiatria infantil urgente, criança com ideação suicida e homicida”. Para você sentir a barbaridade. Ele tinha sido expulso de todos os colégios. Ele era muito violento, mas pôde me trazer o que ele fazia em ato e palavras. Foram vários atendimentos com ele, com a família, construção de um trabalho psicoterápico bem lúdico (Olívia, PQ).

Ele tem muitos sintomas de agitação, hiperatividade, agressividade, não só com familiares, mas nos lugares de tratamento, lugares públicos (...) Foi mais pela intensidade da agitação, da agressividade, mesmo ele sendo um negocinho desse tamanho. Ele ficava bem agressivo de puxar a roupa das pessoas, já levei uma mordida no joelho. E também pelo

¹³⁷ Para mais falas, ver 5.1.1, no quadro ao final do capítulo.

desespero dos pais (...). A não ser que tenha uma situação muito extrema que a criança esteja num nível de sintoma absurdo, uma agressividade muito grande de puxar faca, ameaçando, colocando outras pessoas em risco, irmãozinho que está agredindo. (...) Bater, machucar, morder, mas num nível muito elevado (Pedro, RPQ)

A agressividade se liga, habitualmente, à *necessidade do uso de medicamento*. Existem diversos casos em que a justificativa principal para a medicação é exatamente a atitude agressiva.

Um autista que é muito agitado, muito agressivo, muito irritado, a gente usa muito risperidona, situações que podem estar em outros transtornos (Fúlvia, NP)

Era muito agitada em sala de aula, em casa, às vezes se tornava agressiva. Uma criança elétrica. Eu achei que realmente merecia [medicar] (Úrsula, RPE)

Uma criança muito agitada, que não está conseguindo dormir, que tem acesso de impulsividade, de agressividade. A gente escolhe as medicações para esses sintomas específicos. (Paula, PQ)¹³⁸.

Há diferentes formas de lidar com um possível *fator desencadeante* da agressividade. É frequente que se procure identificar possíveis causas, ou situações que tenham dado origem a ela; em outros casos, não se identifica nenhum fator causal, o que em alguns casos justifica o uso dos medicamentos.

Uma agressão reativa é: a criança recebe um não, se frustra e fica violenta. A fluoxetina é boa pra esses casos. Pra agressividade e agitação [sem desencadeante, mais aleatórias], é a risperidona. Carbamazepina e ácido valpróico, pela crise convulsiva, até por impulsividade muito grande (Pedro, RPQ)

Se é uma patologia mesmo, se a criança tem uma agressividade imotivada, você tem que tratar com medicação. Um paciente encefalopata grave, hipoxico-isquêmico, por sequela surdo e cego, só conseguia manter algum vínculo através do tato. Ele batia na mãe, ela vinha toda roxa. Não era com raiva, era de sentir o contato com o meio, saber onde ele está. Mas ele dava na cara! Não tem jeito você não tratar um paciente desse. Se você não consegue modular o comportamento, você opta por causar sedação pra amenizar a coisa, é insuportável pra a família (Ugo, NP)

¹³⁸ Para mais falas, ver 5.1.2, no quadro ao final do capítulo.

A agressividade se mostra também como uma situação frequente que aparece no limite das especialidades. É comum que, em determinados casos, o neurologista e também o pediatra vejam a necessidade de encaminhar para o psiquiatra.

Um adolescente tentou o suicídio (...) fajuto, não queria ser matar. Ele foi pra varanda do colégio e falou que ia se jogar. Pediu que chamassem a mãe. Estava sofrendo bullying e não queria ficar no colégio. Ele só assistia aula com a mãe no pátio: “Ninguém vai fazer nada se a minha mãe estiver aqui”. Tinha bullying de colega e do professor. Os colegas batiam nele em sala e o professor não fazia nada. A diretora não deu atenção, era um problema do colégio. Eu encaminhei pra psiquiatra, porque eu fiquei com medo (...). Parece que tem alguma coisa na família, de já ter sido abusado sexualmente por primos mais velhos. [A mãe] não falou, porque estava com a criança na consulta (Elisa, PE).

Eu transfiro pro psiquiatra, em ideação suicida, sempre, quando a criança tem pensamentos de morte. O psiquiatra tem uma forma mais categórica de lidar com isso. (...) Crianças muito agressivas, que se automutilam, eu encaminho. O psiquiatra está mais treinado pra aquilo (Gina, NP)

Eu estava vendo a irmã com um comportamento muito agressivo, agitada. “Ela é sempre assim?” “Não, ela é pior. Ela já matou um gato”. Eu tinha impressão que ela era psicopata, não tinha afeto por nada, por ninguém. Ela batia na irmã, ria, falava que não tinha feito nada. Ela esganou o gatinho. Tinha um relacionamento ruim na escola. Eu dei meu telefone: “Vou arranjar alguém da psiquiatria pra ver”. Essa eu corri atrás porque eu vi uma criança com o comportamento bastante alterado (Alice, PE) ¹³⁹.

Foi na Alemanha oitocentista que a expressão psicopatia passou a ter uma concepção semelhante à moderna, diferenciando-se da noção anterior de patologia mental e aproximando-se daquela de delinquente, antissocial, perverso (noção esta ligada à psicanálise) e de transtorno de personalidade, expressão adotada pelos manuais diagnósticos atualmente (Henriques, 2009). Concepção ligada a desvio de caráter, ganha uma forma sutil mas muito presente no discurso dos entrevistados, sobretudo quando remetem-se aos casos que associam especificamente aos psiquiatras, a quem devem destinar aqueles pacientes com características antissociais e perversas. Essa é uma referência muito comum usada por pediatras quando delimitam os casos

¹³⁹ Para mais falas, ver 5.1.3, no quadro ao final do capítulo.

que encaminham para os psiquiatras, afirmando-se tratar de desvios de personalidade e de comportamento.

É frequente também que os relatos de agressividade sejam *provenientes da escola*, como uma demanda para tratamento.

Aqui tem vários que a escola tá reclamando que a criança é agressiva, não presta atenção na aula, não fica sentada na cadeira (Perla, PE).

[As queixas são] o usual: agitação, agressividade. É sempre a mesma coisa. (...) Queixas de comportamento na escola, problemas iguais em casa. *Agitação, agressividade. A professora diz: “eu não consigo trabalhar”. Porque a criança é agitada, é agressiva, tumultua o ambiente de uma tal maneira que ninguém consegue fazer nada, então tem que ser visto (Carlos, NP)*¹⁴⁰.

Um relato interessante mostra a importância do *tratamento precoce* como forma de evitar que a criança provoque ou sofra violência.

A vantagem é intervir precocemente, pra criança não ter prejuízo no desenvolvimento emocional, intelectual, pra não sofrer violência em casa ou na escola. Se for muito agressiva, ela pode ser vítima de bullying, violência psicológica, violência física. Ao intervir precocemente, não correr o risco de provocar um acidente em casa. (...) Um menino tinha tentado tacar fogo em casa duas vezes. Se a gente tratar isso cedo, diminui as chances de ser um problema ainda maior, pra família e pra criança (Perla, PE)

Esses exemplos vêm então, marcar como a questão da agressividade se torna um divisor de águas nos casos-limites, mesmo naqueles que revelam dúvidas sobre a origem desta agressividade. Impossível saber se a agressividade, isoladamente, se torna insígnia de transtorno. Mas as crianças que, por diferentes motivos e gradações de gravidade são levadas aos serviços de saúde, e destacam-se por sua agressividade, segundo a visão de pediatras, neuropediatras ou psiquiatras, merecem atenção que as conduz ao tratamento. Isto ocorre quando a agressividade é considerada de forma isolada ou como o reflexo de algum desencadeante ou situação que sofreram.

¹⁴⁰ Para mais falas, ver 5.1.4, no quadro ao final do capítulo.

5.2. Violência como resposta à violência sofrida ou presenciada

Relatos de violência sofrida pelas crianças são muito habituais, e ocorrem nos mais diversos contextos. Violência na escola, por colegas e professores, violência na comunidade onde vivem, violência familiar e doméstica em diversas variantes, violência sexual. Quando se identificam as condições de violência sofrida ou presenciada pelas crianças, coloca-se em xeque o seu caráter patológico de suas atitudes de agressividade – critério que se baseia, portanto, no princípio da agressividade motivada ou imotivada. Mas essa condição não é necessária, pois, no ponto de vista de muitos entrevistados, uma situação traumática pode tornar-se uma situação patológica, dependendo das características apresentadas e do olhar do depoente.

Às vezes as situações de violência a agressividade das crianças são analisadas como a reação às mudanças na sociedade, à repetição dos hábitos da família, na escola e nos outros ambientes sociais, o que reverbera na clínica.

A mãe dizia: “Ela é hiperativa”. Realmente, ela era sem limite, agitada, *mas ela tinha um motivo*. A mãe: “Ela bateu nas crianças, eu vou ser expulsa da escola isso, é a segunda vez”. [A menina] falou: “Sabe por que eu bati?” Ela tinha 4 anos. “*Na escola eles me chamaram de descabeluda. Eu não sou descabeluda!*” Ela era forte, meteu a mão nas crianças. Eu conversei: “Mãe, vê se você tenta... antes de começar um tratamento de neurologia...” *Às vezes o médico entra com medicação e não é necessário* (Urbana, PE).

Uma criança de 4, 3 anos que a queixa principal é que era agressiva. Na consulta, a criança comendo biscoito, a mãe tirou o saco de perto pra falar comigo, *a criança deu um tapa na cara dela, ela começou a rir*. Eu achei aquilo estranho, continuei a anamnese. A mãe botou ela na cama para ser examinada, *a criança deu um soco no peito dela, ela riu de novo*. Eu falei: “*fica difícil você dizer que isso é uma doença, quando eu vejo (...) uma conduta dessa. Como você permite que seu filho dê na sua cara e você ri? Como você quer que eu trate isso com medicação? Vocês todos têm que ser tratados em algum serviço de psicologia para mudar essa dinâmica*”. A criança está com 5, 6 anos, xinga a mãe e a mãe (...) diz que o pai incita a criança a xingar ela. “*Com 5 anos a criança bater na senhora porque foi desagradada, é lamentável, é uma criança mal educada, malcriada, ser mal vista pelas outras pessoas. Se isso se perpetuar, com 18 anos essa criança é um marginal. Extrapola a questão da má criação e vira uma questão policial*”. Na hora ela fica abalada, mas depois... Não medico. Encaminho para a psicologia, a psicóloga fala a mesma coisa, mas ela não muda (Ugo, NP).

Tem muita demanda social e familiar. A criança apresenta um problema, mas na verdade o problema tá em volta dela. É uma criança violenta, que bate, mas os pais batem nela, moram num lugar que tem tráfico, a violência tá junto. *As coisas relacionadas à violência têm aparecido muito nos serviços.* A escola sinaliza que a criança está violenta, mas o núcleo tá na família. *Como é que você consegue intervir nisso? É bem difícil.* (Zilda, RPQ) ¹⁴¹.

Este último relato nos parece especialmente significativo quanto ao paradoxo que se evidencia em muitas falas, de maneiras diferentes. É muito frequente que se associem as manifestações patológicas das crianças às condições sociais em que estão mergulhadas. Muitas vezes fala-se das “questões sociais” que contribuem para a formação de comportamentos desviantes, inesperados, indesejados. Reconhecem, portanto, que as ações de muitas crianças é o reflexo do ambiente em que se encontram e das experiências a que são submetidas. Ao mesmo tempo, muitos entrevistados se vêem completamente impotentes diante destas situações, sem conseguir imaginar intervenções que escapem ao cuidado voltado à criança, ou ao máximo à família. Se isto está ligado a uma perspectiva de formação muito típica da medicina – mas também de diversas profissões ligadas à saúde – de caráter mais individual, está também profundamente submetido ao funcionamento de instituições que se voltam preponderantemente para o cuidado do indivíduo e de suas condições patológicas. É nesse sentido que se pode dizer que o modelo de doença-cura não foi superado, tampouco o modelo que toma a doença como referência, e não o indivíduo.

Relata-se o fato de que as crianças presenciam ou sofrem situações graves de violência e reagem a elas de uma maneira também agressiva, gerando um círculo vicioso em que o tratamento pode trazer mais gravidade à violência sofrida. Se apressado, o tratamento pode trazer mais prejuízos que benefícios, com ações deletérias, além de se desconsiderar as reais necessidades da criança. São frequentes os relatos de uma sociedade violenta, sobretudo nas favelas, em que as crianças e adolescentes estão expostos a abusos por causa do tráfico de drogas ou da polícia, sofrendo consequências desastrosas.

Hoje eu peguei um menininho de sete anos, medicado aos seis, *profundamente traumatizado*¹⁴², não era pra ter sido medicado. Ele chegou agressivo aos cinco anos, encontrou o avô morto na sala, depois a tia e o primo morreram num incêndio ao lado da casa dele.

¹⁴¹ Para mais falas, ver 5.2, no quadro ao final do capítulo.

¹⁴² A psicanálise exerceu um importante papel no processo de tomar a agressividade um sintoma, a ter valor de destaque para a clínica, inclusive (ou sobretudo) na infância. Birman (2006) faz uma genealogia da agressividade no discurso psicanalítico, mostrando que desde os primeiros trabalhos de Freud a agressividade já aparecia.

Outro tio se envolveu com tráfico e a UPP entrou na casa dele para investigar a situação. Colocaram o menino contra a parede, para interrogá-lo. Ele viveu essas experiências em um ano e meio. Ele começa a ficar agitado, agressivo na escola, a não querer dormir. Chega para atendimento, a mãe fala "eu acho que ele precisa de psicologia" e o médico fala "é melhor medicá-lo porque ele tá muito angustiado". Ele teve uma crise na escola, bateu em todo mundo. Saíram logo medicando o menino. Como ele estava com sono agitado, encaminharam para neurologia, ele tava com duas medicações: um antidepressivo e um anticonvulsivante. É uma pressa em dar remédio para criança, uma pressa! Agora pelo menos a mãe já tinha tirado o antidepressivo, e eu encaminhei para psicologia, a gente arrumando o tratamento dele e a mãe falou: "meu filho tá sofrendo muito, todos nós sofremos muito. A senhora não tem noção do que a gente passou". É uma pressa do médico em mostrar que ele respondeu, que ele fez serviço. Não ajudou o menino, o menino continua sofrendo. Quem é que saiu satisfeito do tratamento? O médico. Porque a criança... A mãe tá acreditando que ele pode ter um problema neurológico, tá esperando o resultado do eletro. O mal já tá feito. Tô deixando ele com a carbamazepina até o eletro, que tenho certeza, não vai dar nada. O menino não tá doente, ele tá traumatizado. Esses apressamentos que a medicina faz são muito deletérios, e a formação médica faz isso (Olívia, PQ).

Adolescente com suposto déficit de atenção, as notas estavam baixas, ele não prestava atenção à aula. Um relatório de escola desse tamanho, papel timbrado, carimbo. A mãe falou: "É estranho, doutora" – ele tinha 12, 13 anos – "até o ano passado ele era ótimo aluno, notas boas, era elogiado". Eu fiz a pergunta que não fizeram: "Mas o que aconteceu do ano passado pra esse ano?" "Os meninos do movimento entraram em casa e mataram meu sobrinho. Meu filho estava brincando com ele". Esse menino tem déficit de atenção, gente? Eu falei: "É muito difícil superar uma cena de violência com uma pessoa querida, dentro da sua casa, que é seu território protegido. Vocês continuam morando lá?" "Que jeito, doutora? Vou mudar pra onde?" Ele continua lá, os rapazes que assassinaram o primo estão ali na esquina andando e como é que esse menino vai e volta tranquilo da escola com a cabeça desse jeito? (Fúlvia, NP).

Uma entrevistada revela a violência como insígnia de pertencimento a uma dada comunidade, mais especificamente à família, como a expressão de uma forma mais ou menos esperada de agir, de se comunicar. Aqui, a violência de uma criança, de graves consequências, parece fazer sentido em seu meio familiar. Mas ao mesmo tempo, coloca em xeque e confunde os limites do normal e do patológico.

Um menino de oito anos chegou na [emergência] porque socou o espelho, cortou a artéria, começou a esguichar sangue. Foi direto pro

centro cirúrgico. *Esse menino teve um acesso de raiva porque o pai disse: “Me espera em casa que eu vou levar seu primo e já volto” Então resolveu quebrar o espelho. (...) Existem focos de epilepsia psicomotora, crises de agressividade que tem que tratar. Ter a abordagem médica, mas nunca esquecer que tem uma família por trás. Tem pai que acha que isso é normal, que o menino é macho. Ele falou pro garoto: “Pô, cara, para com esse negocio, você parece seu tio”. Quería ter conhecido! Ele é muito brabo! (Leila, PE)*

5.3. O paradoxo do fenômeno social e patológico e a questão da periculosidade

A temática da violência só pode ser analisada de forma dialética e a partir de uma interseção multidisciplinar, considerando a sua complexidade, polissemia e controvérsia. Se ela tem repercussões importantes para a saúde coletiva, ao mesmo tempo impõe desafios ainda não solucionados, frente à dificuldade de mensurar a morbidade dela decorrente (Minayo, Souza, 1998).

Muito embora as manifestações de violência atinjam a todos, em quaisquer sociedades, é preciso considerar as condições históricas que ajudam a construí-las. Com isso, “ao trabalhar com séries históricas, a epidemiologia tem permitido relativizar a magnitude dos dados e a tendência dos mesmos, desfazendo crenças da opinião pública, como a de que a violência tem maior impacto na atualidade e de que se trata de um fenômeno sempre crescente e sem solução” (idem:523).

Isto não implica em negar as modificações nos índices de violência, ao contrário, é afirmar as suas modulações em relação aos impactos que exercem sobre a saúde, a partir de diferentes mecanismos. Um destes é o reflexo da agressividade entendido como a insígnia de um sintoma. Num contexto nacional em que mais de 50% de mortes de crianças e adolescentes se deve por causas externas¹⁴³, e que crianças e adolescentes são assassinadas por terem ousado cometer o crime de existir¹⁴⁴, como não aparecer, na clínica, a expressão deste pavor? É inegável que a violência social se expresse no cotidiano das crianças e suas famílias, inclusive no contexto sanitário. Há que se considerar, inclusive, a população que utiliza esses serviços

¹⁴³ O Mapa da Violência, no Brasil, mostra que na década de 1980, 6,7% dos óbitos de crianças e adolescentes entre 0 e 19 anos deveu-se a causas externas; número este que ampliou-se para 53,2%, em 2010, dos quais 22,5% foram causados por homicídios (Waiselfisz, 2012).

¹⁴⁴ O ano de 2015 foi marcante neste sentido, como revelam as histórias de Eduardo; Cristian; Herinaldo; Roberto, Carlos Eduardo, Cleiton, Wilton, Wesley, entre tantos outros. (Carvalho, 2015; Justiça..., 2015; Torres, 2015).

públicos de saúde e os seus locais de moradia, onde estão ainda mais sujeitos a essas situações de violência como as expostas. Ao mesmo tempo, não seria impróprio reduzir a violência social ao sintoma da agressividade? Como a expressão da agressividade tornou-se insígnia de sintoma mental e comportamental, e que transições sofreu neste percurso?

Se a questão da violência e da agressividade está tão presente nas queixas comportamentais que levam crianças a serem tratadas a partir de um viés sanitário, técnico, e mais precisamente psicológico, psiquiátrico ou neurológico, isso se dá por uma série de processos históricos e da construção de um saber que liga os transtornos mentais à ideia de periculosidade.

A presunção de periculosidade está há muito tempo presente nas concepções acerca da alienação, da doença ou do transtorno mental, desde mais precisamente o desenvolvimento do alienismo. Um pouco mais tardiamente ela passou a situar e explicar as condições da infância, sobretudo na passagem do idiota para o anormal, através de uma constituição burocrática, como nos mostra Foucault. Trata-se, aliás, de um exemplo interessante de práticas discursivas e da construção de verdades, a partir de documentos elaborados para demandar e justificar a internação das crianças idiotas.

A partir da lei francesa de 1838, estabeleceu-se que a coletividade local (como um departamento, uma prefeitura etc.), seria responsável financeiramente pela internação da crianças. Para isso, era imprescindível que os alienistas justificassem a internação afirmando não só que elas não seriam aptas a prover suas próprias necessidades, como seriam perigosos, pois capazes de provocar incêndios, estupros, homicídios, etc.: “(...) os médicos dos anos 1840-1860 diziam claramente (...): somos obrigados a elaborar relatórios falsos, a carregar nas tintas, a apresentar o idiota ou o débil como perigoso para conseguir [que ele seja assistido]” (Foucault, 2001:278). Tais relatórios resultaram numa consequência extraordinária: desenvolveu-se a partir daí uma literatura médica que passou a levar a sério a estigmatização do débil mental e, mais do que isso, tornou-o perigoso, fato inédito até então.

Mas ainda durante o alienismo havia outra conexão entre a alienação mental – ou os idiotas, no caso das crianças – e a agressividade. Félix Voisin (1794-187) considerava uma multiplicidade de fatores na origem da alienação mental e do crime, enfatizando as condições nas quais os infelizes estariam mergulhados. Ali, aparece a noção de que é possível prevenir-se o alienismo, assim como o crime, através de uma educação adequada. Seria preciso investir, ainda na infância, para evitar condições de anormais no futuro.

Defendia que se observasse atentamente a história de vida de cada indivíduo antes de julgá-lo. O criminoso havia sido, grande parte das vezes, a própria vítima das mais diversas condições de abuso, abandono etc. E os males ocorridos anteriormente resultaram, de forma mais ou menos indiferenciada, no crime ou na alienação:

Ao comparar o *movimento respectivo da população dos hospícios de alienados e das prisões*, não me resta nenhuma dúvida a esse respeito: (...) não somente nos infortúnios particulares, como na época (...) das grandes calamidades que atingem a massa de uma nação, (...) ou dessas comoções políticas que movimentam muito violentamente os homens, as coisas, as ideias e os interesses, (...) que sob essas influências o número de alienados e prisioneiros não somente aumentam em proporções iguais, (...) *nós nos precipitamos quase indistintamente no crime ou na loucura*” (Voisin, 1830:286-7, grifos nossos, trad. livre).

O método mais adequado ao trabalho com alienados e com criminosos seria uma educação bem conduzida. Somente ela poderia prevenir os males não ocorridos e corrigir os já estabelecidos. Por isso a importância de se investir, na infância, pelos métodos adequados para melhor condução das tendências inatas (Voisin, 1830; 1834).

Mas a questão da periculosidade ganha estatuto especial quando a infância se torna tema central na explicação para a loucura do adulto. Não à toa a ideia de que a periculosidade diz respeito a uma condição latente, provável ou preditiva de um ato criminoso qualquer (o que, em grande parte das vezes, só pode ser identificada a partir de um primeiro ato). Daí a noção de periculosidade como “a probabilidade de o agente vir ou tornar a praticar ato previsto como crime” (Valença et al., 2011) e diz respeito, portanto, a certa antecipação de um possível ato criminoso, pela combinação de certas características¹⁴⁵. Daí a importância da noção de predição e intervenção precoce nesses casos situados entre as condições jurídicas e psiquiátricas.

A transição entre a classificação primordial dos idiotas para a anomalia, situado aproximadamente na passagem entre o alienismo e a psiquiatria, configura um momento central também no lugar da infância em sua relação com a loucura do adulto. Há uma ruptura, demonstrada pelos casos franceses de Henriette Cornier e de Charles Jouy, do papel dos antecedentes da loucura em fases primárias da vida. No primeiro caso, o ato insensato era o resultado da ruptura com a infância, – o que fica muito claro, por exemplo, quando Pinel

¹⁴⁵ Esse artigo mostra um caso clínico de uma mulher de 24 anos com retardo moderado, que assassinou sua avó com uma arma branca, pela simples razão de que esta se recusou a lhe dar dinheiro para a compra de um guaraná. Sua internação se deu por ser considerada inimputável, por uma série de características preditivas da reincidência de ato criminoso.

refere-se à vida adulta como aquela mais possível do desajuste das paixões, salvaguardando a infância destes sentimentos (Pinel, 1801). Quando da constituição da psiquiatria e da compreensão do anormal, a infância ganha outros contornos, servindo como a explicação que poderá antecipar, em até algumas décadas, o ato insano, criminoso etc., do anormal.

Daí a importância direta da noção de profilaxia, prevenção e predição que acompanha e justifica todos os atos jurídicos referentes às ações dos insanos, e que dizem mais respeito à sua capacidade de cometer determinado ato criminoso do que de tê-lo efetuado. O texto clássico de Carrilho (1948) é bem significativo neste sentido. Ao perito, investigador sensível, caberia identificar a periculosidade do indivíduo louco “mergulhando nos [seus] mecanismos psíquicos profundos” (p. 25), e resgatando

os seus antecedentes hereditários e pessoais, quer fisiológicos, quer mórbidos, os seus antecedentes sociais nos diferentes meios em que tem vivido – doméstico, escolar, militar, profissional – as suas tendências e inclinações, o seu estilo de vida, a sua constituição, o seu temperamento e o seu caráter (Carrilho, 1948:27).

Mais do que isto, seria preciso determinar a periculosidade de todos os internados nos hospitais psiquiátricos comuns, considerando a “periculosidade pré-delituosa”, pois, afinal, “todo caso psiquiátrico é um caso médico-legal” (p.44). Muito embora o famoso diretor do Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro não tenha feito referência direta à infância como constituinte das tendências e da personalidade dos indivíduos, seu pensamento se situa em um âmbito médico-jurídico em que a compreensão sobre a vida anterior e a psicogênese de certos atos criminosos, encontra em processos de continuidade, mais do que de rupturas, uma linha explicativa.

Nada melhor do que a infância, portanto, como lugar e momento de formação de tendências, hábitos, personalidades mais ou menos propensas às características que se tornarão evidentes na vida adulta. Daí a associação corrente entre a necessidade de tratamento da infância, por exemplo, para garantir a eliminação ou diminuição de sintomas no período adulto, e até mesmo a vida laborativa.

Além disso, é notório o fato de ter se constituído, especialmente desde o higienismo, uma concepção de infância pobre perigosa. Coimbra (2001) mostra como os saberes psi (sobretudo psicólogos) têm contribuído para uma série de estigmatizações legitimadas pelo estatuto da ciência através das *verdades competentes* – e dentre essas, aquela que associa de forma muito íntima a pobreza (assim como a criança pobre) à criminalidade, violência e

periculosidade, forjando o conceito de *infância perigosa* a partir de noções como de *carência emocional* e *família desestruturada*, por exemplo. Noção essa que liga a questão da agressividade e da violência à constituição de um quadro nosográfico infantil, marcado pela composição da *criança perigosa/em perigo* (Donzelot, 1980) e pelo legado fundamental que esta característica deixa na constituição diagnóstica.

De tal sorte está a psiquiatria da infância ligada à questão da agressividade que não à toa Heuyer, eminente psiquiatra francês, reconhecido por alguns por ser o fundador de uma disciplina oficial e específica da psiquiatria da infância (Donzelot, 1980) tem como objeto de seu trabalho seminal as crianças anormais e os delinquentes juvenis. Ali, defende a ideia de que “escolares anormais e delinquentes juvenis nos parecem inseparáveis” e que “entre o retardado escolar e o delinquente juvenil, encontramos os mesmos transtornos de inteligência e do caráter” (Heuyer, 1914:19;21, trad. livre).

Para esse autor, era preciso distinguir, ainda na escola, que tipo de anormal se tratava a criança, missão que não poderia ser levada a cabo exclusivamente pelos professores, sendo imprescindível a observação direta do médico. A distinção do tipo de anormal definiria o tipo de tratamento empregado. Considerando a impossibilidade de se delimitar quantitativamente o normal do anormal, que basearia tal distinção seria o somatório do critério psicológico da inteligência com o critério social, reunidos sob a noção da *capacidade de adaptação*¹⁴⁶, cujas regras eram a *não-periculosidade*¹⁴⁷ e a *possibilidade de sustentar a si mesmo*. A primeira, de caráter mais social, dizia respeito aos princípios morais, que faltariam ao delinquente. A segunda, de natureza mais psicológica, estaria relacionada à debilidade intelectual, impedindo o anormal de satisfazer suas próprias necessidades materiais. Tais sintomas poderiam ocorrer em combinações diversas, e ambos, intrinsecamente ligados e muitas vezes de difícil distinção, seriam caracterizados por um e/ou outro aspecto da inadaptação social.

Essa evidência do problema da agressividade e da violência mostram, pelo menos, dois aspectos fundamentais. Em primeiro lugar, procuramos delimitar alguns traços históricos que dão consistência à relação estabelecida entre violência, agressividade e sintomatologia de problemas mentais e comportamentais na infância, mostrando que essa noção, mais do que

¹⁴⁶ “Adaptabilité”, em francês.

¹⁴⁷ “Non-nocivité”, em francês.

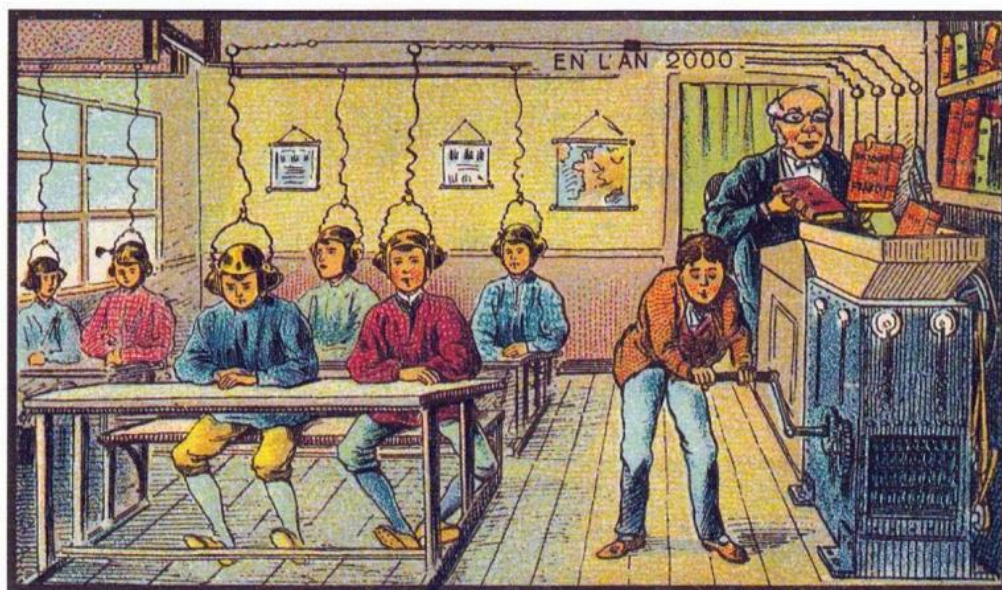
permeiar a construção nosológica da psiquiatria, chega mesmo a ser um dos elementos formadores da psiquiatria moderna, inclusive na infância (Foucault, 2001).

O outro aspecto é a relação paradoxal transmitida pelas práticas discursivas dos entrevistados. Ao mesmo tempo que se reconhecem problemas ditos de ordem “social” (se é que, neste âmbito, há problemas que não tenham um caráter social), o foco da atenção recai justamente em medidas terapêuticas, sejam elas farmacológicas ou não. Esse paradoxo tornam claros os limites de uma ação intersetorial, de modo que a tendência dos técnicos dos serviços de saúde (e mais particularmente os médicos, que entrevistamos) é manter-se restritos ao interior dos serviços, sem estratégias institucionais de modificação das condições materiais de existência, como as condições de moradia, da escola, da violência social mais ampla, entre outros. Condições que parecem atreladas não só a uma formação técnica dos diferentes profissionais de saúde, mas profundamente arraigadas no sistema de funcionamento institucional, que convida à atenção de foco extremamente tecnicista e voltado para os problemas estritamente de doença.

QUADRO COM TRECHOS DAS ENTREVISTAS: CAPÍTULO 5

5.1.1	O ambiente familiar como é, a estrutura familiar, quem são os responsáveis pela criança, como é a relação dela com os outros membros da família, <i>se é uma queixa de comportamento, de agressividade</i> , se isso se manifesta com alguns membros específicos. Ou se isso só aparece no ambiente escolar (Inês, PE)
	[É comum] <i>pacientes que chegam com 4, 5 anos de idade com comportamento inadequado, agressivo e que não vai bem na escola</i> (Ugo, NP).
5.1.2	Nessa faixa etária seria o antipsicótico pra (...) <i>coisas que podem vir junto com autismo, como agressividade, ou principalmente a automutilação</i> (...) ou em casos de retardo que cursem com automutilação (Lucas, PQ)
	Se a criança está muito agitada, muito inquieta, numa psicose, com a mente invadida ou muito agressivo; (...) quando a criança pequena está muito mal, com auto-agressividade, e <i>[a gente] não consegue ver uma coisa [externa, uma situação etc.]</i> , a criança respondendo daquele jeito, a gente entra com a medicação (César, PQ)
	Geralmente eu observo que é usada a medicação mais para controlar impulso, agressividade, melhorar a atenção da criança (Oto, RPQ)
	Heteroagressividade, dificuldade de convívio social é o pior para as crianças. (...) O autismo não precisa ser medicado (Bruna, PQ).
5.1.3	Às vezes a coisa não está andando, <i>apesar das medicações ele continua muito agressivo, ou com o comportamento muito anti-social que impede contato</i> . Quando eu mandei para a psiquiatria, o paciente teve uma melhora (Ugo, NP).
5.1.4	Foi uma queixa do colégio e como ele era muito dócil, carinhoso, no consultório, eu pedi para a mãe trazer o relatório (...). <i>A queixa era agressividade. Nesse dia eu vi ele batendo na irmã. Pode até considerar uma coisa normal, irmãos brigam o tempo inteiro, mas eu achei que, de repente, realmente ele era agressivo</i> . Aí eu mandei ele pra psicóloga e ela acompanha ele até hoje (Elisa, PE)
5.2	<i>A queixa é agressividade, dificuldade pra aprender</i> . A gente está tendo uma mudança importante de família, de sociedade, as crianças estão no meio disso. <i>[Na clínica] aparece com alteração de comportamento e agressividade</i> . O filme Relatos Selvagens mostra esse limite entre você se aborrecer de casa para o trabalho e o que acontecer nesse percurso te levar a situações extremas. <i>Como é uma criança que no caminho de casa, o pai dirige, xinga o cara que está do lado? Vai chegar na escola vai ser uma linda, não vai agredir? O consumo é uma das coisas mais agressivas na sociedade</i> . As crianças estão expostas. (...) As mães (...) botam 100 brinquedos em casa e não têm meia hora pra brincar com o filho. A criança vai somatizar. A fala, ou agressividade, ou vai embotar e não vai aprender. <i>Aí alguém quer: “Plim!, vamos medicar que a gente vai resolver”. Talvez não.</i> (Clara, PE)

CAPÍTULO 6.

**PROBLEMAS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS DE CRIANÇAS FRENTE A
PROCESSOS DE ESCOLARIZAÇÃO**

At School

Gravura 1: En l'an 2000: At school, Jean-Marc Côté, 1901 (retirada de Nelson, 2012).

No início do século XX, o gravurista francês Jean-Marc Côté fez uma série de gravuras vinculadas às embalagens de cigarros, projetando ou imaginando aspectos da vida cotidiana um século depois. Dentre elas, existe esta imagem de uma possível escola no ano 2000. Para além da transformação tecnológica, em que uma máquina seria capaz de transmitir aos alunos o conteúdo dos livros, esta imagem revela também o aspecto disciplinar da escola vigente, muito característica do período vivido pelo artista, e não totalmente superada pelo sistema escolar

contemporâneo. E qual é a possível relação deste sistema escolar com os supostos problemas mentais e comportamentais em crianças?

Muitos estudos vêm analisando e refletindo criticamente sobre a relação do papel exercido pela escola e a identificação de problemas de ordem mental e comportamental, no Brasil, pelo menos nas últimas quatro décadas, e de forma mais sistemática desde pelo menos a década de 1980. Muitos trabalhos importantes têm se dedicado a analisar criticamente esta relação. A patologização dos problemas escolares, da dificuldade de aprendizado, do fracasso escolar e dos comportamentos na escola tem servido como crítica constante por parte de pesquisadores que não se satisfazem com a compreensão deste fenômeno a partir de um prisma individual.

Ao apontar a origem do problema na criança ou sua família, é comum que se esvazie uma compreensão do âmbito pedagógico ou da organização escolar para sua explicação. A relação da criança com suas famílias ou suas características orgânicas (cada vez mais compreendidas sob um ponto de vista neurológico) em certa medida encobre a reflexão crítica sobre o sistema escolar e sua contribuição para problemas aparentemente individuais. Os problemas habitualmente evidenciados na escola são tidos como patológicos, demandando ação médico-psicológica e ações voltadas à elaboração de diagnósticos e mesmo para a prescrição de medicamentos. Daí o surgimento de críticas contundentes à *medicalização da educação*, termo amplo que em geral diz respeito à redução das questões sociais e de ensino para o âmbito médico e também psicológico, fenômeno claramente evidenciado pelas inúmeras ações provenientes de profissionais da psicologia no interior das escolas e o regular encaminhamento para psicólogos, psicoterapeutas, psicopedagogos, pediatras, neurologistas, psiquiatras.

Muitos trabalhos seminais instauraram uma tradição de pesquisas neste campo, mostrando a persistência da redução psicológica na explicação do insucesso escolar, há muitas décadas no país (Angelucci, Souza, 2011), questionando a visão individual e patológica do comportamento infantil na escola e debatendo diversas facetas dos processos de medicalização do fracasso escolar (Moysés, Collares, 1994, 1997 etc). A individualização de problemas educacionais tem sido fonte de críticas importantes presentes na interface entre a saúde mental e a educação, de modo que inúmeros trabalhos têm mostrado a relação muito próxima que se estabelece entre educadores e profissionais de saúde na identificação e definição destes problemas (Medicalização..., 2006). Isto se reflete, sobretudo, na sugestão diagnóstica e farmacológica. Para situar apenas dois exemplos de trabalhos de pós-graduação que abordam

essa problemática, vale citar, por exemplo, Bautheney (2011) e Sanches (2011).

A pesquisa de caráter mais histórico, assim como os relatos advindos das próprias entrevistas, revelaram uma série de articulações igualmente importantes que colaboram para a construção de um determinado discurso sobre as crianças e suas dificuldades - familiares, sociais, escolares, etc. Por exemplo, os trabalhos já muito conhecidos de Donzelot (1980), na França, assim como de Costa (1989), no Brasil, mostram que não foram as décadas atuais a inaugurar a relação intrínseca e a mútua influência entre a escola, a assistência social, a psiquiatria, a psicanálise, a psicologia. Mas também a análise de muitos outros autores, como de Vial (1990), que pesquisa os processos de patologização do fracasso escolar na França, a partir do final do século XIX, a partir da criação da educação especializada. Esse processo por vezes chamado de medicalização dos problemas escolares, portanto, não é novo. Poder-se ia até mesmo dizer que a intervenção psiquiátrica e processos pedagógicos são coincidentes: desde o início, o alienismo tinha um caráter fortemente pedagógico; por outro, a difusão e popularização da escola só foi possível a partir de estratégias médico-psicológicas de compreensão e de resolução de problemas de ordem educacional.

A realização dessa pesquisa só fez confirmar, a partir dos depoimentos insistentes de *todos* os entrevistados, uma ligação estreita que une os saberes médico-psicológicos sobre a infância e a escola, a partir de diferentes pontos de vista.

Como pretendemos ter mostrado em ocasião anterior (Amarante, Pande, 2015), esta ligação vem ocorrendo há pelo menos um século, quando o tratamento dos então chamados *idiotas*, em instituições asilares, se dava primordialmente através do método médico-pedagógico. No entanto, pode-se mesmo remeter essa relação estreita aos primórdios do alienismo francês, há cerca de 200 anos, quando a noção de tratamento moral, voltado tanto para adultos como para crianças, tinha forte veio educativo, corretivo, permeando e sustentando toda uma ideologia e uma tecnologia médica de cura. Assim, a relação entre os saberes médico-psicológicos da infância, inseridos no contexto da medicina mental, sempre estiveram atrelados, por diversas maneiras, à educação. Tal relação passou a se caracterizar pela interlocução e pelo trânsito regular entre as instituições escolares e organizações sanitárias, através da identificação das crianças com possíveis diagnósticos.

Isso se dava, em um primeiro momento, dentro do espaço hospitalar, onde cabia ao diretor médico, com sua autoridade e incorrigível presença, contribuir para o exemplo que levaria o alienado à reeducação de suas paixões, através da rotina institucional, da organização

arquitetônica e da tomada de consciência de sua própria condição de alienado. Não se tratava de um método formal de ensino, desenvolvido na escola, mas sim de um método educativo por meio de tratamento psiquiátrico e psicológico.

O tratamento moral significava, antes de tudo, uma organização asilar com rotinas desenvolvidas dentro de uma organização arquitetônica construída para esse fim etc., que supunha uma direção médica cuja presença e cuja autoridade moral era transmitida aos alienados através de todo o corpo de funcionários. Além disso, as próprias colônias, onde se constituíram trabalhos agrícolas, eram a expressão máxima da busca de reaproveitamento dos insanos, de sua capacidade produtiva (Amarante, 2015), o que também tinha um caráter educativo.

Em um segundo momento, deu-se a organização do método médico-pedagógico, empregado nas instituições asilares, pelo qual o tratamento das crianças plenamente idiotas objetivava sua cura de forma educacional, preparando-as para viver em sociedade. Como exemplos dessas práticas podemos citar os trabalhos de Séguin¹⁴⁸, Voisin – que criou o método ortofrênico¹⁴⁹, e Bourneville, com seu método médico-pedagógico¹⁵⁰, que se dedicaram, de

¹⁴⁸ Séguin, advogado que trabalhou em Bicêtre, criou um método de tratamento dedicado às crianças idiotas, método este que influenciou diversas gerações de alienistas.

¹⁴⁹ Félix Voisin fundou a École Orthophrénique, que pouco durou (Postel, Quétel, 2012). Sua obra teve um caráter claramente humanista e filantrópico. Como frenologista, acreditava os anormais haviam sofrido uma alteração quantitativa das tendências humanas inatas. Para Voisin, tanto criminosos como alienados traziam as mesmas tendências, inclinações, aptidões do homem comum. Conversão, portanto, de dois aspectos fundamentais do poder psiquiátrico: médico-judiciário e médico-pedagógico (Doron, 2015). Ainda que apostando no inatismo de nossas tendências, acreditava na importância de fatores externos, das condições variadas da vida, influências fundamentais na condução de nossas ações, ampliando ou reduzindo tais tendências. Sem desprezar a importância da organização cerebral na constituição das ações do homem – era um entusiasta da teoria de Gall –, refutava qualquer fatalismo: acreditava na recuperação de qualquer homem, o que se daria através do re-equilíbrio de suas tendências inatas, que poderiam ser reconduzidas ao bem. Seu método ortofrênico consistia numa instituição de educação especial para as crianças anormais, que encontravam obstáculos em acompanhar os métodos de ensino tradicionais e deveriam ser assistidas de forma diferenciada. Classificava as crianças que precisavam dos métodos ortofrênicos em quatro tipos, a saber: crianças nascidas *pobres de espírito*, em uma posição intermediária entre o idiota e o homem comum; crianças nascidas como todos, mas submetidas a uma educação mal conduzida, levando-as a uma direção viciosa; crianças nascidas extra-ordinariamente, sendo “aptas aos maiores vícios como às maiores virtudes, aos maiores crimes como às maiores ações” (Voisin, 1834:317); e crianças nascidas de pais alienados, “fatalmente predispostas à alienação mental ou a qualquer outra afecção nervosa” (idem:31).

¹⁵⁰ Désiré Bourneville foi um alienista que, entre os séculos XIX e XX, dirigiu os setores infantis de Bicêtre e da Fundação Vallée. O substrato fundamental da sua terapêutica era o *tratamento médico-pedagógico* (Bourneville, 1894), método ao mesmo tempo médico, higiênico e pedagógico, adaptação do método de Séguin. Propôs a organização do espaço hospitalar visando a divisão entre crianças e adultos, que coabitavam num ambiente promíscuo. Seu método consistia em uma série de práticas reparadoras, como exercícios físicos, hábitos cotidianos, ensinamentos variados, educação dos sentidos, lições escolares, passeios, e atividades que contribuiriam para instrução profissional e para uma “boa direção moral” (Bourneville, 1894). Seu método de tratamento tinha um caráter claramente pedagógico e disciplinar, no interior de uma instituição a um só tempo hospitalar e educacional, onde as atividades pedagógicas eram o tratamento propriamente dito. Forma de terapia que era oriunda do tratamento moral. Bourneville organizou de forma sistemática e divulgar por relatórios e fotografias a aposta no tratamento e na educação das crianças consideradas inintratáveis e ineducáveis. Sobre mais detalhes do tratamento médico-pedagógico de Bourneville, ver Amarante, Pande, 2015.

formas diferentes, à educação (e, portanto, ao tratamento) das crianças anormais. De fato, Foucault discute a questão da escolaridade dos débeis e idiotas a partir da tautologia do poder psiquiátrico. Ali, procura-se resgatar para o interior do asilo aquilo que lhe havia sido afastado fora: a pedagogia, com um “a mais” de poder (Foucault, 2006). É uma pedagogia renovada, portanto, com uma atribuição extra de poder proveniente do saber psiquiátrico.

Em um terceiro momento, passou-se à identificação dos anormais na escola, através de métodos da psicologia científica, através de uma educação especializada, objetivando classificar a criança segundo parâmetros médicos, psicológicos e pedagógicos, de forma a propiciar a ela o desenvolvimento de suas habilidades com a utilização de métodos específicos (Vial, 1990).

Finalmente, tal vinculação médico-pedagógica passou a ser exercida através não só dos métodos de identificação de problemas mentais e comportamentais no interior da escola, mas sobretudo na transformação dos hábitos da sociedade e principalmente da família, como núcleo básico e fundamental da sociedade. Contando com o higienismo como instrumento desta transformação social, mais uma vez a pedagogia e os métodos psicológicos e psiquiátricos se uniram a fim de capilarizar e ampliar uma relação que se manteve a princípio situada no interior de instituições – como o asilo e a escola, levando então para o interior das casas as transformações necessárias para a profilaxia mental – incluindo a modificação nas relações familiares, a maneira de vinculação entre pais e filhos, nos cuidados higiênicos com a infância, etc.

E, mais recentemente, observa-se a transformação e a revisão dos conceitos científicos, com forte influência das neurociências, que vem instaurar, no interior das escolas e nos métodos educativos, formas de estimulação baseadas no conhecimento científico e a aceitação destes especialistas como uma extensão dos cuidados tradicionalmente atribuídos aos estabelecimentos escolares.

Temos visto uma construção da educação com base nos conhecimentos da neurociência, no forte papel da escola na construção de diagnósticos na infância e na criação de uma série de políticas públicas destinadas a comprometer o sistema educacional com os parâmetros diagnósticos oriundos das ciências, uma série de estratégias de treinamento e orientação a professores, identificação e intervenção precoce, divulgação a pais, divulgação legal sobre diagnósticos etc, uma série de medidas, enfim, que busca aproximar os campos dos tratamentos

médico-psicológicos na infância e do processo de escolarização, a partir de recursos de divulgação técnica e científica (Município..., 2012a; 2012b; Miguel et al., 2009; Ribeiro, 2013; Instituto Nacional..., 2015; Instrumentos..., 2015).

Como exemplo da dimensão do papel da escola no diagnóstico de muitas crianças, destaca-se o projeto de lei 7081/2010 (Gerson Camata/PMDB) que

tem por objetivo instituir, no âmbito da educação básica, a obrigatoriedade da manutenção de programa de diagnóstico e tratamento do TDAH e da Dislexia. (...) O projeto estabelece que as escolas devam assegurar aos alunos com TDAH e Dislexia acesso aos recursos didáticos adequados ao desenvolvimento de sua aprendizagem, e que os sistemas de ensino garantam aos professores formação própria sobre a identificação e abordagem pedagógica.¹⁵¹

Ligação antiga, portanto, que tem se reatualizado, sobretudo a partir da chamada “década do cérebro”, através de uma formação científica e técnica dos professores e pedagogos que tem dado novo caráter a esta relação, já tão forte e anterior (Amarante, Pande, 2015).

Nas entrevistas, este tema se coloca de forma absolutamente dominante. Todos os entrevistados abordam a relação com a escola, em geral a partir de uma perspectiva ambígua, em que se revelam situações de proximidade e parceria, ao mesmo tempo que de desconfiança, crítica e reserva. Muitas são as falas que denunciam as demandas excessivas das escolas para tratamento médico-psicológico das crianças com dificuldades de adaptação ou problemas comportamentais. As interlocuções entre as instituições sanitárias e escolares se apresentam a partir de três vias, ou aspectos principais, que muitas vezes emergem a partir de um mesmo entrevistado: as críticas às insuficiências da escola; a escola como um lugar habilitado a notar problemas mentais e comportamentais que passam despercebidos pelos pais das crianças; e a escola como uma instituição parceira da qual se podem extrair informações úteis para a formulação de diagnósticos na infância.

¹⁵¹ <http://www.tdah.org.br>.

6.1. Reflexões e críticas a respeito do papel da escola frente à identificação de diagnósticos e demanda por tratamento

a. A demanda por diagnóstico e tratamento como resposta às *insuficiências da escola*. Há frequente crítica à escola, considerada como instituição que tende a patologizar problemas escolares e educacionais. Esta análise se pauta, em geral, às carências e insuficiências da escola;

A professora... tem 30 crianças na sala de 6 anos, uma criança tem um comportamento um pouco... “*Pelo amor de Deus, coloca pra dormir! Eu quero que durma o dia inteiro na minha aula! Pra eu conseguir minimamente evoluir dentro do que tenho que oferecer...*” (...) Se tem 1 aluno com uma alteração de comportamento, que é mais agressivo, ou tem dificuldade de ficar sentado prestando atenção, *elas querem que o neurologista coloque em coma.* (...) As professoras vivem no limiar, hoje elas estão exercendo uma função que vai muito além da escola porque elas *fazem o acolhimento às questões sociais*, é onde a criança vai todo dia. *As escolas não dão conta* (Clara, PE).

As crianças com problemas, por exemplo, autismo, mostram grave problema no sistema educacional. Ele deveria ser adaptado a cada criança. *As crianças no extremo da diferença mostram as falhas do sistema.* (...) Cada pessoa tem uma maneira de ser, inclinações, interesses, gostos, facilidades, dificuldades. A escola é uma coisa uniformizada, fechada, de cima pra baixo. Não está moldada ao aluno para entender o que ele precisa. Quando tem um caso mais grave, *fica claro essa insuficiência da escola.* Essas crianças, você precisa ir até elas pra elas poderem se desenvolver, se abrir, porque delas vivem muito no mundo delas (Pablo, PQ).

Tem dificuldade de diagnosticar dislexia, retardo mental, as escolas mandam pra gente como TDAH e não é nada disso. Às vezes é um problema pedagógico da escola (Lúcia, RNP)¹⁵².

b. A escola é considerada como *lugar capaz de identificar problemas e transtornos*, o que é visto positivamente. Ela serve também como um contraponto à família que muitas vezes, segundo os depoentes, supõe-se não perceber o problema da criança.

O professor vê muito claro, porque a mãe às vezes tem um olhar baseado no que ela quer ver, ainda mais tão novinho. “Ele brinca com criança?” “Brinca .” Às vezes não, a criança só fica do lado da outra e

¹⁵² Para mais falas, ver 6.1.a, no quadro ao final do capítulo.

brinca aqui, o outro brinca aqui. A professora vai dizer: “Não, ele senta do lado, mas não brinca junto” (Paula, PQ)

A mãe e o pai às por cansaço, a criança cansa. Ela chega do trabalho cansada, ele não para, mas ela não vê tanto quanto a escola. *A escola sempre acha que tem um problema com a criança* (Úrsula, RPE)

[A família] não percebe tanto, não acha que é tão: “Ela tem um problema”. Ela acha que é agitado mesmo, que é da idade. Algumas ainda percebem alguma coisa e vem, mas a escola é direito! A escola é muito (Urbana, PE).

c. E a escola é vista como *parceira, que colabora na construção do diagnóstico*. Por ser capaz de identificar problemas comportamentais e de aprendizado, tal instituição compõe o quadro de informações e de anamnese que ajuda o médico a confrontar opiniões e fechar seu próprio diagnóstico. Outro aspecto desta mesma relação diz respeito à tentativa de “imposição”, por parte da escola, de determinados diagnósticos e de um certo tipo de tratamento (em geral, medicamentoso), o que é visto com muito incômodo por parte do médico.

Um vez ou outra chega aqui uma professora que quer o remédio, a solução rápida, é sempre mais fácil, menos doloroso. *No geral as escolas são parceiras, contribuem com os relatórios. A gente recebe um grupo de professores, uma vez por mês tem uma reunião de uma, 2, 3 pessoas da equipe com os professores, nessa faixa etária você tem que saber a criança como está no colégio, em casa, no âmbito social, se ela tem amiguinho, se não tem* (Paula, PQ)

O colégio fala que ele só vai ficar no colégio se tomar o remédio. Isso já distorce muito. É legítimo o colégio dizer que está arrancando os cabelos, está desesperado, quer ajuda, mas às vezes eles já dizem o que tem que ser feito, que vai ser o remédio. (...) Os pais ficam no fogo cruzado. O colégio cobra que não foi prescrito nada: “Então vai no neurologista. Vai em outro serviço”. O colégio deposita esperança demais no remédio, espera que aquilo vai resolver tudo. Se não dá conta: “Ele está tomando remédio mesmo? Parece que não está tomando nada”. As mães ficam reféns. Ela vem falar comigo pressionada pelo colégio, que seria uma instituição que teoricamente entenderia do assunto e quando eles dizem isso, eles se sentem pressionados (Lucas, PQ).

A escola tem um papel fundamental porque se a gente não consegue determinar como é o desempenho da criança na escola, a gente fica perdido na maneira de tratar, se é que há necessidade de tratar. Muitas vezes eu pergunto como é o comportamento da criança, como ela está se portando. E recebo da escola uma folha impressa com todas as perguntas de TDAH e marcado sim ou não. Aquilo é pouco útil. Eu faço

isso na consulta, eu queria um dado, uma maneira mais livre de escrever para ver se eu conseguiria pegar alguma coisa ali (Ugo, NP)¹⁵³

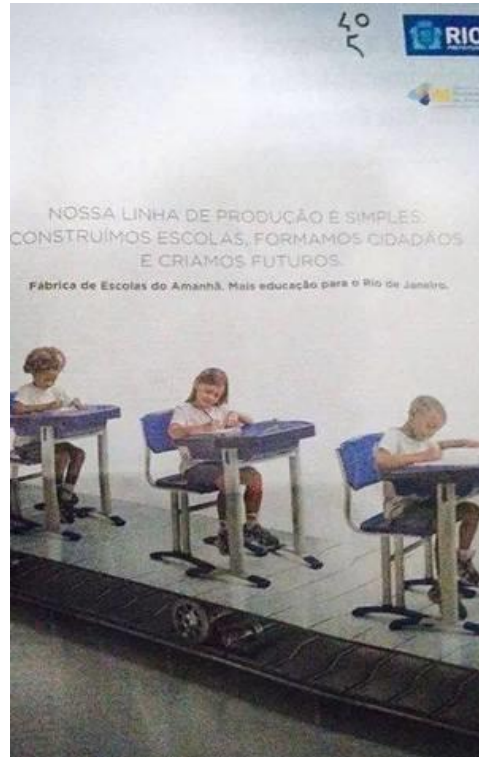
Diante deste quadro geral, da importância e insistência em relação ao tema, e considerando um grande cabedal de pesquisas que já vem abordando os problemas que compõem esta relação, optamos aqui por dar um foco mais específico ao tema, e que diz respeito à relação entre as instituições sanitárias às quais nos dedicamos neste trabalho, com a *pré-escola*, assim também com o processo de entrada no sistema escolar, de escolarização e mais especificamente de alfabetização, momento abordado por muitos entrevistados como o ponto de corte para o início da orientação da instituição para auxílio de natureza técnica, psicológica, psiquiátrica ou neuropediátrica.

Tais práticas podem espelhar e ao mesmo tempo produzir um determinado projeto de sociedade. Se por um lado a necessidade da produtividade é imperativa, por outro a individualização de problemas sociais vem ao encontro da tentativa de cobrir as deficiências e os problemas do sistema educacional e escolar.

Em dezembro de 2014, o jornal O Globo veiculou a seguinte propaganda da Prefeitura do Rio de Janeiro, em alusão ao programa Fábrica de Escolas do Amanhã¹⁵⁴.

¹⁵³ Para mais falas, ver 6.1.c, no quadro ao final do capítulo.

¹⁵⁴ Programa criado em 2009 com o objetivo de desenvolver “ações nas áreas de Educação, Saúde, Assistência Social, Esporte, Arte e Cultura em 155 escolas do município, sendo 38 já em Turno Único. Cento e cinco mil estudantes participam de mais de 50 atividades, entre elas, reforço escolar, laboratórios de ciência, esporte e informática” (Encontrado em <http://www.riosempresente.com.br/projetos/escola-do-amanha/>; acesso em 11.12.2014).



Gravura 2: Fábrica de escolas do amanhã

Uma matéria na internet refere-se às críticas que essa imagem gerou por educadores, políticos e também nas redes sociais (Prefeitura do Rio..., 2014). Pode-se comparar também essa imagem à esteira de produção mostrada no clip “Another brick in the wall”, do grupo Pink Floyd, em que as crianças em uma fábrica-escola são levadas, através de esteiras fabris, transformando-se primeiro em crianças assemelhadas, com máscaras horrendas, chegando finalmente... a uma máquina de carne moída!

Gostaríamos de acreditar que esta foto seria somente uma ideia infeliz com a intenção de mostrar um belo projeto de novas oportunidades e de um plano de educação destinado a todos. Mas infelizmente o que temos visto é um sistema escolar que tende à homogeneização das diferenças e da culpabilização individualizante das dificuldades de aprendizado.

Como nossas escolas têm reagido às diferenças? Às crianças que escapam aos padrões esperados e pré-determinados, como as que precisam de mais tempo para aprender (ou que necessitam de métodos mais flexíveis, criativos etc), ou daquelas que rapidamente conseguem compreender o que os professores dizem e se sentem entediadas, pouco instigadas? Como as escolas lidam com as crianças que frequentemente desafiam seus métodos, suas proposições, sua forma de transmissão de ensino?

As críticas a respeito do modelo escolar arcaico, de base fortemente disciplinar, não se esgotaram, nem foram superadas, sendo absolutamente reafirmadas a partir das demandas que se apresentam a respeito da escola e a partir destas, em relação aos comportamentos infantis, como podemos observar nas entrevistas. De fato, as práticas pedagógicas, com forte influência psicológica, se voltam muitas vezes para o desempenho e a performance, em todas as etapas da educação:

As políticas curriculares empreendidas no ensino oficial desejam formatar um aluno dotado de uma flexibilidade desenvolvida sob a primazia do êxito e uma permanente valorização da *performance*. A proposta é a de desenvolver cada vez mais a capacidade adaptativa nos indivíduos, desenvolver e difundir a crença de que aprender é construir procedimentos e atitudes sob o imperativo da competência e da inteligência para que o indivíduo se transforme em um solucionador de problemas. Acredita-se que o papel do professor seja o de desenvolver a inteligência (a sua e a de seu aluno) (Rego Monteiro, 2015:124).

As tendências atuais de competitividade e de produtividade, situadas no contexto de produção capitalista, também não se esgotam, tampouco em relação à pré-escola e às demandas de produtividade que se inscrevem desde a mais tenra idade no sistema escolar. Situações como vestibulinhos, seleções prévias na pré-escola entre outros não nos deixam enganar.

Um texto de Guattari é bastante esclarecedor nesse sentido. Ele mostra como em sociedades pré-industriais e tribais, a criança é inserida nos papéis estabelecidos pelo campo social adulto a partir de processos de iniciação bem demarcados, e que ocorrem mais tardiamente do que nas sociedades ocidentais contemporâneas. Nestas, tais processos se dão de forma quase automática, e desde muito cedo, o que ocorre, por exemplo, no interior mesmo das creches e através de recursos audiovisuais, como a televisão. O texto foi publicado pela primeira vez em 1977 e, como extensão, podemos também entender a importância, nesse contexto, dos jogos eletrônicos, recursos audiovisuais e redes sociais. A inserção da criança na sociedade se situa através dos princípios do capitalismo, visando seu melhor desempenho desde a mais tenra idade. No entanto, isso ocorre de modo mais suave do que na escola tipicamente disciplinar. Agora, as crianças *trabalham* na creche, *trabalham* diante da televisão, e em toda ação voltada para elas tem uma função produtiva de fundo, que as insere de modo sutil nos códigos sociais (Guattari, 1977).

Isso não parece exagero, quando observamos, por exemplo, os processos de seleção de entrada nas pré-escolas, nos últimos anos e meses. As transformações nas relações de trabalho

e a inserção cada vez mais precoce das crianças na pré-escola tem provocado uma procura ainda maior por instituições como creches, cuja espera pode ser muito longa (Knoplech, 2013). É comum que, devido à maior demanda por esses serviços, estas não aceitem as crianças sem antes realizar processos seletivos variados, que vão desde o critério de haver irmãos mais velhos na escola até mesmo de algumas “tardes de adaptação” cujo comportamento da criança é determinante na sua possibilidade de ser matriculada, ou não. Condições que não estão totalmente distanciadas da busca por processos de estimulação infantil, que deve ser realizada o quanto antes.

Um exemplo bastante paroxístico é aquele da entrada das crianças nas creches de Hong Kong, muitas das quais precisam passar por verdadeiros vestibulares onde são convocadas a seleções de conhecimentos variados, ao mesmo tempo que não devem parecer “treinadas” e devem se comportar de modo espontâneo, provocando bastante ansiedade por parte dos pais e demandando verdadeiros treinamentos anteriores das crianças (Cheung, 2015).

6.2. A questão da educação fundamental e sua relação com os problemas de saúde mental na primeira infância.

Em alguns casos, a pré-escola é tomada como *instituição capacitada e autorizada a reconhecer problemas* que não são identificados em casa

Coloquei na creche e a professora achou estranho que eles não falam e pediu pra levar no neurologista para saber se tem que fazer algum exame” (...). *A sorte é que essas criança foram pra pré-escola com 2 aninhos e a professora percebeu. Às vezes a gente recebe essas crianças com 5 anos e todo mundo achava que a criança era assim mesmo* (Fúlvia, NP).

Muitas vezes a criança não manifesta nada em casa, a mãe não tem queixa da criança. *Mas a creche tá reclamando, a escola tá reclamando e a gente solicita relatório da escola, relatório da creche, liga pra lá, fala com a pessoa responsável*, para entender. Que demanda é essa que não aparece em casa, e aparece na escola, na creche? Às vezes é relação com outras crianças, é uma criança que não convive, que só tem adulto, . Às vezes é uma família tão desorganizada, com tantos filhos, que não consegue perceber o adoecimento da criança e *a creche, que tem*

peessoas que são mais capacitadas, consegue ter um olhar e ver isso bem no início (Bruna, PQ).

Assim como a escola, a pré-escola é também apontada como *parceira de informações e relatórios*, de onde se extraem impressões fundamentais.

Ele foi colocado na creche, o contato social com as outras crianças foi muito pobre e *as pessoas da creche me falavam isso por relatório. A partir disso eu consegui fazer o diagnóstico dele* (Luís, NP).

Da creche, da escola, são parceiros muito bons para a gente (Bruna, PQ).

Outro aspecto levantado foi a importância da creche para *promover o estímulo das crianças, sendo vista como um lugar de aprendizado e sociabilidades*, saindo do convívio exclusivo de adultos.

As crianças chegam sem creche e *a gente indica a ir pra creche*, a assistente social ajuda. Faz a visita no lugar, pra saber se é adequada, se os profissionais estão interessados (Zilda, RPQ).

É importante saber o desenvolvimento da criança. Perceber se os estímulos estão adequados. *É uma criança isolada, fala pouco, mas não tá na creche, na escola, fica em casa o dia inteiro com a empregada*, que está olhando a criança, mas não está interagindo. Essa criança é mais isolada, mais quieta, porque falta estímulo? Não, é uma criança que tem tudo, que a mãe brinca, todo mundo brinca, é estimulada, está na creche e mesmo assim tá com alguma dificuldade? A gente começa a intervir (Zilda, RPQ).

Outras questões interessantes apareceram na análise e na compreensão do lugar da creche na relação com a criança pequena. Em uma situação, considera-se que *a criança foi estereotipada* pela sugestão de diagnóstico de autismo a partir da pré-escola.

A criança foi estereotipada na escola como autista, virou uma criança tímida, tinha 4 anos, interagia um pouco com as menores. Era o bebê da sala. Já estava fazendo terapia, fono. [A mãe] tava preocupada porque ela tinha 4 anos e não falava quase nada. Ela voltou a trabalhar muito cedo [e] se sentiu culpada de não ter estimulado a criança, da criança ser autista mesmo. Foi pra creche bem novinho. Quando a criança entrou na sala, eu achei que poderia, sabe? (...) A gente fez a avaliação, foi tudo negativo. Fez uma ressonância magnética com espectroscopia, pra ver se tinha uma lesão estrutural que justificasse a questão da linguagem, e não tinha. Ele começou a fazer as terapias. Quanto essa criança tava sendo prejudicada na escola! Estereotipada, autista. (Lúcia, RNP).

Outra entrevistada comenta o *uso de medicamentos psicotrópicos*, utilizados por crianças na creche:

Criança com suspeita de hiperatividade tem que avaliar. Como é o convívio na creche? Brinca com outras crianças? (...) Eu ouvi falar muito no particular. Colegas, amigos que têm filhos, contam: “Na escolinha, na creche do meu filho tem muita gente tomando [ritalina]” (Úrsula, RPE).

Alguns entrevistados comentam o tipo de demanda oriunda da creche que surge diante de supostos problemas de crianças pequenas, situações que demonstram uma grande exigência de comportamentos adequados à disciplina escolar, além da exigência de performance.

[A escola] manda pra gente. Pequeninha também, não pra alfabetizar, mas *criança que bate mais na outra, que morde, se joga no chão, faz crises temperamentais, (...) puxa o cabelo*. Ela se socializa até os três anos. Eles acham que se ela for um pouco mais agitada, se sair do contexto, tem um problema (Urbana, PE).

Tá diferente do normal, a escola manda. Quantas vezes já peguei criança com 3, 4 anos de idade, que não conseguiu aprender o alfabeto! Desde quando com 3, 4 anos tem que fazer o alfabeto? O ato de algumas crianças conseguirem aprender, não quer dizer que todas tenham que aprender (Flávio, NP)

Vários entrevistados fazem referência à diferença de expectativas e demandas da escola na *mudança para o processo de alfabetização*, como se vê a seguir:

Na pré-escola eu vejo uma tolerância maior. Pela pré-escola ser mais solta, não tão estruturada, a criança sentada na atividade restrita. A pré-escola tem uma facilidade maior de lidar com comportamentos mais agitados, inquietos. *A coisa começa a complicar quando a criança entra na idade escolar e começa a alfabetização, ela tem que a ficar sentadinha prestando atenção na tia. Aí ela passa a ser avaliada de uma maneira mais rígida. Às vezes uma criança que não tem um diagnóstico. (...) Não são autistas, não têm dificuldade pronunciada de aprendizado. A escola tem demanda de medicação maior* (Pedro, RPQ)

Crianças com retardo geralmente não tem sequela motora. Só tem dificuldade na interação social, no aprendizado, leitura. *É uma criança que vai bem até a fase pré-escolar. Quando ela chega na fase de inclusão escolar, aí começa a dificuldade* (Lúcia, RNP)

[As crianças] estão no colégio desde cedo, as mães precisam trabalhar. Nas creches municipais e particulares também. Muitas pagam creches mais em conta. Algumas deixam em cuidadoras, mas a maioria está no

colégio desde um ano de idade. Algumas ficam com a mãe. Muitas mães não trabalham, nesse meio. Na classe sócio econômica mais alta, a maioria trabalha. As crianças estão com a babá ou na creche. Na classe baixa ou média baixa, muitas não trabalham pra ficar com os filhos e as que trabalham colocam em creche. Quem trabalha coloca criança na creche mais cedo. Quem não trabalha coloca depois de dois anos. Depois de dois anos você conta nos dedos criança que não esteja no colégio. É muito raro (Elisa, PE).

O grande terreno de expansão de prescrição é na faixa etária um pouco maior, *com 7 anos quando começa TDAH*, e depois mais perto da puberdade, com o transtorno bipolar da infância (Lucas, PQ).

Dessa forma, ressalta do teor das entrevistas o papel proeminente da escola no encaminhamento das crianças aos profissionais de saúde. Seja porque a criança não apresente resposta aceitável aos padrões de aprendizado e comportamento estabelecidos no estabelecimento escolar; seja porque a escola se ressinta da impossibilidade de administrar determinados comportamentos que escapam, ainda que ligeiramente, ao mediano e usual; ou seja ainda porque a escola supostamente detecta na criança problemas que os pais não conseguem perceber, fica muito claro que ela é um elemento vital para a busca de auxílio médico e psicológico. Relação que, como já vimos, reatualiza-se a partir da modernização de técnicas a um só tempo médicas, psicológicas e pedagógicas que vem se transformando desde o início do alienismo.

Gostaríamos de ressaltar, contudo, um aspecto mais fundamental desta relação, no contexto desta pesquisa. Se por um lado os entrevistados referem-se a muitas situações de crianças que são levadas aos serviços de saúde mental cada vez mais cedo, há um contraponto desta demanda que se expressa justamente pelas instituições pré-escolares. Seja em creches, em pré-escolas, jardins de infância, etc., a exigência de comportamentos disciplinados, de acordo com as normas desejadas, torna-se um fator primordial para a procura, ou pelo menos para a dúvida sobre a necessidade de um acompanhamento técnico, médico e psicológico, que favoreça o *desenvolvimento infantil*.

Seja a partir de processos cada vez mais precoces de alfabetização, pelas demandas de performance e competitividade, pela disputa pelo lugar em tais instituições, torna-se muito relevante investigar o papel que tais instituições pré-escolares têm exercido no processo de medicalização do comportamento infantil, o que aparece de forma clara no discurso dos médicos entrevistados.

QUADRO COM TRECHOS DAS ENTREVISTAS: CAPÍTULO 6

6.1.a	A criança fala muito. “ <i>Essa criança atrapalha na aula, queria que desse um remedinho</i> ”. Mas pode ser que se tiver limite, se falar na hora certa, uma criança com a parte verbal bem desenvolvida pode se beneficiar, ser um representante, um líder naquele grupo. <i>Não necessariamente ele fala muito porque tem um transtorno, tem que só aprender a modelar. Deixar todo mundo na mesma forminha é uma baboseira</i> (Fúlvia, NP)
	Quem educa, quem dá carinho é a escola, nem sempre vai dar. Ainda mais no município, 30 crianças numa sala, não vai dar nunca. (...) <i>Da escola, a sensação que eu tenho é que eles querem se livrar. As crianças mais velhas que não aprendem: “Ele tem um problema!”</i> (...) Não há condição, 30, 40 numa sala onde alguns só vão par comer, já são grandes. É difícil (Urbana, PE)
	As escolas encaminham qualquer dificuldade de aprendizado, que não tenham nenhuma doença, pro especialista. O problema pedagógico virou uma doença (Lúcia, RNP).
	Eles andam rotulando uma criança que não entra no padrão do colégio, simplesmente porque não está no padrão ideal. Tem muita criança e não dá pra todo mundo prestar atenção no mesmo lugar, fazer a mesma coisa. As crianças pequenas são muito ativas. Não dá pra 30 crianças de 4 anos de idade, que tem que ir no banheiro, que tem que ter ajuda para se limpar, pra tomar banho. Uma criança que sai daquilo, é mais agitada, o colégio rotula como hiperativo. Hiperativo é uma grande queixa (Elisa, PE).
	De uma criança pequena a demanda vai ser muito mais da família, seja da família nuclear, seja da família mais extensa, avós que vão perceber alguma coisa. <i>Foi pra creche, o pessoal da creche começa a perceber</i> (Beth, PQ).
	A criança estava na creche e começou a frequentar também o maternal, ela ficava o dia inteiro, de manhã na creche, de tarde no jardim, ou vice-versa. <i>A creche junto com o jardim encaminham pra atendimento, mas esses pais vêm mais como uma obrigação. Havia uma dificuldade muito grande nesta família tanto em perceber a dificuldade da criança como de perceber a participação deles, pais, para essa dificuldade</i> (Beth, PQ).
	Com um ano e meio eles chegam melhores: mal eles começaram a manifestar as coisas, no caso o autismo, a esterotopia, começa a não fazer contato com outro, <i>são crianças de creche e a professora já sinaliza, a mãe também</i> , tem a vó que achou estranho desde pequenininho, aí vem para cá. Já sabe que no ambulatório, muito pequeno assim eles não atendem (Bruna, PQ).
6.1.c	A gente pede relatório da escola, como está o aproveitamento, a dinâmica com as outras crianças, com os professores, em casa com a família, com os irmãos (Enzo, RPE).
	Eu acho que o colégio está exagerando. Eu não sei se o exagero é da mãe, ou do colégio. Eu peço para ela trazer por escrito, um relatório (Elisa, PE).
	A escola é um braço do sistema de saúde das crianças. Infelizmente os professores são pouco treinados em reconhecer atrasos de desenvolvimento, eles passam sem diagnóstico até uma idade avançada. Por outro lado, existe um foco em determinados diagnósticos, uma visão enviesada dos diagnósticos psiquiátricos, de desenvolvimento. O próprio TDAH, milhares de cursinhos e palestras. As escolas já mandam as crianças com os questionários preenchidos. Às vezes você tem que desconstruir um diagnóstico que é dado pelo professor. Mas em geral a gente tem uma atitude de parceria com o professor (Gina, NP).

CAPÍTULO 7.

O PROBLEMA DA RELAÇÃO ENTRE AS ESPECIALIDADES

As relações entre psiquiatras, neurologistas e pediatras mostraram importantes disputas e conflitos, a partir de três aspectos principais: em primeiro lugar, em relação à sua expertise, sua maneira de trabalhar, de exercer a clínica. Em uma palavra, a um certo estilo de clínica. Além disso, relaciona-se ao lugar que os especialistas atribuem a si e a outrem, os papéis que supostamente lhes cabem, interseções entre os campos e dificuldades daí advindas. E, finalmente, as disputas estabelecidas em relação à compreensão nosológica e etiológica dos supostos transtornos mentais e comportamentais. Como consequência deste último aspecto, há disputas quanto a concepção relacionada ao tipo de tratamento e ao seu objetivo central.

Tais relações são interessantes por diferentes razões. Elas mostram como estes lugares se construíram historicamente, e apontam os limites, avanços e tentativas de superação. Indicam também as bases desta disputa: elas são usualmente reduzidas à diferença de perspectiva que supostamente distinguiria as etiologias por seu caráter orgânico e/ou psíquico, a partir de uma formação com tendência mais “organicista” ou “psicologizante”.

Alguns pontos se destacam desse quadro geral. Em primeiro lugar, parece haver uma dissimetria entre as posições de críticas, acusações e “reticência” entre psiquiatras e neurologistas, já que os primeiros parecem indicar mais problemas com as práticas dos segundos do que vice-versa. Outro aspecto interessante é a colocação de dúvidas constantes por parte dos pediatras em relação a quem devem encaminhar as crianças que supõem apresentar problemas mentais e/ou comportamentais. Revelam os limites sutis entre a psiquiatria e a neuropsiquiatria e tendem a associar os problemas psiquiátricos àquilo que se entende tradicionalmente como sociopatia (ainda que não usem essa expressão), de caráter fortemente moral.

As entrevistas mostram que os pediatras ocupam um lugar limítrofe muito importante, pois, ainda que afirmem o contrário, demonstram atender muitos casos que se caracterizam por problemas mentais e comportamentais, o que se desdobra em três ações principais: a tentativa de resolver ou diluir os problemas de forma intuitiva, baseada no “bom senso” e na sua expertise; procuram encaminhar para os especialistas, quando acham que tais problemas configuram um diagnóstico propriamente dito; e, finalmente, em alguns casos, se utilizam de instrumentos estruturados – como questionários – a fim de dar um caráter mais formal à identificação de diagnósticos. Isto sugere uma tendência a um novo especialismo desta profissão, constituído a partir dos saberes psiquiátricos e neurológicos e mais especificamente aos seus critérios diagnósticos, organizados a partir das classificações diagnósticas e formas padronizadas de medicação e orientação.

As práticas pautadas pela psiquiatria e a neurologia têm semelhanças e diferenças que podem ser genericamente agrupadas desta maneira: elas se assemelham pelo uso das classificações diagnósticas; pelo enfoque no tratamento multiprofissional; pela forma de medicar, semelhança essa que parece ser maior do que a que os psiquiatras supõem; pela disputa de algumas categorias diagnósticas; por desconhecerem completamente o acompanhamento pediátrico das crianças por eles tratadas. Diferenciam-se pelos tipos de relação intra e extra-institucional; por advirem de disciplinas diferentes, muito embora complementares; e por terem exclusividade sobre algumas categorias e classificações não compartilhadas; além disso, os pediatras apresentam dúvidas de encaminhamento, que mostram as compreensões que trazem a respeito das diferenças e semelhanças entre as duas especialidades.

A partir destas observações, foi possível analisar tais relações a partir de algumas características de estabelecimento destas diferentes disciplinas no Brasil. Traçar as relações de poder que se colocam a partir desses interlocutores permite ajudar a compor o quadro a análise dos entrevistados sobre o seu campo de ação, e mais especificamente a partir das concepções que carregam de compreensão e tratamento dos problemas mentais e comportamentais das crianças atendidas.

7.1 O uso das classificações diagnósticas oficiais e de questionários

Entre psiquiatras, houve uma divisão daqueles que afirmam preferir a CID e o DSM, e muitos fazem uso dos dois; mas entre os neuropediatras pareceu de forma mais clara a preferência pelo DSM. Em alguns momentos, marca-se uma diferença entre os usos destes manuais: haveria um uso mais burocrático do CID, como para a elaboração de laudos, enquanto o DSM serviria como parâmetro para a clínica. Os pediatras, por sua vez, não fizeram referência a nenhum dos dois parâmetros para identificar quaisquer problemas ou transtornos de ordem mental ou comportamental, preferindo um caminho mais intuitivo ou com base em uma impressão geral. Pareceu interessante e surpreendente o fato dos pediatras e neuropediatras fazerem mais referências ao uso de questionários estruturados, como o SNAP¹⁵⁵, a fim de identificarem certas condições, sem qualquer comentário dos psiquiatras nesse sentido. A prática do pedido de pareceres também aparece de forma comum, entre pediatras e neuropediatras, e não entre psiquiatras.

O DSM e o CID, livros (...) Mas nada ao pé da letra. (...) Nada rigoroso. Por exemplo, precisa ter 3 critérios de 5 pra fechar, né? (...) A gente se baseia naquilo até pra investigar, perguntar, auxilia com os parâmetros. Às vezes não fecha os 3, mas os 2 que aparecem são tão graves que precisa de tratamento (Oto, RPQ)

A gente usa o DSM para caracterizar distúrbio mais psiquiátrico e o CID para caracterizar as crianças, mais quando vai fazer o laudo. [O CID] pra fechar um diagnóstico não, a gente usa quando precisa dar um laudo. O DSM ajuda a definir o diagnóstico. O CID mais por uma questão burocrática e o DMS mais pra quando a criança tem: “o autismo”. Aí você vai ter os critérios. Ou depressão. Aí de tantos critérios (Brenda, PNP).

Eu já soube de neurologistas que *na ante-sala as famílias recebem um questionário que é preenchido* e quando a criança entra o médico faz um escore e a partir dali ele medica ou não. Daqui a pouco vai ser online, você não precisa mais nem ver a pessoa, esse tipo de medicina vai cair num lugar que não está legal (Clara, PE)¹⁵⁶.

¹⁵⁵ SNAP (Swanson, Nolan and Pelham) é uma escala classificatória organizada em torno de um questionário para detecção de casos de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, com base nos critérios do DSM-III (Swanson et al., 2012).

¹⁵⁶ Para mais falas, ver 7.1, no quadro ao final do capítulo.

7.2 A importância dada ao tratamento multiprofissional

De forma bastante significativa, as três especialidades conferem grande importância ao tratamento multiprofissional. Todos os profissionais fizeram referência à necessidade de se contar com outros profissionais de saúde para a realização do diagnóstico, mas sobretudo para a própria eficácia clínica.

Quando a gente trabalha com equipe multidisciplinar, a gente vê alguma coisa que não é da sua área. O médico vê os medicamentos, o organismo em si, um psicólogo só vê o subjetivo, o terapeuta ocupacional vê que a criança que não engatinha vai ter problema na escrita. O musicoterapeuta, tem a criança que não se interessa por nada e no momento que toca um violão, faz um batuque, a criança vem correndo. E através daquilo você consegue conversar com a criança. Ela não fala, mas canta, dá pra fazer um trabalho em cima daquilo, você aprende todo dia enquanto trabalha. Aqui tem terapeuta ocupacional, psicólogo, musicoterapeuta, psiquiatra, enfermeiro, técnico de enfermagem. É uma equipe que tem bastante funções (Bruna, PQ)

Eu sempre faço as duas coisas junto. O remédio não faz milagre, nem o tratamento multidisciplinar. É um conjunto de coisas. Tem que ser uma equipe. (...) Quando você trabalha num serviço que tem tudo isso, é ótimo. Infelizmente eu não tenho isso. Eu tenho psicóloga, fono, terapeuta ocupacional, mas não psiquiatra. Acaba a gente se virando como psiquiatra (Flávio, NP).

É uma via de mão dupla. Você vai se influenciando pela visão do seu colega e influencia a visão dele também. Se eu tenho um caso com uma fonoaudióloga que me apresenta um diagnóstico que eu não conheço, num próximo paciente eu vou cogitar esse diagnóstico e ter uma visão mais fonoaudiológica do caso. Isso vai da experiência, do contato (Gina, NP) ¹⁵⁷.

¹⁵⁷ Para mais falas, ver 7.2, no quadro ao final do capítulo.

7.3 O medicamento como parte das estratégias de tratamento

Como pretendemos haver mostrado no item 5.5, diferente do que demonstram pensar os psiquiatras entrevistados, a forma de medicar parece ser muito semelhante entre psiquiatras e neuropediatras. Prevalece, para uns como para outros, a ideia de que a medicação é apenas uma parte, muitas vezes a menor delas, que compõe da estratégia geral de tratamento. Isto implica no privilégio de outras intervenções, anteriores à medicamentosa: orientação familiar, ação junto à escola, mudança do ambiente e dos hábitos da criança, e uma diversidade de tratamentos multidisciplinares. São muito citadas as ações de psicólogos, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, enfermeiros, musicoterapeutas, entre outros, seja no contexto do próprio serviço ou a partir de encaminhamentos para outros serviços. O tratamento farmacológico aparece sempre em segundo plano.

Além disso, o discurso que permeia a medicação está regularmente calcada na noção da sua extrema necessidade e do absoluto cuidado que se tem em medicar. Quase todos os entrevistados afirmam ser cautelosos a respeito do uso da medicação, assim como a equipe de trabalho em que estão inseridos, os residentes sob sua supervisão etc. Muitas vezes fazem um contraponto com outros profissionais e instituições que seriam menos cuidadosos, seja em relação ao estabelecimento de diagnósticos, à realização de exames desnecessários e à prescrição dos medicamentos.

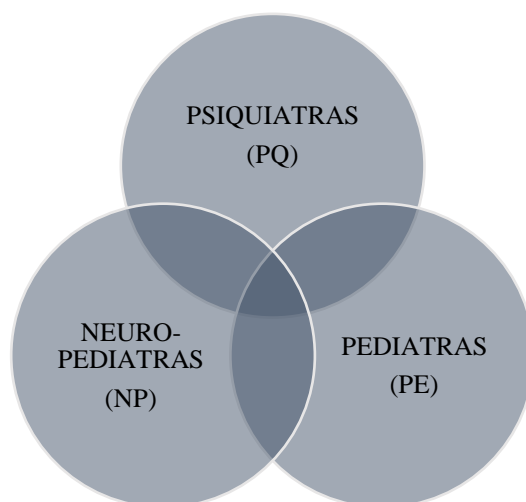
Isso não implica dizer que, tanto entre uns quanto outros, não haja contradições. Apesar de todos os cuidados relatados, é comum que a medicação, frente à dificuldade de se obter tratamentos multidisciplinares, torne-se não mais o pano de fundo, mas a figura central do tratamento, prevalecendo sobre os demais recursos. Além disso, embora haja uma importante recusa em se colocar como mero prescritor, muitas vezes os psiquiatras assumem as dificuldades, sobretudo de ordem institucional, de cumprir um papel diverso daquele demandado para o médico. Isto significa se manter, a despeito de sua vontade, no interior do ambulatório (ou de uma sala de atendimento, quando no CAPSi) e restringir sua ação à prescrição dos medicamentos, com pouca possibilidade de participar de espaços coletivos e manter uma interlocução com outras instituições e realizar ações intersetoriais.

Finalmente, muito embora o tratamento multidisciplinar configure como a estratégia prioritária, em muitos momentos o recurso farmacológico funciona como meio de acalmar a criança e, a partir de então, inseri-la nos tratamentos não-farmacológicos. Característica que parece pertencer ao universo tanto de psiquiatras quanto neuropediatras, e cujos hábitos, tentativas e contradições contrapõem-se à ideia usualmente difundida, sobretudo entre psiquiatras, que os hábitos de prescrição de uns e de outros são inteiramente diferentes.

7.4 A disputa por categorias diagnósticas

Pôde-se notar, a partir das práticas discursivas dos entrevistados, que há algumas separações do papel de cada especialista no cuidado, exclusivo ou compartilhado, em relação a determinadas condições e categorias diagnósticas. Algumas destas são alvo de disputas, sendo vistas como exclusivas de sua própria expertise; outras são mais facilmente compartilhadas com as demais; algumas delas, mais genéricas, pertencem aos três campos simultaneamente, sem maiores problemas a esse respeito.

Procuramos simplificar a relação entre os especialistas através desta imagem, mostrando de que maneira, no discurso dos entrevistados, colocam-se as divisões nosográficas de acordo com as especialidades. Foram reunidos pontos apresentados com certa regularidade e que sintetizam, a um só tempo, o que cada especialista atribui a si e aos demais.



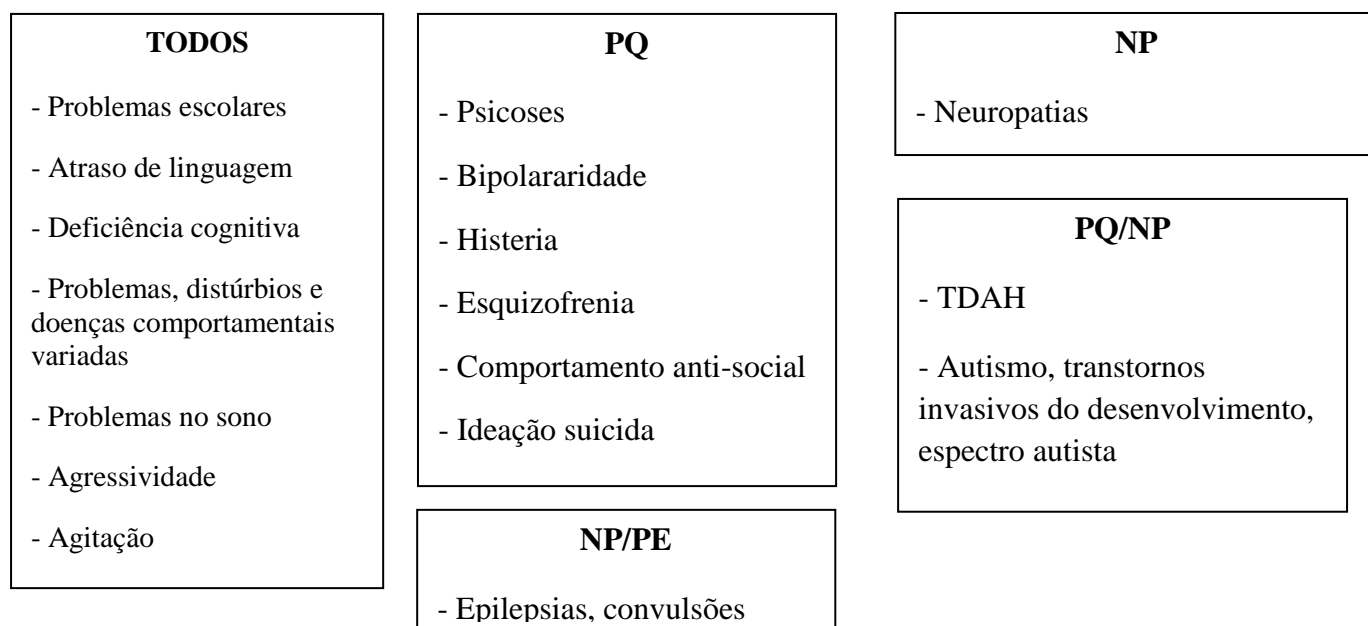


Gráfico 5: Divisão de condições e transtornos mentais e comportamentais por especialidade

Na interseção entre os campos, identifica-se frequentemente uma área comum às três especialidades, nas quais problemas, distúrbios e transtornos escolares são citados com frequência por todos os especialistas. Elas são, sem dúvida, as condições mais habituais entre os diversos profissionais, mostrando a importância da escola e do processo de escolarização na determinação e identificação de problemas de ordem mental e comportamental. Elas são percebidas ora em função do processo de escolarização (como, por exemplo, problemas de aprendizado), ora por questões comportamentais que aparecem no contexto da escola (como a relação com os colegas, por exemplo).

Muitos pais vêm com essa queixa, a criança tem uma dificuldade de aprendizado, precisa ser mais estimulada, mas não preenche critérios pra fazer medicação (Brenda, NP).

A escola tinha muito: a criança não se encaixa no padrão que ela considera normal então procura o serviço médico (Paula, PQ)¹⁵⁸.

Entre as três áreas aparecem também queixas frequentes dos mais variados problemas, distúrbios ou doenças comportamentais, que englobam uma série de condições, como

¹⁵⁸ Para mais falas, ver 7.4.1, no quadro ao final do capítulo.

problemas no sono, agressividade e agitação, atraso de linguagem, deficiência ou atraso cognitivo.

A criança tem distúrbio de sono, não dorme de jeito nenhum, e a dinâmica familiar fica complicada. Ninguém dorme, você é obrigado a fazer alguma coisa. Uso nesses casos risperidona, à noite, pra dar uma resguardada (Flávio, NP).

Às vezes vem a criança com encaminhamento por um distúrbio de comportamento, uma alteração comportamental qualquer. A porta de entrada é a pediatria (Inês, PE) ¹⁵⁹.

Para psiquiatras, atriui-se exclusivamente o tratamento para condições como psicoses, bipolaridade, histeria¹⁶⁰, esquizofrenia, ideação suicida¹⁶¹. Algumas destas são atribuídas pelos próprios psiquiatras, enquanto outras consideradas pelos demais especialistas como de ação exclusiva destes especialistas.

Como chega primeiro nos ambulatórios, eles encaminham para cá, autistas, psicóticas, bipolares graves, histéricos graves, a gente fica com a parte mais grave que o ambulatório pensa não dar conta (Bruna, PQ).

Ela tinha ideação suicida. Então não quis ficar com ela, que eu acho que ultrapassa a minha fronteira (Gina, NP) ¹⁶².

Aparecem condições na interseção entre psiquiatras e neuropediatras e que os segundos encontram, por diversos motivos, limites na sua atuação. Consideram que o psiquiatra, com um acervo farmacológico mais amplo, é capaz de melhor resolver estas condições. E isto parece ter menos a ver com diagnósticos específicos; são os mesmos diagnósticos com que lidam cotidianamente, mas sem conseguir os avanços esperados.

Eu preciso fazer o eletroencefalograma pra ver se ele tem indicação e tratar a epilepsia, rever a dose do neuroléptico. Vou tateando, não tem muita solução. *Quando eu não consigo, eu trato o que sei tratar e mando pro psiquiatra, [que] tem um arsenal de tratamento maior que o nosso.* O bom psiquiatra tem uma visão farmacológica muito boa. Ele

¹⁵⁹ Para mais falas, ver 7.4.2, no quadro ao final do capítulo.

¹⁶⁰ Expressões usadas unicamente pelos próprios psiquiatras. Termos que implicam noções específicas da área e, embebidos pelo saber psiquiátrico tradicional ou com base psicanalítica, não atravessam o discurso dos demais especialistas.

¹⁶¹ Condições que, por vezes, surgem no contexto do atendimento de pediatras ou neuropediatras mas que estes consideram ser melhor atendidas pelos psiquiatras, encaminhando-os.

¹⁶² Para mais falas, ver 7.4.3, no quadro ao final do capítulo.

lida com doenças que não tem uma coisa muito objetiva. Ele tem mais facilidade de encontrar uma solução praquele paciente (Flávio, NP).

A gente trata, quando eu não consigo lidar bem, TDAH menos, que tem pouca opção terapêutica no Brasil, não tem como fugir daquilo. O transtorno invasivo tem um leque maior de medicação. *Às vezes você pega paciente que não resolve, com comportamento muito ruim e você manda pro psiquiatra*, talvez ele tenha uma mão melhor em dosar e associar as medicações que a gente não tá acostumado. Mas os casos mais fáceis a gente lida com tranquilidade (Ugo, NP).

Na interseção entre a psiquiatria e a neuropediatria, parece haver um terreno de verdadeira disputa: quando se referem a diagnósticos mais habituais nos seus serviços, fala-se muito em autismo (sobretudo nos CAPSi e nos ambulatórios de neurologia), em TDAH (nos segundos). Nos CAPSi, existe um ponto de vista prevalente de que tais serviços, por sua alta complexidade, atendem tradicionalmente crianças com autismo, ou, como se diz a partir da última versão do DSM, que compõem o transtorno de espectro autista, sobretudo em crianças pequenas, com aparecimento precoce. Mas estes são quadros usualmente atendidos por neuropediatras também, e têm aparecido com bastante frequência em serviços de pediatria. Em alguns momentos, síndromes genéticas aparecem como comorbidades ou diagnósticos diferenciais, requerendo por vezes o contato com geneticistas, mas que podem ser tratadas pelos recursos usuais de neuropediatras ou psiquiatras.

TDAH todo neurologista trata, e em função da dificuldade que é o psiquiatra você acaba tratando umas outras também. Qualquer ambulatório de neurologia vai ter gente tratada com TDAH, com autismo (Ugo, NP)

O transtorno de déficit de atenção e hiperatividade é uma doença puramente neurológica. Quando eu era estudante de medicina, o psiquiatra nem via. Passou a ver porque passou a ser interessante ver. Elas tem um monte de comorbidades psiquiátricas, acabou o psiquiatra querendo tomar conta e hoje toma mais conta que nós, tem muito neurologista que não gosta de ver essas coisas. (...) Outra parte é porque começou a colocar muitas alterações psiquiátricas dentro de uma doença, que tem um fundamento neurológico. O TDAH é o que eu vejo mais. Ela tem comportamentos psiquiátricos, mas é uma doença sabidamente neurológica, tem um substrato neurológico, que é os neurotransmissores. Interações erradas, por assim dizer (Flávio, NP)¹⁶³.

¹⁶³ Para mais falas, ver 7.4.4, no quadro ao final do capítulo.

É consenso que cabem, para neuropediatras, condições específicas de neuropatias, como aquelas decorrentes de paralisia cerebral. Já na interseção entre o trabalho dos neuropediatras e dos pediatras, existem epilepsias e convulsões, que são tratadas preferencialmente pelos primeiros, mas eventualmente também pelos segundos. Em relação a tais condições, parece que a visão do psiquiatra sobre o neurologista se transforma, marcando a importância deste entrar em cena e da obrigatoriedade de se medicar nesses casos.

Já nas arenas dos neuropediatras e dos pediatras, acreditamos haver condições diferentes daquelas vistas como de ordem mental ou comportamental, e que não aparecem na pesquisa.

No campo mais específico dos pediatras, aparecem inúmeras situações de transtornos alimentares que não surgiram no discurso dos demais especialistas.

A mãe com transtorno alimentar, pra emagrecer amamentava. A criança com meses, com 10 quilos, peso de um ano, a mãe seca. Ela dava o peito não para saciar a criança, mas pra emagrecer. [A criança] obesa. Peito, peito, peito, peito, peito, peito, peito, peito, peito, peito, peito. Vi isso duas vezes (Alice, PE).

Ele não comia, nunca botou nada na boca. Aquilo era muito estranho, um bebê que não botava nada na boca, não pegava chupeta, não mamou peito, a comida era supérflua para ele. A gente começou a achar aquilo estranho, mas tentando: “Vamos lá, mãe, dá comida em intervalos menores (Urbana, PE)”¹⁶⁴.

Na visão dos psiquiatras, os neuropediatras encaminham determinados casos para os CAPSi por saberem que ali há recursos não apenas farmacológicos; em momento algum foi esta a tônica dos encaminhamentos, segundo os neuropediatras. Estes dizem encaminhar certas situações a psiquiatras devido a diagnósticos específicos ou por acreditar que houve limitações no tratamento farmacológico por eles utilizado, superáveis por aqueles oferecido pelos psiquiatras. Em geral, ao referirem-se aos tratamentos multidisciplinares, não priorizam os CAPSi, mas fazem menção a outros serviços da rede, onde há fonoaudiólogos, psicólogos, etc.

Muitos médicos que trabalham em hospitais dão preferência aos encaminhamentos realizados para outros setores, no interior da mesma instituição. Muitos referem-se às grandes dificuldades de encaminhamento na rede, neuropediatras mas principalmente pediatras. Por

¹⁶⁴ Para mais falas, ver 7.4.5, no quadro ao final do capítulo.

outro lado, as dificuldades e os “labirintos do SUS” e seus encaminhamentos não pautam como temas importantes relatados por psiquiatras¹⁶⁵.

Nem sempre [funciona o encaminhamento]. Porque aí tem todos os atalhos do SUS. Os labirintos. Eu não costumo ver retorno (Leila, PE).

A gente sabe o que fazer, mas não consegue encaminhar. Um programa dos Correios é pra ganhar presente do papai Noel. Uma criança escreveu que queria uma consulta no neurologista. Os Correios entrou em contato e a criança teve a consulta. [A médica] escreveu: “Agora ela vai ter que pedir a Papai Noel uma consulta na fono, na fisioterapia, a TO”. Os pacientes demoram a chegar e quando chegam a gente demora encaminhar, porque não consegue. Muitos profissionais olham pro paciente com frustração: “Ai que saco! Mais um que eu não tenho nada a oferecer”. Isso já ouvi, já falei. O que a gente vai oferecer pra ele? Muito pouco (Alice, PE)¹⁶⁶.

7.5 O desconhecimento sobre o acompanhamento pediátrico

Um aspecto marcante a respeito da interação entre os especialistas diz respeito ao desconhecimento dos neuropediatras mas sobretudo dos psiquiatras quanto ao acompanhamento pediátrico das crianças que atendem. Em geral, como a maioria dos neuropediatras entrevistados é pediatra de origem, eles sentem que não há uma quebra no vínculo, pois teriam também um olhar clínico, pediátrico, em relação às crianças. Em muitos serviços de neurologia infantil, a triagem inicial é feita pela equipe de pediatria, que pode ou não encaminhar os casos para os neuropediatras. Nesses casos, há maior interlocução entre o neuropediatra e o pediatra que faz o atendimento inicial, o que permite uma triagem mais cuidadosa e se evita o acesso direto ao especialista, diluindo e solucionando algumas questões nesse período inicial.

Tem [aqui] uma triagem da pediatria, que manda pra gente os casos que realmente necessitam. Primeiro passa no pediatra, faz-se uma avaliação da criança e vê se há necessidade de avaliação pela neurologia. Tem coisas que o pediatra resolve (...): crise febril típica, crise de perda de fôlego. Às vezes a gente recebe criança levada, que não tem nenhuma

¹⁶⁵ As dificuldades de circulação na rede de atenção e dos encaminhamentos para outros serviços não se restringem somente à opinião dos médicos. Há o relato, por exemplo, de pais de crianças autistas a respeito das dificuldades de encaminhamento e de continuidade do tratamento de seus filhos quando estes se tornam adultos (Lima et al, 2014).

¹⁶⁶ Para mais falas, ver 7.4.6, no quadro ao final do capítulo.

doença neurológica, é mais agitada, e o pediatra faz uma orientação com o pai, a mãe. (...) A gente tem uma comunicação boa, eles vêm conversar: “Eu atendi um paciente assim. Você acha que merece tratamento?” Eu acho esse diálogo super salutar (...). Mais fácil que encaminhar pra um especialista, é vir aqui discutir o caso, até pra aprender. Como eu, quando preciso de um especialista, um dermatologista, um cardiologista, eu converso com o colega para saber o que está acontecendo (Luís, NP).

Geralmente os pediatras das crianças são [daqui], você tá em contato com a maioria. “Como foi na consulta?” Você discute os acompanhamentos, é bem integrada essa parte” (Brenda, RNP).

Em outros casos, a triagem é feita diretamente pela equipe de saúde mental, sem haver um atendimento anterior por um pediatra. Apenas uma entrevistada era pediatra antes de se tornar psiquiatra e fala da necessidade de interação de forma mais incisiva. De modo geral, os entrevistados não sabem onde a criança faz acompanhamento pediátrico, nem mesmo se tem um profissional de referência.

Pediatra fica por conta da família, a gente não tem uma relação com pediatra. [Mantém] neurologista quando já trata da criança por um motivo neurológico (César, PQ).

Não tenho tanto contato com pediatra, (...) muito raro. A gente tem mais o *feedback* pela família, mas contato direto... é até uma coisa que me fez pensar agora, é muito raro (Pedro, RPQ)¹⁶⁷.

Em alguns casos, além do desconhecimento do tratamento pediátrico, levanta-se também a problemática, muito típica da área da saúde mental e da psiquiatria, a respeito do hábito de um tratamento totalmente voltado para se esse campo, noção oriunda daquela que o “doente mental” não tem outras necessidades físicas, de saúde e cuidado.

A gente quer trabalhar muito para que essas crianças tenham seus pediatras. Geralmente *quando tem um transtorno mental, ou problemática da saúde mental, ela tem só o psiquiatra*. E isso não é bom. São crianças que passaram muito pouco pela puericultura, então a gente estimula que vão à Clínica da Família (Olívia, PQ).

E o que acaba sendo medicado não vem mais ao ambulatório, porque vai pro especialista (Leila, PE)¹⁶⁸.

¹⁶⁷ Para mais falas, ver 7.5.1, no quadro ao final do capítulo.

¹⁶⁸ Para mais falas, ver 7.5.2, no quadro ao final do capítulo.

Uma entrevistada demarca seu papel como pediatra, função anterior à neuropsiquiatria, e a importância atribuída ao pediatra na identificação dos problemas neurológicos ou psiquiátricos.

Eu sou pediatra de formação. O pediatra tem um papel importantíssimo! Ele é que vai fazer o diagnóstico do desenvolvimento. A maioria dos problemas, neurológicos ou psiquiátricos, vão se mostrar no desenvolvimento. Se o pediatra for atento ao desenvolvimento, ele vai ajudar nos 2 primeiros anos de vida e vai diagnosticar 80% das crianças (Gina, NP).

7.6 As relações intra e extra institucionais

Parece caracterizar uma diferença entre as especialidades as relações que os profissionais estabelecem com os demais profissionais no interior de sua instituição e com as demais instituições. É possível, contudo, que esta diferença se dê menos pela formação intrínseca, própria a cada especialidade, e mais por uma organização institucional. Nos CAPSi, situados no contexto da reforma psiquiátrica, parece haver menor hierarquização profissional e a uma troca mais profícua com os demais profissionais. Nos outros contextos, embora haja também interlocuções e trocas entre os diversos profissionais, parece prevalecer um sistema mais tradicional calcado na lógica do encaminhamento, da referência e contra-referência.

Há uma série de fatores que contribuem para o tratamento, como a frequência do tratamento – se são atendimentos pontuais ou regulares; o espaço primordial onde ocorre atendimento, se dentro do consultório ou em espaço aberto, de convivência; a possível interlocução com outros profissionais, da mesma ou de outras especialidades; a abrangência do serviço, em termos de terapias e atividades; a interlocução e o estabelecimento de ações interdisciplinares e intersetoriais. A pesquisa mostrou que muitas vezes a função exercida pelo psiquiatra no interior de um serviço como o CAPSi acaba se restringindo à ação dual, no interior do consultório, mais similar ao ambulatório do que se gostaria ou imagina, ainda que cercado de uma equipe multiprofissional atuante e de outras atividades. Isto decorre, segundo os entrevistados, da demanda excessiva de atendimentos, o que é visto com desagrado, contra a vontade do médico e contra os princípios do CAPSi. Ao mesmo tempo, a relação com a equipe

permite uma relativização das decisões médicas e fortalecimento dos vínculos entre os pacientes e diversos técnicos.

Tanto neuropediatras quanto pediatras referem-se à grande dificuldade em conseguir os encaminhamentos para tratamentos multiprofissionais para acompanhamento das crianças, o que se deve à dificuldade da rede de saúde. Psiquiatras, por outro lado, referem-se menos a esses desafios devido ao trabalho de equipe que acontece no interior dos CAPS, e por serem considerados, por vezes, o destino final dos pacientes. No entanto, relatam dificuldades de participar dos espaços coletivos.

Esse ano estou como preceptora dos residentes, então tive que sair dos turnos, é o primeiro ano que eu não estou. A ideia é que o psiquiatra esteja dentro. Você está ali 50 minutos, nenhum livro vai te passar... (Paula, PQ)¹⁶⁹.

Eu tinha mais oportunidade de estar nas permanências. O aumento da clientela, a outra médica ter saído, caiu tudo sobre mim, eu fiquei preso completamente aqui (César, PQ).

No SUS, a fila de espera pra fono é de 2 anos. (...) A gente sempre dá preferência para as terapias (...) antes de começar a medicação. (...) Algumas [terapias tem aqui], a maioria não. Faz o encaminhamento pra mãe procurar por conta própria, no posto. (...) Na parte pública é muito difícil. (...) Terapia que deveria três vezes na semana, a criança faz uma. A gente pede mediadora, nem sempre consegue (Lúcia, RNP)¹⁷⁰.

A partir desses aspectos mais gerais notados em relação aos conflitos entre psiquiatras e neurologistas, seria interessante retomar dois pontos centrais que costumam essas práticas discursivas. O primeiro ponto é a suposta diferença na formação psicológica e organicista que dividiria, de acordo com a maior parte dos entrevistados, a ação do psiquiatra e no neurologista. O segundo ponto é o enfoque no tratamento voltado ora para o ideal do sofrimento mental, ora pro objetivo da adaptação da criança ao seu meio social.

¹⁶⁹ Um aspecto que chamou a atenção foi o fato de apenas uma psiquiatra ter relatado conseguir a contento participar desses espaços coletivos, muito embora esse recurso seja oferecido em todos os CAPSi onde foram realizadas as entrevistas. Já no caso dos residentes, ocorreu o contrário: apenas um deles afirmou não conseguir participar como gostaria. Embora os dados sejam muito limitados para uma generalização deste porte, não podemos desconsiderar que há uma dissonância entre a importância desses espaços coletivos de tratamento e atenção às crianças, levantado na fala de todos os entrevistados, e a sua possibilidade concreta de participação.

¹⁷⁰ Para mais falas, ver 7.6.1, no quadro ao final do capítulo.

7.7 Disputas e conflitos entre psiquiatras e neuropediatras: um certo estilo da clínica?

Parece haver uma distinção fundamental no papel que cada um dos especialistas atribui a si e aos demais, o que fica especialmente claro, mais uma vez, na relação entre psiquiatras e neuropediatras. Há dois campos muito bem definidos, que funcionam, em geral, sob a concordância das duas especialidades. E há uma interseção nebulosa reivindicada por ambas especialidades, e que mostra de forma mais evidente os conflitos que se estabelecem nesse campo.

Surgem acusações entre as especialidades, mais especificamente oriundas de psiquiatras em relação a neuropediatras. Em geral, há grande ênfase nos equívocos de sua prática, como os hábitos de prescrição, a pressa em diagnosticar e tratar, e promessas que não se podem cumprir – como o uso de exames de imagem para indicar diagnósticos que não podem ser feitos através deste meio. A peleja entre os especialistas se expressa a partir de uma visão muito disseminada entre os psiquiatras de que os neurologistas seriam os grandes responsáveis pelo abuso de medicamentos de crianças, o que aparece em muitas falas, conforme vimos no capítulo voltado à questão da medicação.

O tratamento oferecido pelo neurologista, a partir deste ponto-de-vista, seria estrita ou unicamente medicamentoso, pois partiria de uma visão organicista, e de uma formação menos voltada para “questões psicológicas”. Com isso, cria-se a impressão de que o neurologista medica mais do que o psiquiatra e é menos cuidadoso em relação aos possíveis abusos medicamentosos.

A formação [do neuropediatra] é mais voltada para questões que não envolvem tanto aspectos psicológicos. [O psiquiatra] teria um estudo maior sobre isso, principalmente se ele está voltado para psicanálise (Bete, PQ).

O neurologista teria dito que ele ia falar por conta da medicação, isso não existe. Eu fiquei irritado, mandei e-mail para o neurologista, dizendo que talvez os pais tenham entendido errado. Ela disse que não lembrava do caso porque não tinha a ficha ali, e que depois a gente podia se falar (Lucas, PQ).

Pretendemos ter mostrado mais exemplos no ponto “O neurologista e a ‘mão pesada’”, do item 5.1.b.

Mas as entrevistas com neurologistas mostraram algo muito diferente do “monstro medicalizante” relatado pelo psiquiatra: muitos deles apresentam uma visão crítica de sua própria prática, refletindo sobre as formas que têm de induzir respostas e comportamentos. Relatam igualmente a necessidade de não ter pressa em diagnosticar, indicam as limitações e insuficiências dos exames nos casos tipicamente comportamentais, e afirmam evitar o uso de medicação desnecessária.

Quando você tem tempo, uma boa conversa resolve mais do que tratamento medicamentoso. (...) Se 60% ou mais dos casos são de dinâmica familiar, o tratamento dessas crianças não é medicamentoso, porque não tem a sua função (...). [Os familiares] querem: isso é igual àquilo. Nessas doenças você não consegue fazer isso. Você precisa de tempo, conhecer a dinâmica familiar, pra depois pensar em algo patológico (Flávio, NP).

Paciente com TDAH é difícil ter no consultório, mexe nas coisas, abre a gaveta, desorganiza os prontuários. Você atende o primeiro, o segundo. No final da manhã, você já está farto daquela situação. Uma maneira de perguntar é: “O seu filho com frequência tem dificuldade de aguardar um lugar na fila?” Às 7 da manhã. Às 11h horas: “Seu filho tem dificuldade de aguardar lugar na fila frequentemente, não tem?” *Eu induzi a mãe a falar que sim, porque eu já não aquento mais aquela situação. Quando eu estou nesse nível de dificuldade de perguntar, eu faço a anamnese, que tem dados mais objetivos. E marco outro dia para fazer o questionário porque naquele momento eu não estou bem. É uma subjetividade que eu de certa forma consigo controlar. (...) Às vezes a mãe não entende a pergunta, e na tentativa de explicar você induz ela a responder uma coisa ou outra (Ugo, NP).*

Pergunto para as crianças: “Qual é a história que você gosta mais, que sua mãe conta?” Zero. “Você conhece a história do Chapeuzinho Vermelho, da Cuca?” Zero. Conhece personagens, da mídia, da mochila, mas não sabe da história. Eu pergunto pra mãe: “Você costuma (...) contar uma história da sua família?” “Doutora, não tenho tempo”. A criança, coitada, tem que aprender tudo sozinha, tem que acertar tudo, tem que ser autodidata da vida (...). Eu converso com as mães: “O seu filho não tem doença. Como é a sua rotina? Muda a sua rotina”. Às vezes precisa de uma orientação (...) que a mãe não teve (Fúlvia, NP).

Assim, torna-se questionável a ideia já naturalizada de que os psiquiatras têm uma visão mais crítica e cuidadosa do que os neurologistas em relação ao diagnóstico e à medicação. Isso de modo nenhum ficou evidente nas entrevistas, mas somente um estudo de outra natureza, mais quantitativo, comparando prescrições, é que poderia apontar para possíveis diferenças e semelhanças nos hábitos de prescrição.

É comum que, a partir das diferenças de formação entre os psiquiatras e os neurologistas, os primeiros partam de uma visão mais psicodinâmica, marcada sobretudo pela psicanálise. Já os segundos, oriundos de outra tradição, referem-se usualmente a processos de estimulação que visam a adaptação social. Isso parece provocar um incômodo entre psiquiatras, sobretudo de orientação psicanalítica, pois o seu mote de trabalho não é a *estimulação*, mas o *sofrimento mental*. No entanto, esta divisão não é absoluta, pois a própria noção de adaptação é também mesclada ao trabalho dos psiquiatras, mas de forma mais camuflada e menos valorizada.

[Sobre a resistência da equipe em medicar crianças pequenas] Tento me embasar e mostrar, sendo parceira e puxando junto. “Está vendo? *Está sofrendo por isso. Vamos ajudar*” (Paula, PQ).

A gente faz uma guia de referência e *a maioria das crianças que precisam de terapia de estimulação, fono, pedagogo*, vão pra algumas instituições filantrópicas, ou têm convênios (Fúlvia, NP)¹⁷¹.

A maioria dos psiquiatras coloca os problemas do atendimento feito por neuropediatra a partir de uma perspectiva que seria intrínseca, própria à tradição e à mentalidade dos neurologistas, à sua formação biologizante, assim como o objeto muito concreto e objetivo de sua atuação: as lesões cerebrais e os correspondentes exames de imagem. E isto, supostamente, favoreceria uma atuação mais farmacológica. Uma entrevistada oferece uma visão um pouco mais nuançada desta crítica, enfatizando mais a organização institucional e os recursos da própria rede, do que a formação e o pensamento dos diferentes especialistas.

Profissionais ligados à psiquiatria, à psicanálise, (...) o neuropediatra também vai evitar que a criança seja medicada, mas *a forma de lidar com a medicação é diferente*. (...) Se não é oferecida outra alternativa, psicoterapia, uma escuta cuidadosa, a medicação vai ser predominante. A medicação faz parte de um leque terapêutico ou é a única coisa que o profissional pode oferecer? Se é a única coisa, ela vai ser muito utilizada. (...) [Para o] psiquiatra e o neuropediatra ter uma escuta maior, *ele precisa marcar atendimentos com mais regularidade. Se vê aquele paciente de tanto e tanto tempo, não conta com nenhum outro profissional, o que ele vai fazer? Ele precisa marcar os pacientes com maior frequência, trabalhar com uma equipe multidisciplinar, um projeto terapêutico* (Bete, PQ)

De fato os relatos mostraram que o tipo de funcionamento de serviço permite maneiras muito diferentes de lidar com a criança, mas isso parece se relacionar menos com a questão exata da formação ou prática estritamente médicas, e mais com o contexto da instituição e com

¹⁷¹ Para mais falas, ver 7.7.3, no quadro ao final do capítulo.

a relação com os demais profissionais que ali atuam. Não são raros os relatos de psiquiatras que afirmam ficar restritos ao interior do consultório, e que mostram ser concretamente impossível participar dos espaços ou atividades coletivas, como já vimos, o que não os diferenciaria de maneira tão radical do trabalho do neuropediatra no ambulatório.

A diferença talvez central se encontre no protagonismo e na ação determinante dos outros profissionais, característica que de fato é mais encontrada no contexto dos CAPSi. Ali, muitas vezes os profissionais não-médicos são as principais referências para as crianças e suas famílias, e essa relação não se dá de forma burocrática, a partir de encaminhamentos feitos pelos médicos: o cerne do tratamento se dá sob a responsabilidade da equipe. A sustentação da equipe ao trabalho coletivo aparece frequentemente como um contra-ponto à medicação, apostando que outras formas de trabalho podem ser eficientes.

Para traçarmos uma breve trajetória histórica da distinção entre os campos da neurologia e da psiquiatria, é preciso retomarmos a divisão entre os saberes psiquiátrico e neurológico, iniciada em meados ao final do século XX. O discurso que separa as duas práticas mostra uma aparente separação entre diferentes paradigmas: por um lado, uma visão estritamente biológica, constituída por marcadores fisiológicos muito claros, supostamente objetivos; por outro, uma visão psicossocial, mais dinâmica e subjetiva. Foucault problematiza essa questão ao mostrar como a separação inicial entre a neurologia e a psiquiatria não se realizou com base em uma diferenciação entre doença somática ou doença da alma – e as convulsões eram um bom exemplo de como muitas condições encontravam-se no limite entre elas.

O que as teria separado seria uma nova inserção de determinadas doenças (o caso da histeria era o modelo por excelência desta nova formulação) no campo das *doenças de fato*, identificadas e tratadas por uma medicina verdadeira. E o que fazia as condições neurológicas como parte desta nova constituição não era a suposta separação entre as doenças orgânicas ou psíquicas, mas doenças com uma regularidade e continuidade tão marcantes que poderiam ser descritas em termos de diagnósticos diferenciais.

A histeria e as convulsões, por exemplo, eram divididas por Charcot em etapas, necessárias, ordenadas e regulares¹⁷², e deixavam estigmas¹⁷³, mesmo quando fora do

¹⁷² Fase tônica, fase clônica e período de torpor (Foucault, 2006:402)

¹⁷³ Retratação do campo visual, hemianestesia simples ou dupla, anestesia faríngea, contração provocada por uma ligadura circular em torno de uma articulação (idem).

estabelecimento da crise. E não de acordo com um modelo binário (está louco ou não está?), seguido de uma dada implicação institucional (cabe a ele o hospício ou não?). Surgia, no final do século XIX, um *corpo neurológico*, com características próprias, e que demandava outras formas de investigação, diferentes do modelo anatomo-clínico de Bichat e do modelo de investigação da psiquiatria, baseado em interrogatórios. Algo no corpo da histérica falava por si, prescindia da investigação típica do modelo da psiquiatria (Foucault, 2006).

E outras palavras, “um dos eixos privilegiados de discussão do texto será a comparação entre os estudos médicos, anatômicos e neurológicos, e os estudos psiquiátricos. Ou, dito de outro modo, a distinção entre o corpo anatomopatológico, o corpo neurológico e a ausência de corpo que caracteriza a psiquiatria” (Caponi, 2009:97-8). O interrogatório viria a substituir a identificação de uma lesão no corpo por duas vias: primeiro, por fazer aflorar, naquele exato momento, essa anomalia, através do discurso do paciente; depois, por identificar não no corpo individual, mas no corpo coletivo, familiar, condições de disposição à loucura, que já podia ser identificada nos seus ascendentes (*idem*).

Para além disso, o poder psiquiátrico se constitui, diferentemente daquele do alienismo, não mais como um jogo de erros e verdades (a constituição do delírio e da desrazão), mas a partir da anomalia. É justamente a condição do anormal, mais do que a do doente, que prescinde do exercício de cura para situar-se naquele de gerência, organização, proteção etc. O poder “sem corpo” da psiquiatria, ao abandonar o propósito da cura em um modelo que pressupõe uma lesão orgânica, atua ao nível das emoções, da sensibilidade, da emotividade. É preciso resgatar a capacidade do alienado, e do doente mental, de vincular-se afetivamente. E é justamente aí que incidem as práticas de biopoder, pois agem em torno do desejo, mais do que de um corpo a ser curado.

A psiquiatria, em sua descontinuidade com o alienismo, introduz um paradoxo, constituído por um poder intrinsecamente médico, mas que recusa o binômio doença/patologia e cura. E é nesse movimento de despatologizar uma determinada condição que a medicina mental poderá exercer o seu poder, através da proteção e da defesa da sociedade contra os males causados por uma figura que passa a compor os quadros explicativos dos atos despropositados: o anormal. Ao anormal, não doente, não se destina a cura, mas a administração, o controle, a ingerência, assim como a defesa da sociedade que pode ser atingida por suas impropriedades (Foucault, 2001).

Assim, a psiquiatria escapa do problema de curar, ao mesmo tempo que lhe cabe o papel de administrar as anomalias, num processo complexo de despatologizar o anormal e de medicalizar as práticas jurídicas, higiênicas etc. Em relação à infância, isso se dá, em um primeiro momento, pela continuidade que a liga à vida adulta, explicando, a partir da infância, as características e as ações (inclusive criminosas) realizadas quando adultos. Além disso, age pela capacidade de lidar com diferentes tipos de anomalias, anormalidades (ou, de forma mais contemporânea, transtornos), sem que se tenha o objetivo de curar.

Diferente do que gostariam muitos dos entrevistados, talvez a distinção entre a neurologia e a psiquiatria tenha se construído, historicamente, menos como uma discrepância radical entre o objeto orgânico e anímico, e mais como formas diferentes de estabelecimento de poder, como Foucault dá as pistas. Em suas palavras:

(...) se instaura um novo dispositivo médico clínico, diferente em sua natureza, em sua aparelhagem e seus efeitos, do dispositivo clínico que podemos chamar de Bichat-Laënnec e diferente também do dispositivo psiquiátrico. Na medicina orgânica, tinha-se um mínimo de injunções dadas ao doente: “Deite-se! Tussa!”, etc., e o resto era dado, inteiramente comunicado no exame do médico, operado pelo jogo dos estímulos e dos efeitos. Na psiquiatria, (...) a peça essencial da captura era o interrogatório, que é o substituto das técnicas de exame que encontramos na medicina orgânica. Interrogatório que depende, é claro, da vontade do sujeito e no qual as respostas constituem para o psiquiatra, não um teste de verdade ou a possibilidade de fazer uma decifração diferencial da doença, mas simplesmente uma prova de realidade; o interrogatório responde simplesmente à pergunta: “Ele é louco?”

Pois bem, a neurologia não é nem um exame no sentido anatomopatológico nem um interrogatório; é um novo dispositivo que substitui o interrogatório por injunções e que procura obter, por meio dessas injunções, respostas, mas respostas que não são, como no interrogatório, as respostas verbais do sujeito, e sim as respostas do corpo do sujeito; respostas que são decifráveis clinicamente no nível do corpo e, por conseguinte, que se pode submeter, sem medo de ser enganado pelo sujeito que responde, a um exame diferencial. Sabe-se agora diferenciar entre alguém que não quer falar e um afásico, isto é, pode-se agora estabelecer um diagnóstico diferencial no interior desses comportamentos com que não se sabia lidar até então e que eram interrogados em termos de diagnóstico absoluto. A prova de realidade já não é necessária: a clínica neurológica vai dar, pelo menos num certo domínio, a possibilidade de aplicar um diagnóstico diferencial, do mesmo modo que a medicina orgânica, só que a partir de um dispositivo totalmente diferente. Em linhas gerais, o neurologista diz: obedeça às minhas ordens, mas cale-se, e seu corpo responderá por você, dando

respostas que só eu, por ser médico, poderei decifrar e analisar em termos de verdade (Foucault, 2006:395-6, grifos nossos)

Mas essa separação não se deu de forma absoluta e definitiva. No Brasil, há apenas cerca de cem anos neurologia e a psiquiatria começaram a tomar rumos diferentes. Em 1912 foi criada a primeira cadeira específica de neurologia na Faculdade de Medicina no Rio de Janeiro. Até a década de 1940, marcada pelo nome de Deolindo Couto, a história da psiquiatria e da neurologia se confundem, tendo como referências comuns o Hospício de Pedro II e posteriormente o Hospício Nacional (com seu setor específico de neurosífilis), e figuras que costuraram essa ligação, como Juliano Moreira¹⁷⁴, Teixeira Brandão, Franco da Rocha, Ulysses Pernambucano etc. (Gomes, 2012).

Ainda que ambas especialidades se atenham a objetivos semelhantes, de salvaguardar a sociedade e os próprios indivíduos de suas anomalias (ou transtornos), usa-se uma linguagem muito diferente. Como vimos, o discurso da deficiência é muito mais prevalente entre os neurologistas do que entre os psiquiatras, relevando-se a necessidade de estimular os pacientes à maior funcionalidade e independência. Por outro lado, este discurso é refutado frente ao suposto objetivo de apaziguar o sofrimento da criança, muito embora essa noção acabe por revestir objetivos também de adaptação, através da compreensão subjetiva e da maleabilidade psicossocial, como vimos anteriormente.

a) A antiga disputa dicotômica do caráter orgânico e psicológico dos transtornos mentais

Andreasen, eminente neurocientista norte-americana, denuncia o suposto equívoco muito comum entre psiquiatras de que a psiquiatria é uma especialidade dedicada aos transtornos que não se podem “ver”, enquanto a neurologia se dedica aos transtornos identificáveis por exames de imagem e por lesões. Para ela, o que define a sua particularidade não é o seu objeto, como se pretende usualmente defender, mas o seu *modus operandi*, a sua forma própria de agir diante de um problema de caráter indissociável, em seus aspectos fisiológicos e subjetivos (Andreasen, 1997).

Outro aspecto vem conferindo, nas práticas voltadas para a saúde mental infantil, maior

¹⁷⁴ Vale lembrar que a tese de medicina de Juliano Moreira intitulava-se “Etiologia da syphilis maligna précoce” (Moreira, 1891).

continente aos comportamentos ditos patológicos: a ascensão e o fortalecimento das neurociências (Zorzanelli, Ortega, 2011), somado a um processo de padronização diagnóstica, impulsionada pelo rigor metodológico da medicina baseada em evidências, e que pretende superar a falsa dicotomia entre mente e cérebro, usualmente associada a um campo ou a outro.

A interpretação fisicalista do ser humano não é novidade na história das ciências da mente, estando presente desde os primeiros esforços da tentativa da psiquiatria em compreender o comportamento humano; concepção esta que sempre esteve em oposição a uma interpretação psicológica da mente e cuja oposição aparece, por exemplo, na constituição da separação entre neurologia e psiquiatria. Muito embora essa visão dual do homem permaneça, a constituição das neurociências é uma clara tentativa de superá-la (Russo, Ponciano, 2002).

b) As reivindicações sociais sobre condições patológicas e o exemplo do autismo

Alguns aspectos relacionados à etiologia dos transtornos mentais aparecem de diferentes maneiras no discurso dos entrevistados. O diagnóstico parece ser um processo resultante da negociação pública e da interação entre os discursos acadêmicos e científicos com demais atores sociais. Um exemplo interessante é a formação de bioidentidades a partir de determinada categoria nosológica, como é o caso do TDA/H. Lima mostra como esse diagnóstico passou, a partir da década de 90, “a influenciar o raciocínio clínico de outros especialistas e a fazer parte do vocabulário cotidiano de professores, pais e outros adultos” (Lima, 2005:16). A partir deste campo de reconhecimento coletivo, e não fechado ao saber dos especialistas, é possível uma releitura progressiva das características pessoais, deslocando-as de um campo originalmente mais subjetivo para uma compreensão mais biológica, cerebral e genética do comportamento. Neste contexto, “condutas e afetos são reduzidos a *epifenômenos* das atividades das redes neuroquímicas cerebrais” (Lima, 2005). Afirma ainda:

É a saúde e o cuidado com o corpo individual que redimem a pessoa e criam identidades coletivas. Num mundo inconstante, marcado pelo esvaziamento das instituições de referência e pertencimento, a concretude do corpo próprio e os parâmetros da biologia tornam-se uma das poucas fontes de certeza, segurança e estabilidade a qual recorrer. A ciência se propõe a curar a carência de sentido do sujeito contemporâneo prescrevendo uma constante atenção ao corpo, este no papel de sujeito e objeto, sempre disponível a ser vasculhado por tecnologias visuais, corrigindo cirúrgica ou quimicamente, substituído por próteses, na promessa de um ideal de saúde e longevidade (idem:48).

O autismo, condição que, nas classificações oficiais, atravessou diversas modificações nos últimos anos, é também um caso exemplar de uma querela que situa diferentes reivindicações de ordem social, política e administrativa. A compreensão nosológica desta condição enfrenta uma série de disputas que variam de acordo com diferentes posições. Ortega mostra como o discurso sobre o autismo tem encontrado vozes dissonantes, mesmo entre os movimentos de autistas e pais que defendem esta condição, constituindo grupos pró e contra-cura. Se o primeiro entende que o autismo é uma doença, que deve ser tratada e pode ser curada, isso resulta no maior incentivo à pesquisa de sua etiologia e formas eficazes de tratamento. O outro grupo, em grande parte liderado por próprios autistas chamados de alta performance, defende a neurodiversidade, ou seja, que o autismo é uma condição humana diversa, que constitui um modo legítimo de existência, não devendo ser enquadrado no funcionamento dito normal.

Chamak faz um retrato interessante da situação das associações de familiares de pessoas com autismo na França, lugar onde não se desenvolveram grupos de autistas reivindicando uma cultura autística própria ou a noção de neurodiversidade. De qualquer maneira, mostra como os grupos de familiares, a partir da década de 1960, vêm modificando o padrão das políticas públicas e das pesquisas científicas na área, influenciados por outro lado pela classificação assumida pelo DSM. Outro aspecto interessante é a substituição da culpa proveniente de uma dada concepção de autismo oriunda da psicanálise por outra modalidade em que os pais não conseguem fornecer aos seus filhos os tratamentos inovadores oferecidos ao autismo. Mostra, enfim, de que maneiras a sociedade civil consegue influenciar os conhecimentos científicos a respeito do diagnóstico do autismo (Chamak, 2013).

Para a defesa do autismo como cada uma destas condições, correspondem diferentes filiações ideológicas, que contam com as contradições colocadas por diferentes instituições e associações, grupos de familiares e pessoas nesta condição, a luta por reconhecimento de direitos, e serviços.

As consequências deste debate são as mais diversas. Se o primeiro grupo, pró-cura, se utiliza do reconhecimento do diagnóstico de autismo a fim de reivindicar mais pesquisas e financiamento para tratamento, o segundo, da neurodiversidade, teme consequências maléficas dessa definição para a forma como são reconhecidos e tratados os autistas em sociedade, apontando os riscos que qualquer descoberta (genética, por exemplo), poderia resultar numa espécie de genocídio (Ortega, 2009).

Sobre esse impasse e as diferentes visões acerca do autismo, o autor conclui:

(...) ambos têm suas razões. Os primeiros ao criticar as políticas identitárias agressivas praticadas por ativistas radicais do movimento autista que pretendem falar em nome de todos os autistas. Os ativistas autistas são frequentemente autistas de ‘alto funcionamento’, geralmente Aspergers, que se outorgam o direito de manifestar-se em nome de todos os autistas, o que causa irritação dos pais de filhos autistas de ‘baixo funcionamento’ com grave retardo físico. (...) Os ativistas autistas, por sua vez, têm suas razões ao temer políticas igualmente agressivas que incluam testes genéticos que possibilitem abortar fetos autistas, bem como a imposição de ideais e padrões de normalidade cerebral, que redundem em terapias e obrigação de ser ‘curados’. Se o autismo é um espectro, não pode ser tratado como uma entidade nosológica fechada. Seu alcance e limites exigem uma constante negociação pública. Qualquer decisão acerca de um ponto de corte ao longo do espectro do transtorno autista será sempre arbitrária, resultado de interesses e lobbies de determinados grupos (Ortega, 2009:75-6).

Uma série de políticas públicas decorre deste exercício reivindicatório, acirrando, por exemplo, a disputa que considera o autismo ora como condição de transtorno mental, ora como deficiência mental, e daí uma série de exigências, leis, organizações, políticas, conseqüentes desse debate.

Reivindicam-se, por exemplo, o acesso e a criação de serviços específicos para esta condição, contando com diferentes recursos financeiros, tipo de organização, envolvendo diferentes secretarias do governo, etc. Um exemplo, entre tantos outros, foi a audiência pública ocorrida em 28 de novembro de 2014, na Alerj, “Direitos da pessoa com transtorno do espectro autista”, que trouxe reivindicações de serviços especializados para esse público. A tônica geral da discussão girou em torno de duas demandas amplas: a primeira, partindo da concepção do autismo enquanto deficiência mental, solicitava a criação de serviços especiais que contemplassem as necessidades dos autistas; a segunda, sustentando a concepção do autismo como um transtorno mental, defendia os CAPSi como espaços primordiais para o cuidado destes sujeitos. Como marco legal para a compreensão do autismo como deficiência, consta, por exemplo, a lei federal nº 12.764/2012, conhecida também como lei Berenice Piana, e que institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (Brasil, 2012a).

A definição de diagnósticos e o tratamento não são, assim, o mero resultado de uma atuação técnica. Estes transformam e são transformados pela ampliação da definição diagnóstica, o sistema escolar, o complexo médico-financeiro (incluído aí o papel da indústria farmacêutica e de demais tecnologias médicas), e o fortalecimento de outros atores sociais – como os pais e grupos de defesa pacientes e auto-advocacia, entre outros.

Muito emobra este tema tenha sido abordado de forma rápida e em poucos depoimentos, ele aparece subjacente às visões apresentadas prioritariamente entre neurologistas e psiquiatras.

Tem essa campanha de fazer centros especializados para tratamento do autismo. *Entra a discussão de se é pertinente em saúde pública criar serviço por diagnóstico, só para autismo, porque cria distorções. Se o serviço é bom e tem muitos recursos, cria uma tendência a diagnosticar aquilo para ser tratado naquele serviço ou o serviço bancar o diagnóstico até o fim pra manter o atendimento ali. Às vezes a gente acha que é uma coisa e depois a ideia madura, conclui que é outra, e o serviço que atende maior variedade de problemas pode não ficar refém de um diagnóstico para tratar isso ou aquilo (Lucas, PQ).*

Há brigas entre as diversas correntes. A psicanálise no autismo e as terapias de base conectiva, comportamental e pedagógica. Teve uma polêmica lá na França que eles diziam que a psicanálise não funcionava para o autismo (Pablo, PQ).

Tem o investimento de empresas interessadas em vender medicamentos, fizeram investimento em cima disso. As universidades precisam do dinheiro pras suas pesquisas e vê um grande filão dessas coisas. *Existem psicoestimulantes ou neurolépticos vendidos por esses laboratórios, que investem dinheiro em pesquisas. As pessoas passam a querer trabalhar nisso (Flávio, NP).*

c) A psicanálise e sua contribuição para a visão dos psiquiatras no contexto dos CAPSi

Outra visão parece ser fundamental na compreensão dos problemas mentais e comportamentais, especialmente segundo o ponto-de-vista dos psiquiatras. A criação dos CAPSi tem uma história indissociável da psicanálise. O primeiro CAPSi criado no Brasil nasceu de uma veia forte carregada pelas formas de psicanálise de cuidado, contando com supervisão psicanalítica (Pinto, 2005). De um lado, um posicionamento psicanalítico fornece alguns tipos de explicação nosológica, mostrando o lugar que muitos psiquiatras entrevistados assumem. Para uma certa visão psicanalítica, e mais especificamente lacaniana, a compreensão dos fenômenos psíquicos se dá a partir do sujeito do inconsciente, da implicação do sujeito no seu sintoma, uma posição do sujeito específica, uma dada estrutura psíquica:

Eu fui fazer especialidade em psicanálise, entrei muito na equipe. (...) Quase todos os integrantes eram psicanalistas. (...) Não pode obnubilar o sujeito, a gente conta com o sujeito da psicanálise, do inconsciente. Quando você obnubila o cara, tira (...) os recursos de lidar com as dificuldades. [Em emergência], se você é muito medicada, elas se dão o direito de fazer o que quiserem. (...) É quase que se ela tivesse

desresponsabilizada da parte que lhe cabe. (...) *É uma posição do sujeito, a estrutura psicótica*. Quando tem um elemento que pode ter contribuído pra esse sujeito ter “optado”, entre aspas, por uma estrutura psicótica (César, PQ)

Eu sou psicanalista, mas não sou dogmático. Eu sou aberto pra aquilo que ajuda o paciente. Como dizia o Winnicott, eu não sei o que eu faço se é psicanálise, uma psiquiatria ou não, eu faço o que é necessário para ajudar o paciente (Pablo, PQ)¹⁷⁵.

Em muitos momentos a disputa entre psiquiatras e neurologistas parece, nesse contexto, estar muito próxima de uma disputa entre psicanálise e estimulação, ou de transtorno ou deficiência mental¹⁷⁶. Por outro lado, o discurso psicanalítico parece vinculado também à afirmação de um discurso “não-medicamentoso”, ou muito cercado de cuidados e critérios na hora de medicar. Em uma de suas vertentes, o referencial psicanalítico explica o diagnóstico a partir de sua estrutura psicótica, de forma que, para além de questões orgânicas, ele aponta para uma forma de “escolha” do sujeito.

7.8 O lugar assumido pelo pediatra e as dúvidas sobre os encaminhamentos

Um aspecto se mostrou muito interessante em relação aos pediatras. No início das entrevistas, ou mesmo nos contatos anteriores com os possíveis entrevistados, foi quase unânime a colocação de que eles, os pediatras, não tratavam crianças com transtornos mentais e comportamentais. Muitos chegavam a duvidar que seu depoimento poderia contribuir para a pesquisa. Mas os relatos mostram que a realidade se apresenta de forma inteiramente diferente. Eles se deparam cotidianamente com toda sorte de problemas, de enurese noturna a autismo, de problemas escolares a agressividade, entre muitas outras situações, e a partir daí se estabelece uma variação importante na forma de lidar: que pode ser, por exemplo, “conversar” – e não “tratar”, e com isso “orientar” a família; tentar diluir a demanda por tratamento; acolher a

¹⁷⁵ Para mais falas, ver 7.7.4, no quadro ao final do capítulo.

¹⁷⁶ Interessante notar, também, a relação da psicanálise com as diferentes denominações da noção de “inibição intelectual”. Se inicialmente, a noção de déficit interditou o acesso do débil à clínica psicanalítica, alguns trabalhos posteriores puderam fornecer uma abordagem psicanalítica a esta problemática, primeiro com Melaine Klein nos anos 1930, depois a tese de Mannoni sobre a debilidade como consequência da fusão entre mãe e filho, na década de 1960, sem deixar de considerar as contribuições de Freud e Lacan que embasaram esses trabalhos. Para aprofundar esse tema, vide Santiago, 2005.

demanda de tratamento e encaminhar para um especialista – seja ele um médico, como neuropediatra, psiquiatra da infância ou oftalmologista, ou demais profissionais de saúde, como psicólogos, fonoaudiólogos, etc.

Em alguns casos, relatam até mesmo o desejo e a tentativa de medicar, seja com a orientação de outros médicos (pediatras, psiquiatras ou neuropediatras) ou apenas repetindo a medicação já prescrita anteriormente pelo especialista. Há casos em que o pediatra reconhece a necessidade de encaminhar para um especialista mesmo com a resistência da família, sendo necessário convencê-la ou sensibilizá-la para a necessidade de tratamento. A forma de identificar um problema e transformá-lo num diagnóstico também ocorre de maneira variada. Em alguns casos, a suspeita ou percepção de uma condição é intuitiva, sem critérios objetivos, diagnósticos formais. Em outros casos, são utilizados questionários estruturados que servem de base para o encaminhamento para o especialista, como visto no item 8.1.

As entrevistas revelam o lugar delicado e limítrofe do pediatra. Eles exercem um papel fundamental na identificação e discernimento das condições que surgem na clínica, assim como na elaboração de possíveis diagnósticos. Muitos encontram formas de tratar tais condições, ainda que não as considerem modalidades terapêuticas propriamente ditas. Utilizam-se de recursos não estritamente técnicos, mas intuitivos, informais – e isto apresenta certa vantagem, uma vez que permite assistir as demandas da população sem que possa transformá-las necessariamente em uma demanda de tratamento de especialista, como transtornos e doenças mentais, diluindo tais demandas ou as transformando em outras ações. Por outro lado, há um limite delicado pois são convidados a determinar diretrizes, cuidados, regras, instituições e hábitos, que interferem de forma significativa no cotidiano das crianças e de suas famílias.

Depende da minha suspeita diagnóstica. Se for de déficit de atenção e hiperatividade, eu encaminho pra um neurologista pediátrico. *Outro dia eu vi um menino com um comportamento excessivamente agressivo. Não sei dizer exatamente o que me faz levar para cada um deles. Quando existe a possibilidade de ser uma doença... não sei se orgânico porque a psiquiatria também é... Tô pensando, é difícil, não tenho um protocolo: “Se for isso, vou encaminhar para tal”. Meio pelo tato, não sei te dizer exatamente o que me faz dividir. Quando é uma coisa comportamental exacerbada, eu quero que um psiquiatra avalie. Na maioria dos distúrbios de comportamento que a gente não sabe até que ponto é uma criança que não tem limite porque é mal-educada ou se ela é doente, a ajuda maior é da psiquiatria mesmo. (...) Um menino de 7 anos (...) eu acredito que tenha realmente uma doença psiquiátrica. Ele era muito agressivo. Ele tem um contexto social importante, uma*

mãe usuária de drogas, um pai que não existe, e quem cria é um avô bem idoso. (...) *O contexto é muito ruim mas ele é uma criança extremamente agressiva* (Perla, PE).

Em relação às dúvidas frequentes sobre para quem o pediatra deve encaminhar caso reconheça a necessidade da ação de um especialista, são muito comuns pausas, dúvidas, comentários titubeantes, que mostram, na maior parte das vezes, encaminhamentos mais pautados em decisões intuitivas do que em critérios objetivos ou protocolares.

Quando é muito comportamental mesmo, você vê que não é uma doença neurológica... *Como eu vou explicar? Não sei te explicar! Geralmente eu mando pro neuro, e quando a criança tem distúrbios sociais mesmo eu encaminho pro psiquiatra.* (...) *De relacionamento, droga, ou crises. Uma paciente tem um olhar, um palavreado diferente, ela prefere ser temida que amada.* Isso não é normal numa menina de 10 anos. Ela escolhe o ponto fraco do colega, se ele ameaçar ela joga aquilo. *Isso não é neuro, é psiquiatra. Acho que é um distúrbio social, de comportamento, de conduta.* (...) O autista tem que mandar pro neuro primeiro. O autista, o hiperativo realmente, o déficit de atenção (Urbana, PE).

Ela falou na época normal, depois de 2 anos eu comecei a perceber ela muito agitada, gritava muito no consultório. A consulta era tensa. Eu pedia pra ela parar, olhar pra mim, ela não fixava o olhar. Respondia algumas coisas, mas viajando, não respondia com coerência (...) Eu pedi a avaliação pro neurologista e ele respondeu que ela precisava de psicólogo e fono. Eu achei aquilo pobre, *ela tinha um problema mais complexo. Não era um trauma. Como é que eu vou explicar?* Ela precisava do psiquiatra. Eu insisti que ela fosse numa consulta ao psiquiatra e ela foi resistente. (...) [Deveria encaminhar] pro neurologista por conta do comportamento, de falar alto, não focar na gente... Eu pensei em espectro autístico. Não o autismo clássico, porque ela se relaciona. Mas tem várias características. Ele ignorou, achou que não tivesse nada disso, que ela pudesse ter problemas familiares. Não que não pudesse ter problema familiar, mas não era a causa básica. (...) O CID que eles usam é de alteração de comportamento, eles não fecharam um diagnóstico. (...) Eu insisti para a mãe levar num psiquiatra. “Ela não é louca, mas eu acho que só a conversa não vai adiantar, ela passa disso.” (Elisa, PE).

As alterações de personalidade ou distúrbios de comportamento eu tendo a fazer pro psiquiatra, não pro neurologista. A gente tem muito encaminhamento pra avaliação de criança com *transtorno de déficit de atenção, ora faz o encaminha pro neurologista, ora pro psiquiatra. Mais pela possibilidade de marcação na agenda* que por ser um ou outro mais capacitado (...). Já fiz encaminhamentos pra psiquiatria por alterações diversas de comportamento (Inês, PE)

Pra psiquiatria a gente encaminha as crianças que têm *distúrbios de comportamento mais exacerbado, uma distorção da figura pessoal muito grande*. [A criança] saiu de alta com o acompanhamento da psiquiatria, pra *conduzir essa questão psiquiátrica de fobia alimentar* (Enzo, RPE)¹⁷⁷.

Essas posições mostram, sobretudo, uma amálgama de decisões, por parte dos pediatras: uns preferem distinguir categorias classificatórias por especialidade, de acordo com seus próprios critérios; outros tem o hábito de encaminhar para um tipo específico de especialista. Mas o que se destaca destas falas é uma tendência em identificar o lugar do psiquiatra como aquele que atende a condições tradicionalmente ligadas a problemas de ordem moral, como as chamadas tendências anti-sociais e sociopatias.

7.9 Outras questões referentes às relações entre as especialidades

a) Sobre preconceitos, estigmas e tabus

Uma ideia comum diz respeito ao estigma e à preferência dos pais pelo neurologista, o que se reflete também no “mercado” compartilhado por ambos especialistas. Em geral, afirma-se que os pais, ao buscar tratamento para seus filhos, preferem os neurologistas aos psiquiatras, porque os segundos “cuidariam de malucos”, caracterizando supostamente o *estigma* da psiquiatria.

O estigma, segundo Goffman, refere-se à situação do indivíduo inabilitado para a situação social plena. Há uma diferença significativa entre aquilo que se espera de uma pessoa, as expectativas em relação a ela, a *identidade social virtual*, daquilo que ela apresenta, que ela prova ter, a *identidade social real* (Goffman, 1988). Neste caso, fala-se de um duplo estigma: aquele relativo a uma disciplina ou prática (a psiquiatria) assim como aquelas pessoas a ela envolvida (a criança com suposto transtorno mental).

É mais fácil a família procurar um neurologista que um psiquiatra. Psiquiatra é o doido, ninguém quer filho maluco. Neurologista fica fora da coisa dividida socialmente da loucura (César, PQ).

¹⁷⁷ Para mais falas, ver 7.8, no quadro ao final do capítulo.

Existe preconceito muito grande por parte da família ou do médico de encaminhar pra um psiquiatra. A ideia da população é que o psiquiatra é pra tratar de maluco. Não é bem assim. “Vou encaminhar o seu filho pro psiquiatra”. “O médico acha que o filho dessa pessoa é maluco”. Então ela desiste desse médico, vai procurar outro (Flávio, NP).

Os pais acham que pode ser temperamento da criança, demoram a assumir aquilo como uma possível doença. Criança pequena a gente escuta muito: “O pediatra falou que ele ia mudar, que cada criança é de um jeito”. Ou alguém da família fala: “mas criança é assim mesmo” (Alice, PE).

Tem uma confusão de mercado, o pai prefere levar no neurologista porque psiquiatra é médico de maluco. Quando ele leva ao neurologista, ele só tem uma dificuldade, ameniza o problema. A psiquiatria tem um estigma histórico que dificulta o acesso ao profissional. (Pedro, RPQ).

Na lógica de CAPSi você pode tirar a medicação. Se você diz: “Seu filho tá com um transtorno e precisa tomar remédio”, o pai cola nessa informação, você dá a noção de que sem o remédio a criança não vai ficar bem. Esse que é que é o grande problema (Olívia, PQ).

QUADRO COM TRECHOS DAS ENTREVISTAS: CAPÍTULO 7

7.1	A gente é norteado pelo DSM-IV, o DSM-5 e o CID 10 (Paula, PQ).
	A gente usa o CID quando tem que fazer parecer, pedido de exame e tudo. Pra saber “Esse paciente tem transtorno compulsivo. Esse paciente deprimido, esse está ansioso”, não. É uma avaliação geral mesmo. Uma impressão geral. É subjetivo. (...) Eu olho: “ele tem deficiência só de linguagem, linguagem verbal, não verbal, movimentos estereotipados”. Vou vendo se tem comprometimento das 4 áreas afetadas pelo autismo. Se tem, eu mando pra neuro (Alice, PE).
	Um pouco do DSM-IV, um pouco da CID-10, a gente vai olhando, a gente vai encaixando, a gente vai conversando, sobre essa coisa do multidisciplinar (Bruna, PQ)
	A gente trabalha muito com o CID-10 aqui, tem quem use o DSM (Olívia, PQ).
	Normalmente a gente usa os padrões determinados pelo DSM, agora é o DSM-5. Só que não é a minha especialidade. A gente pega algumas patologias mais psiquiátricas, difícil porque você depende do relato da mãe, do pai ou da escola (Ugo, NP).
	O CID-X ou o DSM-5 são os que a gente aplica (Fúlvia, NP).
	[Sobre o CID e DSM] Olha, eu uso não uso não, tá? Eu preciso pra fazer uma avaliação para um documento de alta, alguma coisa concreta. Na minha vida pessoal, eu não coloco não. Questionário me ajuda. Me ajudaria mais se eu pudesse ter uma avaliação neuropsicológica, que é muito mais importante. Isso eu não tenho. Só no consultório privado, e assim mesmo nem sempre (Flávio, NP)
	Não trabalho com formulário, nada disso. Avaliação global não sistematizada. Muito da minha experiência e estudo. Pra algumas queixas específicas a gente utiliza alguns questionários. Criança com queixa de hiperatividade, usa o SNAP ou outros questionários. Mas pra outros transtornos psiquiátricos não uso os critérios de DSM. Prefiro a avaliação do especialista (Inês, PE).
	Se eu fosse medicar, aí sim eu procuraria nos critérios de diagnóstico, na DMSA, tudo direitinho pra ver se encaixava. DSM, desculpa. A gente fica só com uma impressão geral, mas não corre atrás do diagnóstico certo, firmado (Úrsula, RNP).
	De uma maneira geral, nas neuropsiquiatrias comportamentais, não são necessários fazer muito exames, com muita sofisticação. Mas há uma tendência atual em fazer questionários, para várias doenças neurocomportamentais (...) Tentativa de quantificar, objetivar o que é subjetivo (Flávio, NP).
	Os transtornos de déficit de atenção e hiperatividade, eu utilizo esses questionários. Com transtornos bipolares, de ansiedade, eu sei que existem questionários. Na minha clínica, eu não uso, mas uso algumas perguntas nesses questionários para avaliar e encaminhar a algum especialista mais adequado (Flávio, NP).
	Quando você usa esses questionários, isso pode facilitar, porque são dados que tem pra quantificar. Mas você precisa ter a avaliação da família, da escola, ou de qualquer outro lugar que essa criança conviva, pra chegar a essa conclusão. São armas que não são fidedignas 100% (Flávio, NP).
	O SNAP a gente usa, mas com cautela. (...) Fechar um diagnóstico só com aquela escala, você tá muito sujeito a erros. O ideal é ter várias avaliações que façam uma avaliação neuropsicológica (Lúcia, RNP).
7.2	Aqui é um espaço multidisciplinar, poder escutar, fazer parcerias, entender que o seu trabalho com o do outro é muito melhor. Não tem melhor oportunidade pra ver isso do que no CAPSi. Aqui a minha palavra nunca é a palavra final, sempre é a nossa palavra. É ótimo dividir responsabilidade. Eu faço consultório particular, mas naquela solidão (Paula, PQ).
	Uma criança pequena, por maior que seja a desorganização, tanto familiar quanto da criança, investindo no tratamento com uma equipe multidisciplinar, como acontece aqui, a gente vai conseguir melhorar esse quadro (Bruna, PQ)
	Trabalhar na lógica da equipe multiprofissional moldou muito minha forma de trabalhar, de nunca pensar sozinho. De estar sempre trocando, buscando outras opiniões (Pedro, RPQ).

	Aqui não tenho eletroencefalograma, não tenho psiquiatra, nenhum profissional de equipe multidisciplinar, fisioterapeuta, fono, psicólogo, então acabo aprendendo a lidar com patologias graves com praticamente nada de recurso (Ugo, NP).
	A família tem que entender o que é síndrome de Down e que ela vai precisar de uma equipe multidisciplinar. Tem algumas coisas do desenvolvimento que a gente vai precisar acompanhar, mas isso o pediatra pode fazer (Clara, PE).
	No Brasil a gente tem muita dificuldade de fazer diagnóstico. Você leva um tempo muito grande pra conseguir um exame de imagem, precisaria de uma equipe multidisciplinar, de uma avaliação neuropsicológica, a gente tem muita dificuldade (Lúcia, RNP).
	Às vezes as crianças ficam dois anos esperando para serem atendidas: “Não me pertence”. E perdem esse tempo podendo estar inseridas em outro tipo de cuidado. Talvez nos CAPSis mesmo, com atendimento multiprofissional, da psicologia, da fono (Clara, PE).
	Eu uso a avaliação de outros profissionais de saúde. Eu não sou fonodóloga. Ela tem transtorno da linguagem, eu não sei dar o nome daquilo, então eu solicito parecer, avaliação neuropsicológica pra ver se a criança tem comorbidades (Fúlvia, NP).
	Às vezes encaminha para o psicólogo: “Vê o que você acha”. A gente tem uma fono muito boa aqui. Ela faz os métodos dela e cada um dá um palpite, chega ao diagnóstico (Urbana, PE).
	[A demanda por medicação] se desfaz não pelo meu trabalho, mas pelo trabalho dos outros, os pais vêem melhora. (...) A vantagem do serviço público é trabalhar em equipe. (...) <i>Tem vários olhares e isso ajuda a repensar e ver se você se equivocou em alguma coisa.</i> (...) Os casos muito graves seria impossível atender no consultório. Algumas coisas você só consegue fazer pela questão de rede e de equipe, que permite um trabalho multidisciplinar aqui e transinstitucional pra fora do serviço (Lucas, PQ).
	Esse serviço funciona de uma maneira muito particular porque tem uma equipe muito unida, muito parceira. Equipe que realmente funciona como equipe. Não é multidisciplinar que cada um na sua área (Paula, PQ).
	Às vezes sozinho no consultório é mais difícil resolver (Bruna, PQ).
	Eu acho consultório muito solitário, nunca gostei de consultório por isso (Olívia, PQ).
	[No consultório] é completamente diferente, é outra abordagem, é mais solitário. Na infância e adolescência é bem complicada a questão do consultório, de estar muito sozinho (Pedro, PQ).
	Quando dá para levar no ambulatório, eles vão levando. Chega um momento que a criança fica grave, com ou sem medicação, e precisa de uma intervenção multidisciplinar (Bruna, PQ).
	Melhorou o relacionamento com outras crianças. [Atribui a] tudo isso, o convívio, a mãe interessada, o psicólogo que está ajudando, conversando <i>e todo sistema multidisciplinar que ele faz.</i> Ele faz fono também (Urbana, PE).
7.4.1	[Sobre casos limtes] Isso é muito comum. Muito comum. Você não sabe se o distúrbio de aprendizado é um distúrbio específico ou se ele é parte, só a exteriorização da oligofrenia do paciente (Bento, NP).
	Aqui na pediatria geral tem uma queixa muito frequente de dificuldade escolar. Eu acabei de atender um (Alice, PE).
	É uma questão muito frequente. Hoje eu atendi duas crianças com a mesma queixa, dificuldade escolar. Uma tinha 9 anos e a outra 7 anos e também não sabia ler. Uma a avó pediu pra a criança ser reprovada e na outra a criança passou de ano (Urbana, PE).
	Entra tudo que a gente sabe, todo tipo de sofrimento, até mesmo na escola (César, PQ).
	[Demandas] comportamentais, dificuldade de aprendizado (Lúcia, RNP).
7.4.2	Geralmente o tratamento – falar de remédio, é quando traz prejuízo, quando o comportamento, alteração do sono, ansiedade, depressão, está atrapalhando a vida, de interagir com a sociedade, aprender, de formalizar (Oto, RPQ).
	A agitação e dificuldade pra aprender são as queixas principais (Brenda, RNP).
	Se as coisas não conseguem acontecer, a criança tá muito agitada, inquieta, delirante, numa psicose, com a mente invadida e não consegue participar ou fica muito agressivo com os outros, você tem que entrar até pra trabalhar, ter uma ação clínica (César, PQ)

	Um problema que a família traz de forma muito diversificada, como uma alteração de comportamento na escola, em casa, queixas vagas e espaçadas, uma dor aqui, acolá (...). Quando você entra na história da criança, no convívio familiar, (...) tem um pai ausente, uma mãe opressora, uma criança negligenciada, tem alguma coisa que vale a pena conversar, despertar a família pro problema para que ela tire o foco da ponta do iceberg para ver uma coisa um pouco mais ampla (Enzo, RPE).
	A gente já pegou algumas situações que era puramente um atraso na linguagem por falta de estímulo da família, é o mais comum (Alice, PE).
	A gente tem muita criança com doença crônica, um transtorno mental que acontece é a depressão, o pediatra não está sensível a fazer esse diagnóstico precoce. O que a gente faz que está mais acostumado, é dificuldade escolar, é autismo. Transtorno de compulsão... agora estou num ambulatório que eu vejo muito isso. Depressão, ansiedade. Cada vez mais eu vejo criança com esse perfil (Alice, PE).
7.4.3	Quando é psicose, é mais difícil o profissional [não psiquiatra] se atrever. O autismo todo mundo se julga... a criança não fala, não dirige o olhar, pumba, é autismo. A psicose, você não sabe se é uma alucinação, o que está acontecendo exatamente, (...) a criança não vai falar pra você (César, PQ).
	Outras patologias, esquizofrenia, é muito mais raro aparecer, e quando aparece a gente acaba encaminhando pro psiquiatra (Luís, NP).
	Esse menino eu encaminhei pra psiquiatra, para ela avaliar. Porque eu fiquei com medo da situação. Parecia fajuto, mas podia não ser, um dia ele pode se matar de verdade (Elisa, PE).
7.4.4	<i>O grande problema nessa faixa etária é autismo. Você pode fechar um diagnóstico com 3 anos.</i> Tem coisas mais leves, criança com fobia, com transtornos de ansiedade, estresse pós-traumático ou situações de abuso (Lucas, PQ)
	Às vezes chegam pacientes já diagnosticados que eu mantenho, casos menos complicados que os ambulatórios poderiam dar conta, mas você não encontra ambulatório para atender (Lucas, PQ)
	Aqui é um CAPSi, tem esse viés, eles passam por uma triagem e os casos que ficam, que vem pra mim, têm uma complexidade grande, uma gravidade, <i>aqui o que a gente mais pega é autismo</i> (Paula, PQ).
	<i>O autismo é o grande diagnóstico, os CAPSis são referências importantes no tratamento de autista.</i> Dificuldade de aprendizado de uma maneira geral, questões de ansiedade, ansiedade de separação, questões emocionais também são relativamente frequentes (Pedro, RPQ).
	Tem uma proporção grande de autistas, direcionou mais o meu trabalho a esse diagnóstico. O manejo, a prescrição, enxergar de maneira mais ampla, até mais que os outros diagnósticos, por ter uma experiência um pouco maior (Pedro, RPQ).
	<i>A faixa etária do autismo é de dois a três anos. Eu estudo, pesquiso e tento estar em contato.</i> Transtornos de linguagem, de aprendizado, mais esses, os outros são mais tardios. TDH você começa a ver com cinco anos, mas ainda é cedo para dar certeza (Zilda, RPQ).
	<i>É muito comum você receber autista, transtorno invasivo de desenvolvimento.</i> Não há um relacionamento, porque na primeira consulta ele já é retornado pra pessoa que encaminhou. Então eu não sei que destinação é dada pro caso (Bento, NP).
	<i>O diagnóstico do espectro autista é um grande exemplo aqui.</i> No DSM-IV tinha uma classificação de transtornos invasivos do desenvolvimento como não especificado, mas não chegava a ser autismo infantil. <i>A maior parte das crianças tinha características, mas não fechava um critério</i> (Luís, NP).
	Na criança que atrasa a linguagem, tem a comunicação interpessoal prejudicada, uma interação social ruim, você começa a desconfiar de algumas coisas, pode pensar em autismo, deficiência cognitiva (Luís, NP).
7.4.5	Uma menina de 7 anos tinha uma fobia alimentar importante, (...) se alimentava só de mamadeira [de leite] e era muito desnutrida. Internou pra recuperar peso. (...) A família era doente (...) psiquiatricamente dizendo. A menina pesando como um ano de idade, e botando muitos empecilhos nas orientações, nos cuidados e na forma de conduzir o caso, é uma dinâmica familiar doente. Esse caso demandou a imipramina pra abrir o apetite e tratar o distúrbio psiquiátrico de base. Não caracterizava uma anorexia, mas uma fobia alimentar, porque ela não podia ver comida

	<p>que fazia ânsia de vômito, não comia de jeito nenhum. Com acompanhamento com a psiquiatria, com a pediatria, que pesava todos os dias, que conversava com a mãe. Tinha que ter uma postura veemente: “A senhora tem que fazer assim pra dar certo. Tenta enxergar o que a gente está fazendo pela sua filha”. Entenderem que ela precisa comer, que não pode sobreviver, viver o resto da vida tomando mamadeira. Não tem como eles aceitarem isso. Como a gente pode fazê-la aceitar? (Enzo, RPE).</p>
	<p><i>A criança come o que quer, na hora que quer. (...) Eu falo: “Criança gosta de limite. Se você não fizer isso, alguém um dia vai fazer. É melhor que ela aprenda em casa”.</i> Dou uma assustada (Alice, PE).</p>
7.4.6	<p>O neurologista chega num ponto que fala: o tratamento mesmo tem que ser num lugar... Ele medica, atende. <i>Ele tem esse conhecimento que o CAPSi é o lugar que trata crianças.</i> Ele medica e depois encaminha pra cá, e vem muitas vezes medicado e já com diagnóstico (César, PQ).</p>
	<p>Em geral [encaminho] pro ambulatório (Ugo, NP).</p>
	<p>A gente tem dificuldade em achar psiquiatria infantil. A gente encaminha, quando tá pra 10 anos, adolescentes, pro CAPSi, mas não sei muito sobre o trabalho deles. Psiquiatria infantil não tem no Rio, quase. Quando a gente precisa de um psiquiatra infantil a gente não tem pra onde encaminhar (Brenda, RNP).</p>
7.5.1	<p>Tem menos contato com o pediatra, isso é da saúde mental toda, tanto da criança quanto do adulto, ficam um pouco distanciado dos outros cuidados. Tá indo ao psiquiatra todo mês, aí quando você vê, “E ao pediatra, tá indo?”, não levou, não foi. (...) Tem pouca troca (Zilda, RPQ)</p>
	<p>É interessante pensar em um trabalho mais ligado com a pediatria e acompanhar essas situações. porque dúvidas que pediatras têm. Quando eles querem encaminhar nessa faixa de 2 anos não é para um serviço psiquiátrico, é mais para neuropediatria (...). A pediatria tem uma visão diferente da saúde mental, tem um olhar mais geral. O pediatra, por fazer a puericultura, acaba tendo um vínculo mais forte, a ter essa relação, paciência com a mãe, com a avó, com a tia, com o pai. Isso contribui no meu relacionamento com as mães hoje em dia, eu tenho uma visão mais geral. (...) Seria muito importante aproximar as duas pessoas que tratam da criança. <i>Percebo o interesse do pediatra e vice-versa, mas como os serviços são afastados e o tempo da gente é muito pequeno, a gente fica afastado mesmo. Isso é uma questão da rede,</i> teria que ter mais fóruns de saúde mental e fórum geral pra infância e adolescência, pra gente conversar. <i>O pediatra às vezes conhece mais a família do que a gente.</i> (...). Aqui eu tenho essa facilidade porque, mal ou bem, eu tenho a [a pediatra] para fazer essa ponte. Quando alguma criança não tem um pediatra regular, peço para ela dar uma olhada, eu dou uma olhada também. A princípio, se for uma coisa tranquila a gente trata. <i>Mas nos outros serviços que eu trabalho não tenho contato com pediatras.</i> Dá para trabalhar sem, mas seria melhor com (Bruna, PQ).</p>
	<p>“É um distúrbio específico de aprendizado”. <i>Vou me retirar. O pediatra vai cuidar do caso.</i> (...) Você tá investigando, por exemplo, uma cefaléia crônica, e quando faz a tomografia o paciente tem uma pansinusite horrorosa, a tua investigação acaba ali. Você manda de volta pro pediatra, pro otorrino (Bento, NP).</p>
7.5.2	<p>Os pediatras na rede privada mandam para alguns especialistas. Na rede pública cada vez mais vai ter pediatra só nos hospitais, porque o trabalho de pediatria acaba sendo feito pelo médico de família. Pediatria vai virar muito mais hospitalar do que ambulatoriais (Lucas, PQ).</p>
7.6.1	<p>Fazer um trabalho de rede sozinho é difícil. Tem uma assembleia com os pais uma vez por mês, reunião com os colégios, outra pessoa faz. Tem gente que vai à casa dos pacientes. <i>Eu posso recorrer aos outros e não trabalho sozinho</i> (Lucas, PQ).</p>
	<p>O CAPSi foi feito para dar conta das crianças graves. A mãe tem um alívio quando a gente diz que a criança é pra cá (...). O pediatra fica tranquilo porque a criança, finalmente, conseguiu um lugar para ser inserido. O neurologista, que achava que o tratamento só medicamentoso não estava dando conta, consegue um tratamento completo pra criança. <i>A gente faz a costura da rede, que fica desesperada quando não tem o que fazer com criança pequena</i> (Bruna, PQ).</p>
	<p>[Sobre participar do grupo] não é sempre. Quando vaga um horário, o paciente falta, tô com uma brecha. Entro no grupo que está acontecendo na hora, as crianças que são minhas eu olho mais perto, mas infelizmente não tenho... Ter outro olhar com outra formação é importante. O olhar da psicologia, das fono, da T.O. (Pedro, RNP).</p>

	<p><i>A gente não consegue fazer a investigação adequada porque não consegue encaminhar, um oftalmo pra ver se a criança tem um déficit visual, otorrino, fono, as coisas demoram (...) porque não tem vaga. (...) O SUS onde faz? Até hoje não sei. Os pais têm que pagar um lugar de qualidade questionável, a gente perde muito na investigação por isso (Alice, PE).</i></p> <p><i>Às vezes a gente consegue [encaminhar pra CAPSi], nem sempre. “Doutora, o médico tá de licença”, “Não tá funcionando”, ou tem uma fila de espera grande. Não tem gente suficiente pra atender a demanda. A mesma coisa as terapias no serviço público. Elas existem, mas não suficiente pra atender a demanda (Brenda, RNP).</i></p> <p><i>Tem escalas de avaliação das crianças. Com coisas simples, como cores, números, contas. A gente faz isso no ambulatório quando não consegue uma avaliação neuropsicológica (Lúcia, RNP).</i></p> <p><i>Eu encaminhei primeiro pro psicólogo, ele falou: “Vale a pena avaliar no neuro”. Agora ele está só no psiquiatra: “Não tem diagnóstico definitivo”. Ele melhorou o relacionamento com as crianças na escola, mas é uma criança diferente. (...) É muito difícil na rede pública... particular já é, achar um neuro e um psiquiatra. Muito difícil! (...) O neurologista não quer atender convênio, aí você limita a camada social. Psiquiatra mais ainda, psiquiatra infantil é difícil encontrar. No município eles não querem trabalhar para ganhar pouco. Aqui a gente até tem uma psiquiatra, que facilitou muito (Urbana, PE).</i></p>
7.6.2	<p><i>Aqui não é só atendimento médico, tem outras coisas, então o próprio neurologista encaminha. Ou então elas sentem falta de uma rede mais ampliada, a escola orienta (Paula, PQ)</i></p> <p><i>Aqui tem serviço de psiquiatria infantil e tem as psicólogas, mas eles não têm como absorver na frequência que as crianças precisam e a quantidade que é (Fúlvia, NP)</i></p> <p><i>Eu fazia um parecer e pedia pra mãe procurar na unidade básica, como ela seria encaminhada. A gente tem uma lista dos CAPSis onde a gente mandava as crianças, mas isso é complicado. Aqui a gente tem um serviço de fono e fisioterapia (Clara, NP).</i></p> <p><i>Na verdade o sistema é muito ruim. Porque se tivesse uma rede de encaminhamento, seria bem mais fácil (Alice, PE).</i></p> <p><i>É muito comum receber crianças vindas de outros serviços. Pai e mãe frustrados porque já bateu em vários serviços e não conseguiu atendimento. Já passou pela rede sem ser alcançado. Ou que passou por uma consulta aqui, foi encaminhado, mas não conseguiu marcação. A impressão é que tem uma dificuldade grande de recebimento na rede. (...) A gente dá o papel pra família, o encaminhamento e a família tenta resolver isso. Nem sempre consegue (Inês, PE).</i></p> <p><i>Na maioria das vezes eu peço ajuda batendo na porta. Quando a gente pede parecer, como (...) eu não tenho o “meu” ambulatório, as crianças não necessariamente voltam para mim. Quando pede um parecer e retorno em 2 meses, eu acabo perdendo. Mas já tive casos de querer resolver naquele momento, não perder a oportunidade, e pedi pra ligar pra psiquiatria, pra alguém vir aqui, ver a criança. Aí dá para acompanhar. (...) Aqui no hospital a gente usa um prontuário comum, você pode ler esse retorno. Quando o prontuário não é comum, a gente manda uma carta. “Mãe, entrega pra o médico”. E aí ele responde como está o encaminhamento (Úrsula, PE).</i></p>
7.7.3	<p><i>As crianças que não fazem as terapias tem uma evolução pior do que as que fazem. Isso não tem dúvida. Que a criança que é bem estimulada (Brenda, RNP).</i></p> <p><i>[Procuo] evitar situações de sofrimento. Se a pessoa não foi tratada num determinado momento, você vai receber o paciente numa situação de sofrimento muito maior depois (Bete, PQ).</i></p>
7.8	<p><i>A direção maior do nosso serviço tem muita força da psicanálise (Olívia, PQ)</i></p> <p><i>O meu interesse por psiquiatria sempre foi associado à psicanálise. (...) Na psiquiatria, se você pensa em psicanálise, pensa em melhor qualidade de vida. (...) Existe uma dificuldade grande nesta família tanto em perceber a dificuldade da criança como de perceber a participação dos pais para essa dificuldade. Ou seja, isso faz parte do problema (Bete, PQ).</i></p> <p><i>Em termos de referencial mais psicoterápico, seria o referencial psicanalítico (Lucas, PQ)</i></p>
7.9	<p><i>Muitas crianças já chegam como hiperativas. (...) A gente encaminhou e era transtorno do espectro autista. (...) Normalmente eu mando pra neuro porque é aqui no ambulatório. Psiquiatra é um espaço à parte (...). [Na graduação] tinha um neurologista para epilepsia, um pra comportamento, então eu criei o hábito de encaminhar para neuro. (...) Um paciente com</i></p>

	<p>problema de comportamento, atraso na linguagem, ou um achado neurológico, hipotonia, eu encaminho pra neurologia (Alice, PE)</p> <p>Transtorno de comportamento, hiperatividade, geralmente psiquiatra. Aqui a neuro acompanha mais casos de atraso de desenvolvimento, crises convulsivas, síndromes neurológicas (Úrsula, RPE).</p> <p>Uma criança com perfil de autista foi encaminhada pro CAPSi (...). Esse discernimento o pediatra na rede básica está autorizado a fazer. Onde ele tem dúvida aí sim mandar pro especialista, mais pro psiquiatra do que pro neurologista (Clara, PE).</p>
7.10.a	<p>Quando a mãe acha que o filho não tem nenhum problema, o encaminhamento se torna mais difícil, você lida com esse tabu, que psiquiatra é médico de louco. Acho importante explicar que a criança está com problema e que a gente precisa ajudar (Úrsula, RPE).</p> <p>Hoje as pessoas não têm mais tanto preconceito com a saúde mental, estão procurando mais [os CAPSi] (...). É o estigma da saúde mental, a primeira coisa que a mãe procura é um neuro, porque neuro é ok, é aquele médico que é o neurologista. O psiquiatra é o psiquiatra, cuida de maluco. (Paula, PQ).</p> <p>As pessoas têm muito preconceito. Preconceito começa na casa quando os pais têm dificuldade em aceitar que a criança possa ter um transtorno mental. O preconceito está aqui, o médico fala: “Isso pode esperar, vamos observar”, e talvez perca um pouco o <i>timing</i> (Alice, PE).</p>

CAPÍTULO 8.

DIAGNOSTICANDO A INFÂNCIA

desaparecença

Nada com nada se assemelha.
 Qual seria a diferença
 entre o fogo do meu sangue
 e esta rosa vermelha?
 Cada coisa com seu peso,
 cada quilômetro, seu quilo.
 De que é que adianta dizê-lo,
isto, sim, é como aquilo?
 Tudo o mais que acontece,
 nunca antes sucedeu.
 E mesmo que sucedesse,
 acontece que esqueceu.
 Coisas não são parecidas,
 nenhum paralelo possível.
 Estamos todos sozinhos.
 Eu estou, tu estás, eu estive.
 (Paulo Leminski, 2013)

Em maio de 2012, o programa Sala de Convidados, do Canal Saúde, promoveu o debate “Medicamentalização do comportamento” (Freitas et al., 2012). Ali, a psiquiatra Sandra Fortes explica brevemente como se dá o processo de definição estatística das doenças. Usa o exemplo

da diabetes para fazer um paralelo com o estabelecimento de critérios de definição das doenças mentais:

Todos os estudos e definições do que são padrões normais ou anormais de exames são estatísticos, epidemiológicos, através de metodologias, onde você compara padrões-ouro, ou seja, referências, e os achados dos exames e tratamentos estatísticos desses exames. Qual é a distribuição normal de um exame? Vamos dizer que você tem uma glicose de 150, você é claramente diabético do ponto-de-vista da definição. Se você tem uma glicose de 100, mas você tem uma hemoglobina glicada de 120, você tá numa fase intermediária. Se você tem uma glicose de 60 ou 80, você é o normal. Então esse achado não é uma verdade, (...) não existe isso nem pras doenças orgânicas. Você tem desvios-padrões. Você considera as alterações dos exames complementares a partir do conceito de um ou dois desvios-padrões dentro da distribuição de uma curva normal. (...)

O que que é o critério psiquiátrico? (...) você começa a definir o número de sintomas. Uma pessoa que está triste, ela não está deprimida. Quando você vai fechar um diagnóstico de depressão, ela tem que ter um número de alterações e principalmente essa alteração tem que [ter] um comprometimento do funcionamento dela na vida. (...) Uma pessoa para dizer: ‘Eu tenho depressão maior, (...) não pode estar só triste. Você tem que estar triste, você tem que estar desmotivado, você tem que não ter mais ânimo para as coisas que você faz, você tem que ter alteração de sono, você tem que ter alteração de apetite, você tem que ter ideias de que você não vale nada, ideias que são desproporcionais ao real, você tem que ter muitas vezes ideias de suicídio. Você tem que ter um conjunto e é nisso que entram as classificações. (...) Então é: intensidade, duração, comprometimento, e quantidade de sintomas. Esses são os critérios (Fortes, in Freitas et al., 2012:42’21”).

Este é o perfeito exemplo de como segue atual a discussão promovida por Canguilhem (2009) em seu clássico *O Normal e o Patológico*. Ali, ele critica uma certa concepção quantitativa da relação entre saúde e doença, menos por considerá-la equivocada, e mais por entendê-la insuficiente. Explicando melhor: ele se opõe ao pensamento de Augusto Comte e Claude Bernard, que reduzem à diferença quantitativa os extremos da saúde e da doença. Apesar de suas diferenças conceituais e metodológicas, ambos tendem a definir a doença a partir de uma alteração quantitativa (para mais e para menos) do estado de saúde. Para Comte, o estado de doença encontraria sempre um análogo na saúde, sendo a primeira falta ou exagero da segunda.

Canguilhem não nega que tais noções tenham trazido uma contribuição histórica, pois elas ajudaram a superar uma concepção ontológica da doença, segundo a qual a patologia seria

uma entidade externa ao corpo, extrafisiológica. Além disso, para o epistemólogo francês, há sim uma continuidade entre os fenômenos normais e patológicos, e os segundos podem expressar uma alteração quantitativa (seja maior ou menor) dos fenômenos fisiológicos regulares. Isso não significa dizer, contudo, que haja uma homogeneidade entre eles, ou seja, que doença e saúde sejam a mesma experiência, modificadas unicamente pelo excesso ou pela falta de determinados fenômenos. Assim, Canguilhem defende uma posição qualitativa na diferença entre saúde e doença.

Para ele, os clínicos tendem a tomar mais comumente o ponto-de-vista dos fisiologistas (ou, como entendemos atualmente, cientistas) do que dos doentes, uma vez que a experiência subjetiva destes últimos não necessariamente corresponde aos fenômenos cientificamente estudados. A relação que o doente tem com seu corpo difere daquela interpretada pela fisiologia e patologia. Para Canguilhem, é fundamental que se leve em conta o ponto-de-vista do doente (ou, de maneira mais ampla, a experiência da vida e do vivo), ao se fazer a distinção entre o normal e o patológico.

Se as alterações patológicas são a extensão de alterações fisiológicas, isto não exclui o fato de que a vida do doente é radicalmente distinta daquela do indivíduo saudável, ou mesmo das experiências por ele vividas antes mesmo do adoecimento. Duas frases de Canguilhem expressam bem essa ideia: “Ser doente é, realmente, para o homem, viver uma vida diferente, mesmo no sentido biológico da palavra” (p.33); e “[a] doença [é] realmente para o doente uma *forma diferente de vida*” (p.34).

Em grande parte, pode-se entender a depressão como uma tristeza muito grande, que torna a vida muito difícil ou até mesmo inviável, insuportável. Mas essa variação no campo psicológico e comportamental diz respeito à vida do próprio sujeito, em relação ao seu padrão habitual, mas também em relação aos demais, tomando como critério os padrões “normais” (no sentido de média) e sua análise de acordo com os desvios-padrão.

A confusão habitual entre os dois conceitos de “normal” mereceu destaque no trabalho de Canguilhem:

aquilo que é como deve ser; (...) e o que se encontra na maior parte dos casos de uma espécie determinada ou o que constitui a média ou o módulo de uma característica mensurável. [Designa] ao mesmo tempo um fato e “um valor atribuído a esse fato por aquele que fala, em virtude de um julgamento de apreciação que ele adota” (Canguilhem, 2009:95)

Se Canguilhem refuta a confusão habitual entre norma e média, afirma também que a variação estatística não é capaz de determinar o que é ou não normal. Trata-se de um equívoco

facilitado pela tradição filosófica realista, segundo a qual toda generalidade é indício de uma essência, toda perfeição, a realização de uma essência e, portanto, uma generalidade observável de fato adquire o valor de perfeição realizada, um caráter comum adquire um valor de tipo ideal. Assinalamos, enfim, uma confusão análoga em medicina, em que o estado normal designa, ao mesmo tempo, o estado habitual dos órgãos e seu estado ideal, já que o restabelecimento desse estado habitual é o objeto usual da terapêutica (idem:48).

A psiquiatria (e disciplinas próximas), além de inserida nessa tradição filosófica e na confusão habitual da medicina entre os dois sentidos de “normal”, tem como objeto privilegiado o comportamento humano, especialmente tomado por diversos sentidos de valores, de “tipos ideais” e de concepções socialmente construídas a respeito de padrões esperados. Ao mesmo tempo em que a psiquiatria privilegia a experiência do indivíduo, em suas nuances e diferenças, também se utiliza de recursos mensuráveis para a definição dos diagnósticos e, conseqüentemente, da terapêutica empregada. É o caso do SNAP-IV, questionário utilizado como parte da definição do diagnóstico de TDAH (Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade). De acordo com o número de respostas positivas diante de questionário, verificam-se mais sintomas de desatenção e de hiperatividade do que esperado numa criança ou adolescente (Associação..., 2013). E este, junto com outras classes de critério, auxilia na construção de um possível diagnóstico.

O uso de referências de desvios-padrão para a definição de doenças e a identificação de diagnósticos significa, por exemplo, a construção de instrumentos de avaliação testados em um número adequado de pessoas, validados, e confiáveis. Corre-se o risco de se confundir duas concepções de “normal”, e daí a necessidade de se revisitar as contribuições de Canguilhem: aquilo que é mais comum, não é, forçosamente, o esperado, um valor desejado.

E esta ideia está ligada a uma outra, igualmente cara a Canguilhem: que a definição entre o normal e o patológico não é definido por medidas objetivas, intrínsecas a determinada condição, delimitada por marcadores biológicos, hormonais, funcionais objetivos, tomados pela média. Ele se utiliza de diversos exemplos para mostrar que uma mesma condição biológica implica em diferentes sentidos, dependendo dos contextos geográficos e culturais nos quais se encontra. Ele defende que a delimitação entre saúde e doença se baseia muito mais no valor do que no fato:

Não existe fato que seja normal ou patológico em si. A anomalia e a mutação não são, em si mesmas, patológicas. Elas exprimem outras normas de vida possíveis. Se essas normal sofrem inferiores – quanto à

estabilidade, à fecundidade e à variabilidade da vida – às normas específicas anteriores, serão chamadas patológicas. Se, eventualmente, se revelarem equivalentes – no mesmo meio – ou superiores – em outro meio – serão chamadas normais. Sua normalidade advirá de sua normatividade¹⁷⁸. O patológico não é a ausência de norma biológica, é uma norma diferente, mas comparativamente repelida pela vida (Canguilhem, 2009:56).

Se a questão da definição de diagnósticos, de modo geral, já é marcada por grandes incertezas – nuances, valores, estabelecimento de padrões, escolha de objetos privilegiados (ora, o exame clínico, ora, o relato do paciente, ora exames de apoio etc.), de forma ainda mais desafiadora é a delimitação de diagnósticos em psiquiatria. E, de modo particular, à psiquiatria infantil, uma vez que o “público-alvo” da intervenção médica é especialmente plástico, maleável, devido às particularidades do seu processo de desenvolvimento. Além disso, em geral não parte do interessado direto a procura por serviços especializados, para onde são levados por iniciativa de outrem – configurando aquilo que Healy e Le Noury (2007) denominaram “doença por procuração”.

Quando publicado na década de 1940, o contexto no qual se inseria O Normal e o Patológico certamente divergia bastante do que encontramos atualmente. No entanto, os avanços promovidos pela ciência e o desenvolvimento de recursos diagnósticos e laboratoriais talvez tornem o seu argumento ainda mais paroxístico e atual. A diferença quantitativa dos fenômenos ditos normais para os patológicos têm sido reafirmada pelos recursos diagnósticos contemporâneos, ganhando importância crescente para a clínica. Ainda que calcado na observação do médico e na experiência do doente, o diagnóstico tem sido cada vez mais mediado por dados objetivos, contabilizáveis, mensuráveis, baseados em uma média – média esta que comporta, ao mesmo tempo, a noção de prevalência e de norma. Prevalência no sentido do que é o mais comum, habitual, o mais facilmente encontrável; e norma no sentido daquilo que se deseja, se espera, relativo a um determinado valor.

É o caso, por exemplo, da já comentada pesquisa de Greene (2007), que mostra como critérios numéricos (de taxas de sangue, por exemplo), tornam-se soberanas em relação à experiência e sintomas dos pacientes, servindo de justificativa para tratamentos preventivos.

¹⁷⁸ Há pelo menos uma crítica à limitação desse argumento da normatividade vital: para Ferraz, “o estatuto da normatividade vital teria que ser ao mesmo tempo de natureza diversa das intenções, mantendo-se entretanto como se fosse uma intenção ou uma pré-intenção. Enfim, algo de uma qualidade específica que fosse capaz de a posteriori fazer a consciência intencionar numa determinada direção” (Ferraz 1994:11).

Dentre os diversos ramos da medicina, a psiquiatria certamente está dentre aquelas que mais considere a experiência pessoal do chamado “doente”. Afinal, a vivência e o relato do sujeito que sofre são objetos privilegiados para a ação terapêutica da psiquiatria: ações e pensamentos estranhos a ele mesmo, dificuldades nas relações pessoais, angústias e sofrimentos insuportáveis, comportamentos que diferem num determinado curso temporal, medos, alteração no sono, entre outros.

No entanto, o estabelecimento de diagnósticos – para a medicina em geral, e para a psiquiatria em particular – representa um grande desafio para a prática clínica. Afinal, deve-se levar em consideração a perspectiva do paciente (e as modificações qualitativas em sua vida), assim como as diferenças quantitativas expressas sobretudo nas relações de desvio-padrão. O cerne dessa problemática é justamente a confusão habitual que se faz entre eles. A psiquiatra já citada explica como se fazem os critérios para diagnósticos psiquiátricos: “intensidade, duração, comprometimento, e quantidade de sintomas”. Tais critérios não se estabelecem puramente de acordo com modificações na vida do sujeito, mas se baseiam sobretudo em diferenças quantitativas em relação a um determinado valor esperado. Ou seja, em grande parte os sintomas psiquiátricos são considerados como expressões quantitativas – para mais ou para menos – de comportamentos normais (*muito triste, sem motivação, sem ânimo, muito ou pouco sono, muito ou pouco apetite, etc.*).

A medicina em geral, e a psiquiatria de modo mais específico, tradicionalmente exerce um papel importante na delimitação das fronteiras entre o normal e o patológico, entre o desviante e o socialmente aceito, e conseqüentemente, na definição do que precisa e pode ser tratado. De acordo com Rosemberg, à psiquiatria cabe especialmente aquilo que não está bem delimitado e cuja etiologia não está bem definida, de modo que a busca pelas causas orgânicas das patologias mentais torna-se um instrumento poderoso de legitimação da psiquiatria (Rosemberg, 2006).

Assim, a definição dos transtornos mentais não se explica unicamente por uma variação numérica, de média, mas também por um determinado padrão de valor, duplamente demarcado: se ele diz respeito à experiência particular do indivíduo, que carrega certa carga de desajuste emocional e comportamental, ele também está vinculado a um determinado padrão social que impera, e que ajuda a determinar o que deve servir de referência. Devido à dificuldade de se definir o que é doença (e doenças mentais), as “pesquisas epidemiológicas podem ter muito mais significado de produção de comportamentos patológicos do que de auferição de patologias no meio social” (Amarante, Torre, 2010:157).

Assim, a própria ideia de classificar supõe generalizações e estipula limites. E se tais classificações servem de base e auxílio para a prática clínica, elas também são o resultado de um conjunto de fatores, não só da produção científica mas também de padrões sociais, do senso comum, da expertise e da prática clínica, entre outros. Para Canguilhem, apesar de aparentemente não fazer uso de julgamentos de valor, “a atividade médica – pelo interrogatório clínico e pela terapêutica – tem como objeto o doente e seus julgamentos de valor” (p.47). Por isso o médico não está interessado em determinar o conceito, ele quer é diagnosticar e curar. Utiliza-se predominantemente do seu conhecimento de fisiologia, de sua experiência quanto às funções orgânicas, e da representação do seu meio social.

Considerando então o diagnóstico e a prescrição de psicotrópicos para crianças pequenas, deparamo-nos com um duplo desafio: ao mesmo tempo atender às necessidades da criança e seu entorno (família, escola etc), sem contudo oferecer um tratamento iatrogênico, cujos prejuízos sejam maiores do que os benefícios.

8.1 Breve trajetória histórica da psiquiatria da infância

Entre pesquisadores e historiadores da psiquiatria da infância, é usual a concepção de que o interesse da medicina mental pela infância se deu tardiamente em relação à psiquiatria dos adultos (Benoit, Klein, 2000; Gineste 2011, etc). Se o alienismo se constituiu como um paradigma a um só tempo científico, clínico, institucional, a especificidade da medicina mental dedicada à criança surgiu posteriormente. Para Bercherie (1983) há um atraso histórico da clínica da criança:

(...) em um primeiro tempo, a psiquiatria infantil – deixando de lado o retardamento mental – é antes um objeto de curiosidade e um campo complementar da clínica e da teoria psiquiátricas do adulto, do que um verdadeiro campo autônomo de investigação. É só na virada do novo século [XX], com a importação de conceitos originários da nosologia kraepeliniana, que a pedo-psiquiatria vai poder dispor de noções com um valor heurístico seguro, no plano da investigação clínica (p. 134).

Segundo Castel (1978),

A primeira psiquiatria não enfrentou o problema da infância a não ser a partir de Esquirol, e por um rodeio – o atraso do desenvolvimento (a idiotia) – e não a partir da loucura. Dentre as numerosas razões teóricas e práticas para isto existe a seguinte: o controle da criança não coloca questões jurídicas agudas pelo fato dela já estar sob tutela (familiar) ao passo que o louco é como uma criança, porém ele ainda não encontrou seu tutor legal. Que será o médico (p. 29).

Foucault mostra a importância intrínseca e extrínseca do objeto da pedopsiquiatria, e como a questão da infância sempre foi objeto privilegiado da medicina mental. Chegou mesmo a ser fundante de uma psiquiatria moderna, no sentido de que, é a partir da infância, que se constrói todo o aparato médico-jurídico de constituição da anormalidade e da defesa da sociedade (2001, 2006). Em suas palavras, “a infância foi o princípio da generalização da psiquiatria; a infância foi, na psiquiatria como em outros domínios, a armadilha de pegar adultos” (Foucault, 2001:386-7)

Diferentes perspectivas reivindicam diversas “origens” à psiquiatria infantil como um campo autônomo. Referem-se ora a Itard (1801), o primeiro a supostamente publicar estudos clínicos na infância a partir do caso paradigmático de Victor, o menino selvagem de Aveyron; ora a Binet (1904), pioneiro no campo da psicometria; ora a Heuyer (1914), que fundou a cadeira de neuropsiquiatria, na França; ora a Kanner (1935), que criou a expressão autismo infantil (Benoit, Klein, 2000).

Bercherie (1983) divide a psiquiatria da infância em três momentos principais, a saber: o primeiro período, identificado por ele como “O retardamento, único transtorno mental infantil”, corresponde aos três primeiros quartos do século XIX, período dos primeiros alienistas franceses (Pinel e seu famoso “Tratado...” e depois, Esquirol e Itard) e outros que os sucederam, fossem eles os educadores de idiotas (como Séguin) e alienistas, como Itard, Georget e Voisin, até aproximadamente 1875.

O segundo momento, denominado “A loucura (do adulto) na criança”, é mais forte entre 1880 e primeiro terço do século XX, aproximadamente na década de 1930, tendo como representantes alienistas como Delasiauve, Bourneville e o surgimento de uma psicologia científica, tendo como representantes Binet e Simon, alienistas como Falret e seu aluno Morel, chegando até Bleuler.

O terceiro período: “Nascimento de uma clínica pedo-psiquiátrica”, surgiu aproximadamente a partir dos anos 1930, tendo como alguns de seus representantes o psiquiatra

Kanner e psicanalistas que desenvolveram um trabalho voltado para crianças, como Dolto e Winnicott.

Mas não se pode desconsiderar também que, a partir da década de 1980, instaurou-se uma nova fase da psiquiatria da infância, fortemente marcada pela medicina baseada em evidências, pelas neurociências e pela neuropsiquiatria.

a) O alienismo e o idiotismo

A posição de Philippe Pinel (1745-1826) quanto às crianças se expressa sobretudo através da noção de *idiotismo*, noção que ainda que prevalente durante todo o alienismo, passou por algumas transformações nosográficas a partir de seus sucessores. O idiotismo não era uma condição exclusiva da infância; mas a alienação mental era, na infância, marcada predominantemente pelo idiotismo. O idiota era uma espécie de alienado mental, muito embora tivesse estatuto de exceção. A loucura propriamente dita era uma condição que surgia, salvo exceções, a partir da vida adulta. Isso porque ela seria causada por razões de ordem moral, que naquele contexto eram consideradas a partir de fatos significativos que só poderiam ocorrer posteriormente, pelo desvio das paixões – como excesso de trabalho, decepções amorosas, fortes impressões etc. Do mesmo modo que o indivíduo tornava-se alienado, poderia reverter sua condição, fosse através de uma cura espontânea, fosse através do famigerado tratamento moral. Já o idiotismo seria uma condição inata, ou originada muito precocemente na infância, anterior a qualquer acontecimento marcante em sua vida. Idiotismo¹⁷⁹ era um conceito genérico, caracterizado como a

(...) abolição mais ou menos absoluta seja das funções do entendimento, seja das afeições do coração. Ele pode ter causas variadas, tais como o abuso de prazeres enervantes, o uso de bebidas narcóticas, os golpes violentos recebidos na cabeça, um terror vivo ou um desgosto profundo e concentrado, estudos forçados e dirigidos sem princípios, tumores no interior do crânio, um ou vários ataques de apoplexia, e o abuso excessivo de sangrias no tratamento de outras espécies de mania. A maior parte dos idiotas não fala ou limita-se a resmungar alguns sons desarticulados; sua figura é inanimada, seus sentidos embrutecidos, seus movimentos automáticos; um estado habitual de estupor e uma

¹⁷⁹ Pinel divide o idiotismo em quatro tipos. Do ponto de vista da sua origem, o idiotismo poderia ser *acidental ou originário*, de caráter contingencial, ou inato; em relação à sua apresentação, pode ser *completo ou incompleto*, caracterizando gradações diferentes. Ele pode ainda acontecer *isoladamente* ou em *combinação com as outras formas de alienação*, já que haveria transformações na sua apresentação ao longo da vida (Pinel, 1801).

espécie de inércia invencível formam seu caráter (Pinel, 1801:166, tradução livre).

Pinel teve dois alunos que, muito inspirados no tratamento moral por ele sistematizado, empregaram esforços para trazer inovações em suas lições. Foram eles Esquirol e Itard. Étienne Esquirol (1772-1840) afirmava que “a infância está ao abrigo da loucura”, completando em seguida: “a menos que de nascença a criança guarde qualquer vício de conformação, ou que as convulsões a levem à imbecilidade ou à idiotia” (Esquirol, 1938:29-30, trad. livre). O que fez Ernani Lopes, cerca de 100 anos depois, afirmar: “na exceção aberta pelo grande alienista, não era pouco o que se podia conter” (Lopes, 1929: 442).

Esquirol cunhou o termo *idiotismo*, considerando que Pinel teria “confundido a *idiotia* propriamente dita (*demência inata*) com formas diversas de alienação e sobretudo com a *demência adquirida*” (p.VII), distinção esta que influenciou uma grande geração de autores que se ocuparam da idiotia (Bourneville, 1891).

No mesmo ano em que o *Traité médico-philosophique* de Pinel foi publicado pela primeira vez, em 1880, chegou a Paris o menino apelidado Victor, conhecido também como o Selvagem de Aveyron¹⁸⁰, sob os cuidados de Itard, em uma instituição de surdos-mudos. Diferente de seu mestre, Jean Marc Gaspard Itard (1774-1838) empregou todo seu esforço para lograr a cura do menino, durante 4 anos, com a colaboração de uma governante, Mme Guérin. O tratamento tinha como objetivo estabelecer uma comunicação com o menino, usando técnicas semelhantes às empregadas em relação aos surdos-mudos, através de exercícios regulares (Itard, 1801).

A descrição de Itard em relação ao menino é caricatural: sujo e repugnante, engatinha ou caminha se balançando, permanece nos cantos das paredes, realiza masturbações intermináveis, evita qualquer contato, e, por outro lado, parece muito inteligente – daí a noção recorrente que Itard antecipou em quase 150 anos dos esforços de tratamento daquilo que Kanner veio a classificar como autismo (Postel, Quetel, 2012).

Itard parecia ir na contra-mão do posicionamento inespecífico e pessimista de Pinel. É comum que se relate uma suposta oposição entre eles – o segundo, maduro, mestre, apostava

¹⁸⁰ O menino havia sido encontrado por dois lenhadores, na floresta na região da cidade de Aveyron, abandonado e em condições lamentáveis. Foi cuidado por alguns meses, de onde se tira que houve alguns avanços, como o controle esfinteriano e alimentar-se sozinho, mas muito resistente ao contato com os demais.

no transtorno inato do menino, que teria sido abandonado justamente por suas características¹⁸¹; o segundo, jovem, aluno do primeiro, entendia que ele teria se tornado daquele jeito por haver sido abandonado. Mas o tratamento empregado por Itard não é nada além do tratamento médico-filosófico pineliano, embebido na filosofia sensualista, pois investia, sobretudo, no despertar dos sentidos do menino. História esta retratada no filme *O Garoto Selvagem* (1970), dirigido e protagonizado por Truffaut.

b) O início de uma nosologia da psiquiatria da infância

O período compreendido entre o final do século XIX e começo do século XX foi muito fértil em termos de produção epistemológica no campo da psiquiatria, não só de adultos como também no que diz respeito à infância. Uma profusão de conceitos e teorias marcaram o esforço nosográfico mas sobretudo nosológico da patologia mental na infância, período em que se começou a desenvolver um campo mais autônomo da patologia mental infantil, agora já não somente atrelado às concepções de anormais e de idiotia e idiotismo, de caráter inato, que configuraram os períodos anteriores. Algumas diferentes correntes médico-psicológicas foram muito significativas no período. Entre elas, a constituição de uma psicologia científica, sendo a psicomетria instrumento primordial; a nosologia kraepeliniana, que contribuiu para o esforço de identificar as etiologias dos transtornos mentais, inclusive entre crianças; o surgimento dos movimentos da higiene mental, embasados na degenerescência moreliana, o que ganhou no Brasil o ideal da produção de uma civilização a se construir; e o estabelecimento do campo psicanalítico, que permitiu o estabelecimento de uma série de afirmações sobre a infância, sobre a formação inicial dos problemas psíquicos a se estabelecerem na vida adulta e na pesquisa biográfica como forma mesmo de tratamento.

A noção de *demência precoce*, cunhada por Kraepelin, inspirou toda uma série de produções na psiquiatria, no início do século XX, que passaram a se dedicar especificamente à problemática da infância:

¹⁸¹ Na segunda edição de seu Tratado, Pinel abordou brevemente o caso do Victor, mostrando as dificuldades em distinguir, fosse na demência ou no idiotismo, o “exercício de um julgamento fraco” dos efeitos da imitação, de modo semelhante aos surdos e mudos (Pinel, 1809). Em uma sociedade de especialistas, teria dito tratar-se de um caso de “idiotismo incurável”. Tanto seus sentidos, como sua inteligência e sua sensibilidade, estariam obnubilados, sendo pouco passível de instrução e sociabilidade (Bourneville, 1894; Bousquet, 1894).

Em diferentes edições do Tratado de Psiquiatria (1890-1907) Kraepelin reagrupa uma classe de pacientes atingidos no início de suas vidas pela alienação, e cujos traços clínicos salientes emergem em torno da bizarrice, ambivalência, impenetrabilidade e autismo, evoluindo inelutavelmente para um estado de embotamento. À aparição juvenil dos primeiros sinais desta demência, ele chama *demência precoce*” (Postel, Quetel, 2012, trad. livre).

Decorrente da influência kraepeliniana, por exemplo, surge a noção de *demência precocíssima*, forjada por Sante de Sanctis (1909, 1925), diagnóstico diferencial em relação àqueles de idiotismo e imbecilidade, pois são preservadas, nestas crianças, a memória, a capacidade de percepção, rompendo portanto com a noção do comprometimento global do desenvolvimento (Postel, Quetel, 2012). Sanctis pretende demonstrar que “tanto na infância como na primeira infância existe uma verdadeira enfermidade mental – que não se pode relacionar com uma debilidade mental – que apresenta sintomas altamente voláteis similares aos da demência precoce em adolescentes e adultos” (1909:155). Série de produções que marca, portanto, um campo específico da pedopsiquiatria¹⁸².

c) A “década do cérebro”, a medicina baseada em evidências e o ressurgimento de uma psiquiatria biológica

As últimas décadas foram marcadas pela radicalização da proposta de homogeneização da nosografia em psiquiatria, e pela compreensão biológica da mente humana não apenas a partir da genética, mas sobretudo de base neurológica. Daí a noção de que a década de 1990 tornou-se a “década do cérebro”, cuja concepção neuro-orientada da mente, produzindo inclusive a reorganização de ciências humanas e sociais. Isto se traduz, entre muitos outros fenômenos, na tentativa de reaproximação de práticas e disciplinas historicamente conflitantes, como é o caso da neurologia e da psiquiatria, com a tendência à formação da neuro-psiquiatria; e na difusão de uma perspectiva científica que embasa diferentes práticas e disciplinas, como a educação, os cuidados com o corpo, etc.

¹⁸² Outros relatos do surgimento de psicoses na infância, no período, como Aubry, 1919, com o estudo sobre seu paciente Lucien R.; Voigt e Raecke 1909, Pujol e Terrien, 1914, que descrevem demências precoces aparecidas entre 5 e 10 anos, sem problemas anteriores evidentes, somando à noção de demências precoces, em condições especialmente precoces, àquela introduzida por Kraepelin; Heller, em 1908, faz 6 observações sobre um caso começado no terceiro ano de vida e que se torna rapidamente uma demência profunda, chamada de demência infantil, apresentando maneirismos e estereotípias gestuais e de linguagem (Postel, Quetel, 2012).

Isso se reflete no cuidado com a criança em diferentes níveis: a associação da plasticidade cerebral com a necessidade de estimulação precoce, o que supostamente traria benefícios para a vida adulta; o embasamento científico que tem no conhecimento neuronal o argumento principal na explicação e no tratamento dos comportamentos desviantes. O que, em tese, eximiria o sujeito da culpa – não se trata de sua vontade, mas de condições cerebrais dadas – mas ao mesmo tempo o inclui em outro tipo de culpa – um processo de individualização de problemas que ocorrem em diferentes ambientes sociais – o que se torna muito evidente na escola, por exemplo. Essa individualização de problemas coletivos e educacionais não é recente, e faz parte de um processo disciplinar muito marcante no paradigma psiquiátrico. O que parece ser novo aqui é a necessidade de uma re-especialização de disciplinas como a educação, que assumem o compromisso de maior conhecer o funcionamento cerebral para melhor atuar, preventivamente.

Há neste período a ascensão e o fortalecimento das classificações diagnósticas oficiais, reunidos num esforço de unificação e padronização mundial. Além disso, as referências tornam-se mais pulverizadas, com a produção, por pesquisadores super-especializados, ao redor do mundo. A medicina baseada em evidências colabora para a valorização dos ensaios clínicos e o ressurgimento de uma psiquiatria biológica corrobora as hipóteses etiológicas de caráter neuronal para a explicação do comportamento infantil.

8.2 A alta incidência de transtornos mentais e mudanças nas classificações diagnósticas

A questão relativa à incidência dos transtornos mentais tem sido objeto de discussões acaloradas entre pesquisadores no campo. É importante identificar algumas informações divulgadas sobre as prevalências de transtornos mentais, problematizando-as e indicando alguns limites e consequências destas. As opiniões dos especialistas divergem a respeito da alta incidência de transtornos mentais na infância.

Alguns defendem que, na realidade, tais dados podem ser até mesmo subnotificados (Brauner, Stephens, 2006)¹⁸³; que talvez haja o subdiagnóstico e o subtratamento do de alguns

¹⁸³ Tal pesquisa de revisão estimou, nos Estados Unidos, uma prevalência de transtornos mentais em torno de 9,5% e 14,2% em crianças entre 0 e 5 anos de idade. Sugere que as prevalências podem ser sub-estimadas, devido à

diagnósticos, como o TDAH, no Brasil (Mattos et al, 2012; Rohde, 2013b); que a diferença entre diagnósticos em contextos distintos pode refletir a formação dos psiquiatras do local¹⁸⁴; e até mesmo que diferenças metodológicas podem exprimir resultados variáveis nas taxas de prevalência, como os tipos de entrevista realizados, o número de estágios no desenho da pesquisa, a amostra de informantes, o levantamento dos casos na população em geral ou amostras clínicas, e a definição dos critérios de acordo com diferentes manuais diagnósticos.

Uma revisão sistemática revelou um aumento na prevalência de psicopatologia entre crianças e adolescentes, a partir da década de 90, quando os critérios das classificações de Rutter foram substituídos por aqueles do DSM-III e DSM-III-R (Roberts et al, 1998). Outra revisão sistemática mostrou que as pesquisas de prevalências de TDAH entre crianças e adolescentes variam de acordo com o critério diagnóstico utilizado: as pesquisas baseadas no DSM-III-R ou CID-10 encontraram prevalência menor do que as que utilizaram o DSM-IV (Polanczyk et al 2007). Dentre as diferenças metodológicas identificadas, as pesquisas baseadas nos critérios do DSM-III-R ou CID-10 encontram uma prevalência menor do que aquelas que utilizaram o DSM-IV, uma vez que os critérios deste último são mais inclusivos do que os primeiros. Daí se pode aferir que houve uma tendência no aumento da prevalência estimada de TDAH. Outro estudo mostra que é de 3 a 4 vezes mais provável o estabelecimento do diagnóstico do TDAH quando se usam os critérios do DSM-IV, se comparado com os critérios da CID-10 (Singh, 2008).

Este breve quadro mostra, portanto, a variabilidade dos critérios diagnósticos e, conseqüentemente, como modificações muito sutis nos critérios classificatórios podem interferir de modo significativo nas taxas de diagnósticos da população, e em crianças.

Relatórios sobre a situação da saúde mental no mundo, realizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS) apresentam números que a um só tempo pretendem retratar um determinado panorama como também fazem previsões sobre a situação de saúde no futuro. Segundo a OMS,

calcula-se que, em 1990, as perturbações mentais e comportamentais tenham sido responsáveis por 10% do total de AVAI [anos de vida

resistência da família em buscar tratamento para as crianças, ao estigma da doença e ao treinamento insuficiente de pediatras para identificar e tratar transtornos mentais em crianças.

¹⁸⁴ Por exemplo, a idéia que a maior prevalência de crianças diagnosticadas com transtorno bipolar de humor nos Estados Unidos em relação à Europa refletiria “uma compreensão mais profunda do transtorno entre psiquiatras americanos” (Biederman, in Parens, Johnston, 2010:5). Talvez esta opinião não esteja, contudo, livre de fortes conflitos de interesses. Whitaker mostra como Biederman foi um dos líderes formadores de opinião que mais ajudaram as demandas da indústria farmacêutica nos Estados Unidos (Whitaker, 2010).

ajustados por incapacitação] perdidos, por todas as doenças e lesões. Essa proporção chegou a 12% em 2000. Até 2020, prevê-se um crescimento do peso representado por essas perturbações para 15% (Organização..., 2001:17)¹⁸⁵.

Se esse quadro foi identificado por levantamentos estatísticos, e é uma estimativa mundial, por outro lado ele também influencia estudos que o consideram como um fato, sendo levado em consideração em pesquisas, e consequentes diagnósticos e tratamentos, em todo o mundo. Se ela aponta para uma tendência atual de um fenômeno observado, também serve como a confirmação de um suposto fato constatado, e que funciona, devido ao seu estatuto de verdade científica, como a base de toda uma argumentação favorável a determinados tipos de tratamento, medicamentos, profilaxia, aos modo de se lidar com o risco, etc.

Este é apenas um exemplo de pressupostos que baseiam a construção de diagnósticos e tratamentos, e que, tidos como verdade, são difundidos em larga escala pelos pesquisadores e estudiosos e clínicos que reproduzem sistematicamente os diagnósticos e tratamentos baseados em evidências. Destes estudos se podem extrair determinadas consequências não só na classificação e na compreensão sobre as doenças como também na prática de diversos profissionais de saúde, na demanda da população por certos tipos de tratamento, nas decisões dos planos governamentais e privados de saúde, na indústria farmacêutica, entre outros.

Além disso, nas últimas décadas, houve um aumento significativo no número de diagnósticos psiquiátricos, mentais e comportamentais identificados pelos manuais diagnósticos oficiais. Enquanto o DSM lista apenas transtornos psiquiátricos, a CID o faz com todo tipo de doenças, guardando uma parte específica para transtornos mentais. O número de categorias psiquiátricas encontradas no DSM-I (1952) era de 106, aumentando para 180 em sua segunda versão (DSM-II, em 1968). Com a revisão que resultou no DSM-III, em 1980, houve uma mudança paradigmática importante no manual: se as duas primeiras versões foram fortemente inspiradas por um viés psicanalítico, as produzidas posteriormente passaram a se supor ateóricas, portanto adaptáveis às diversas correntes explicativas da psicopatologia, e deram lugar a uma abordagem sem uma filiação teórica tão clara, ou a uma miscelânea de ideias reunidas sob a rubrica de uma classificação ateórica (Burkle 2009). Na terceira versão, o número de diagnósticos aumentou para 265.

¹⁸⁵ Tentamos entrar em contato com a OMS através de dois e-mails, em 2014, pedindo informações sobre a metodologia de pesquisa que permitiu chegar a esses dados, mas não obtivemos resposta.

Em 1987, chegou a 292 o número de categorias diagnósticas apresentadas pelo DSM-III-R. O DSM-IV, publicado em 1994, apresentou 297 categorias psiquiátricas, sua versão revisada de 2000 (DSM-IV-TR), alcançou a marca de 374 categorias (Burkle, 2009; Laurenti, 1991; Serpa Jr., 2003; Whitaker, 2010). Assim,

desde a virada ocasionada pelo DSM-III e continuada pelos seus sucessores, passou-se a discutir a descrição dos sintomas a cada transtorno. (...) Críticas a respeito da falta de objetividade dos DSM-I e DSM-II ocasionaram a criação do DSM-III. Não seria a mesma busca por uma suposta objetividade que estaria ocasionando um desmembramento e conseqüentemente um aumento excessivo das categorias diagnósticas em cada nova edição do manual? Descrever um sintoma significa abordá-lo de forma objetiva? (Burkle, 2009:52).

Internacionalmente, alguns esforços tem sido feitos no sentido de criar parâmetros diagnósticos e clínicos sensíveis ao desenvolvimento infantil, evitando replicar os critérios usados com adultos. Um exemplo é o Diagnostic Criteria: 0-3, um manual diagnóstico que se contrapõe aos outros sistemas classificatórios, pois pretende respeitar as particularidades do desenvolvimento de crianças entre 0 e 3 anos de idade (Egger, Emde, 2011). Estratégia que procura conferir um caráter mais objetivo, válido e confiável aos diagnósticos para essa faixa etária¹⁸⁶. No Brasil, critérios como CID ou DSM parecem mais preponderantes.

8.3. Diagnósticos, construtos sociais e “jardim das espécies”

O saber psiquiátrico é marcado por uma série de embates, não só oriundos de críticas externas mas também a problemas internos à psiquiatria. A questão da validade e confiabilidade dos diagnósticos, o caráter tão abstrato de seu objeto privilegiado e as tentativas de mensurá-lo objetivamente, a clássica dicotomia entre ciências humanas e exatas, as diferentes correntes ou perspectivas psiquiátricas¹⁸⁷, as divergências em torno do caráter crônico ou agudo das doenças e seus prognósticos, os conflitos entre as diferentes hipóteses etiológicas¹⁸⁸ dos transtornos

¹⁸⁶ Não encontramos bibliografia nacional sobre isso, tema que tampouco aparece para os entrevistados, pois nenhum deles abordou este critério diagnóstico específico.

¹⁸⁷ Seria impróprio tratar a psiquiatria como uma disciplina única, sem variações ou nuances. As diferentes perspectivas são herdeiras de tradições filosóficas variadas, que acompanham os clínicos em ações distintas. De orientações mais descritivas ou psicodinâmicas, categoriais ou dimensionais, psicanalíticas ou comportamentais (Dalgalarondo, 2000), as diferentes psiquiatrias podem dar sustentação muito particulares às ações clínicas.

¹⁸⁸ Há diferentes hipóteses etiológicas acerca do TDAH, por exemplo: a hipótese dopaminérgica, noradrenérgica, genética, desenvolvimental, hereditária e ambiental, assim como algumas de suas limitações teóricas e metodológicas (Gonon et al, 2010; Rohde, Halpern, 2004).

mentais são alguns dos problemas que constituem esse terreno bastante arenoso do saber psiquiátrico.

A questão da validade e da confiabilidade, fundamentais para tornar os diagnósticos psiquiátricos mais objetivos, carrega contradições internas importantes. A validade está relacionada à capacidade de um determinado instrumento, ou diagnóstico, medir aquilo a que se propõe (Menezes, 1998). Na psiquiatria, especificamente, existe um grande problema quanto à validade das nas classificações diagnósticas. No manual de Psiquiatria de Louzã Neto, essa dificuldade é colocada:

Em geral, os diagnósticos com base na etiologia geram melhor validade. Entretanto, a demonstração causal da maioria dos casos psiquiátricos só é possível numa minoria de casos, como os transtornos mentais orgânicos e em algumas reações de adaptação. Em psiquiatria, não há testes laboratoriais para identificar os casos psiquiátricos. Essa característica torna especialmente difícil demonstrar a validade dos diagnósticos psiquiátricos (Louzã Neto, 2007:43).

Já a confiabilidade diz respeito à concordância entre os especialistas. Ou seja, para ser real, um diagnóstico precisa ser verdadeiro (confiável) e consensual (válido), e tal díade parece impossível de se realizar no campo da psiquiatria. As experiências clínicas apontam para particularidades que não podem ser repetidas, e mesmo a opinião dos maiores especialistas pode divergir quanto à caracterização de um grupo de sinais e sintomas como uma doença ou transtorno, assim como sua manifestação em indivíduos e contextos diferentes.

A construção da última versão do DSM reuniu lideranças em suas respectivas áreas de atuação, através de grupos de trabalho constituídos por temas específicos e com a participação de algumas das maiores referências internacionais. Não à toa na página da internet da Associação Americana de Psiquiatria (APA), dedicada ao desenvolvimento do DSM-5, consta em letras garrafais: “Representando 36.000 médicos líderes em saúde mental” (American..., 2014). Representatividade que parece supor que a concordância entre tantos e tão diversos especialistas confere confiabilidade aos diagnósticos¹⁸⁹.

¹⁸⁹ Os sites da APA e da OMS dispõem de artefatos para a discussão sobre a constituição dos manuais diagnósticos, no processo de re-elaboração dos seus manuais diagnósticos, respectivamente o DSM e a CID (World..., 2016). Eles são interativos e estimulam a participação dos médicos em discussões que poderão levar a supostas mudanças diagnósticas. No primeiro discute-se inclusive a crítica proveniente da mídia a respeito do aumento de diagnósticos apresentado na revisão (então em curso) para a elaboração do DSM-5: “artigos têm aparecido na mídia especulando sobre a adição de possíveis novos diagnósticos. A maior parte das especulações tem muito pouca base real. O objetivo do DSM é estabelecer critérios claros para diagnósticos em transtornos mentais, *não criar condições médicas fora da ordem do comportamento humano e emoções*. Qualquer diagnóstico novo ou substancialmente modificado virá apenas após a revisão da literatura científica, e discussão pelos membros do grupo com a entrada

O conceito de transtorno mental é um construto social, no sentido de que são “conceitos abstratos de algo que não é real no sentido físico (...). Construtos são idéias compartilhadas, sustentadas por concordância geral” (Kutchins, Kirk, 1997). E, como tal, está repleto de valores sociais (Wakenfield, 1992). Mas ao mesmo tempo, o método científico que pressupõe a validade dos diagnósticos de transtornos mentais refuta qualquer filiação ideológica, a fim de evitar um caráter tendencioso, dizendo-se “ateórico”.

Seguem dois exemplos de contradições no interior das classificações diagnósticas. O DSM-IV define o transtorno mental, entre outros aspectos, como

um comportamento, síndrome psicológica ou padrão clinicamente significativo que ocorre em um indivíduo e que está associado à angústia atual (um sintoma de sofrimento) ou *incapacidade*. (...) essa síndrome ou padrão *não deve ser meramente uma resposta esperável ou culturalmente sancionada a um evento particular*, por exemplo, a morte de uma pessoa amada (Kutchins, Kirk, 1997:30-31, grifos nossos).

Algumas classificações diagnósticas mostram os problemas decorrentes dessa definição – como é o caso do estress pós-traumático. Segundo a definição de transtorno mental, essa categoria não seria válida, pois é uma resposta esperada a um evento externo, originado em um contexto social. Por outro lado, a cláusula da “incapacidade” é hiper-inclusiva, pois não distingue a incapacidade do transtorno mental da incapacidade decorrente de outras condições – como é o caso do analfabetismo, por exemplo. Ele não é visto como um tipo de transtorno mental, mas pode ser tão ou mais incapacitante do que um (Kutchins, Kirk, 1997).

As entrevistas mostraram que a questão da resposta ou não a um fator não é necessariamente importante para a definição de diagnósticos. Para os depoentes, pareceu pesar mais o grau de sintomas e sofrimentos e da proporção da ação do que propriamente estar ou não relacionado a um possível fator desencadeante.

Enfim, é devido aos problemas de validade dos conceitos de transtorno psiquiátrico que Wakefield defende que *um transtorno é aquilo que os profissionais tratam*. Ou seja, torna-se um transtorno, ou algo passível de interferência médica (e também de outros profissionais da saúde) aqueles fenômenos que passam a fazer parte da semiótica médica, que chamam a atenção dos profissionais, que atribuem a necessidade de dedicar tratamento a ele (Wakefield, 1992:377).

da Força-Tarefa e Assessores” (American..., 2012; trad. livre, grifo nosso). Além disso, outras iniciativas vêm envolvendo os clínicos nesses processos de transformação das classificações diagnósticas (Aboraya, 2010; Cooper, 2003).

Kutchins & Kirk (1997) e Wakenfield (1992) mostram que, no limite, a validade e a confiabilidade das categorias clínicas psiquiátricas são um engodo, uma vez que “medir” ou “identificar” aquilo a que se propõe pressupõe a existência de uma entidade ontológica, o transtorno mental, passível de replicação em diferentes culturas (portanto, indiferente aos contextos sociais); e que é possível chegar-se a um consenso entre especialistas, então supostamente pouco aderentes às suas próprias impressões pessoais, ao contexto no qual se encontram, às particularidades de seus pacientes.

Mas muitas vezes os médicos estão cientes e atentos ao fato de que os manuais diagnósticos podem, em suas diferentes versões, apresentar uma certa elasticidade e com isso incluir mais pessoas possivelmente consideradas doentes. Mas a relação da clínica com estes manuais parece ser menos de uma relação “cega”, indiferente a esses processos sociais, e mais de uma relação de necessidade, como uma tábua de salvação. Ou seja, nos casos limítrofes e de difícil solução, cabe mais usar tais manuais do que usar critérios meramente subjetivos, ainda que alguns problemas possam ser identificados ali. No final das contas, tais manuais acabam exercendo importante papel na delimitação diagnóstica, não tanto pelos médicos assumirem este modelo sem problemas e sem críticas, mas mais pelo fato de que auxiliam de forma pragmática nas decisões clínicas cotidianas.

No campo da clínica, justamente por seu caráter exploratório, é impossível o estabelecimento de unanimidades. Existe um aspecto subjetivo, intuitivo, irreplicável em outros contextos, que é muito significativo para as decisões clínicas. Ao mesmo tempo, a necessidade, demanda e exigência de uma prática com base científica, orientada pela medicina baseada em evidências, confere aos consensos organizados por instituições respeitadas (como é o caso da Associação Americana de Psiquiatria) o estabelecimento de critérios, supostamente objetivos, que vão orientar as ações clínicas a nível mundial. Até mesmo esse campo todo construído pela medicina baseada em evidências tem critérios altamente subjetivos, resultando em definições de critérios de especialistas discutidos e negociados. Tais consensos pragmáticos são tomados, na periferia, como avanços alavancados pelo conhecimento científico.

O exemplo do autismo mostra de que maneiras os processos de negociação pública contribuem para a organização de características e sintomas em torno de categorias diagnósticas. Lança luz à participação de grupos sociais interessados que contribuem para o discurso acerca da definição dos diagnósticos e como isso interfere no processo de definição de doença e suas implicações. A transformação do diagnóstico de autismo evidenciado nas últimas versões do DSM mostra essa elasticidade: no DSM-III (1980), (e sua distinção das psicoses

infantis) o autismo é considerado como um transtorno abrangente do desenvolvimento; no DSM-IV (1994), é incluída a síndrome de Asperger; e finalmente a compreensão do autismo como um espectro, no DSM-IV, noção que mostra haver uma gradação de sintomas e procura incluir os casos mais variáveis de autismo em uma única categoria, considerando suas nuances (American..., 1980; 1994).

Como já apontaram Conrad (2007) e Rosemberg (2006), pacientes e o público leigo em geral também ajudam a construir uma rede importante de informações que contribuem para a divulgação e produção de conhecimento sobre condições então consideradas médicas, ou relativas ao cuidado da saúde. A mídia e a internet exercem um importante papel nesse processo, de modo que as pessoas se tornam mais informadas sobre as concepções diagnósticas, e passar a demandar ações específicas.

O conhecimento médico está firmemente calcado, segundo Ginzburg, no paradigma indiciário ou semiótico, herança de uma prática antiquíssima na qual o homem desvenda o mundo por seus indícios, sinais marginalizados, pistas, rastros insuspeitáveis. Não à toa a convergência na virada do século XVIII para XIX, do método morelliano de identificação de pintores, da criação da psicanálise e da literatura sobre Sherlock Homes, todos resultados da imaginação de médicos que se detinham justamente nas idiossincrasias de seus objetos, nos detalhes insuspeitáveis para olhares menos atentos – como as formas dos dedos das mãos para Morelli, os chistes e atos falhos para Freud e os detalhes das orelhas cortadas para Sherlock Homes (Ginzburg, 1990).

Mas o paradigma indiciário da medicina foi parcialmente encoberta pela física galileneana, que persiste enquanto modelo cognoscente. Criou-se uma hierarquia do conhecimento, cujo topo era ocupado pelas generalizações e a base, pelas distinções individualizantes: “Quanto mais os traços individuais eram considerados pertinentes, tanto mais se esvaía a possibilidade de um conhecimento científico rigoroso”¹⁹⁰ (idem:163).

E é justamente nesta ambiguidade que reside a prática médica: ela se torna impossível sem generalizações, mas não pode também se evitar as particularidades do doente. Assim coloca Ginzburg:

¹⁹⁰ É interessante notar o paralelismo com a pirâmide de evidências construída a partir da chamada Medicina Baseada em Evidências: o topo da pirâmide, forma mais “nobre” e que melhor representa as evidências produzidas, são as revisões sistemáticas. E a base da pirâmide, etapa que pode ser menos considerada como evidência, são as informações anteriores e opinião dos especialistas. Esta pirâmide bem sintetiza esta inserção do paradigma galileano, em que o saber médico, científico, deve ser baseado em conhecimentos produzidos de acordo com parâmetros científicos, enquanto o *know-how* do médico é disposto de modo relativamente inferior. (www.embpyramid.org, acesso em 06.05.2014)

Mas pode um paradigma indiciário ser rigoroso? A orientação quantitativa e antiantropocêntrica das ciências da natureza a partir de Galileu colocou as ciências humanas num desagradável dilema: ou assumir um estatuto científico frágil para chegar a resultados relevantes, ou assumir um estatuto científico forte para chegar a resultados de pouca relevância. (...)

Mas vem a dúvida de que *este tipo* de rigor é não só inatingível mas também indesejável para as formas de saber mais ligadas à experiência cotidiana – ou, mais precisamente, a todas as situações em que a unicidade e o caráter insubstituível dos dados são, aos olhos das pessoas envolvidas, decisivos. (...) Ninguém aprende o ofício de conhecedor ou de diagnosticador limitando-se a pôr em prática regras preexistentes. Nesse tipo de conhecimento entram em jogo (diz-se normalmente) elementos imponderáveis: faro, golpe de vista, intuição (idem:178-9).

O médico se situa, portanto, num campo híbrido, caracterizado a um só tempo como ciência¹⁹¹ e arte, provocando uma situação de permanente tensão entre a necessidade de objetividade e cientificidade por um lado, e experiência e sensibilidade por outro. Esta tensão se apresenta, por exemplo, quando os sintomas do doente não podem se adequar aos modelos da grade nosológica, fugindo portanto ao conhecimento científico previamente adquirido.

Voltando à questão do debate acerca da validade e confiabilidade de diagnósticos na infância, vale mencionar o caso paradigmático na primeira infância: o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade.

Por um lado, supõe-se ser o TDAH “um transtorno extremamente bem pesquisado e com validade superior a da maioria dos transtornos mentais e superior inclusive a de muitas condições médicas” (Dias, Barbirato, 2012). No entanto, este processo de validação do TDAH, sobretudo na primeira infância, não se dá de forma tão direta nem ocorre sem problemas.

Uma das formas de se obter a validade de um determinado diagnóstico é através de estudos de coorte, que acompanham o desenvolvimento dos sintomas ao longo do tempo; e a sua reincidência, ou continuidade, assegura a persistência do transtorno (o que não pode ocorrer sem o cegamento do pesquisador. Em outras palavras: tanto mais válido é o transtorno de TDAH em crianças pequenas quanto maior for a continuidade da apresentação dos sintomas após alguns anos. A chance de tal transtorno ser considerado válido diminui na medida em que houver comprometimentos metodológicos que interfiram na sua identificação: por exemplo, problemas nas amostras; o tipo de informante; o tempo de apresentação de sintomas; o intervalo entre as avaliações, entre outros.

¹⁹¹ Muito embora para Maciel a medicina não se define exatamente como uma ciência, sendo mais um domínio da cientificidade: “Talvez a medicina não se defina como uma ciência, uma vez que é, fundamentalmente, uma técnica de restauração da saúde, mas é um domínio de cientificidade, um campo de aplicação de diversas ciências que lhe conferem legitimidade” (Maciel, 2006:69)

Até o presente momento, parece haver pouquíssimos estudos que tenham verificado a estabilidade de transtornos psiquiátricos com início na primeira infância e sua apresentação após alguns anos, com base numa amostra populacional de larga escala (Bufferd et al, 2012)¹⁹², o que torna impossível uma generalização desta ordem.

Mas para além da questão dos diagnósticos, outros processos estão envolvidos nas direções clínicas e que envolvem a decisão sobre a medicação. A psiquiatria particularmente não é um ramo da medicina que necessariamente medica a partir de um diagnóstico – apesar de todas as tentativas de “sistematizar” e tornar o conhecimento médico uma prática “objetiva”, numa relação direta, causal, entre diagnóstico e tratamento. Se é comum no campo da psiquiatria em geral, se torna terreno ainda mais nebuloso/arenoso a especificidade da psiquiatria infantil, em que muitas vezes os sintomas-alvos¹⁹³ guiam as decisões clínicas, independentemente do estabelecimento de um diagnóstico.

Herszenhorn mostra como se coloca a necessidade de interferir no sintoma-alvo, e quando há a necessidade da determinação de um diagnóstico subjacente a ele:

Inicialmente, deve-se objetivar o sintoma-alvo a ser tratado. Em crianças torna-se menos importante o diagnóstico em si, mas é priorizado o impacto de determinado sintoma, que deve ter severidade suficiente e interferir de forma significativa no desempenho atual, no amadurecimento e desenvolvimento da criança, sendo que os benefícios potenciais da droga devem justificar os riscos de sua administração [Green,1997]. Por exemplo, hiperatividade pode ser sintoma de outras patologias além do TDAH, daí a necessidade de uso criterioso de estimulantes e da certeza diagnóstica uma vez que esta medicação poderia piorar o sintoma em outras doenças, como quadros psicóticos (Herszenhorn, 2003:138)

É o caso do tratamento medicamentoso usualmente oferecido aos autistas. Como não há um tratamento específico para o diagnóstico, em seus sintomas nucleares (como o isolamento social e as estereotipias, por exemplo), é comum que alguns casos, por exemplo, de paroxismos de agressividade, recebam tratamento por essa característica, ou seja, por seus sintomas-alvo.

¹⁸³ Este estudo especificamente dá “suporte à validade dos diagnósticos em pré-escolares (...) e indicam que para muitas dessas crianças esses não são problemas transitórios rapidamente superados” (Bufferd et al, 2012:1161). Mas este mesmo artigo refere-se a um certo “ceticismo” quanto à validade de transtornos psiquiátricos entre pré-escolares, decorrentes da dificuldade de distinguir-se comportamentos normativos e psicopatológicos nessa faixa etária; da velocidade de mudanças (de linguagem, cognição emoção e comportamento social); e uma crença que as crianças pequenas “superam” seus problemas e que os diagnósticos podem estigmatizá-las.

²² O conceito de sintoma-alvo conta com diferentes concepções, mas uma das mais habituais é a dos problemas ou principais queixas apresentadas pelos pacientes, que devem ser definidos anteriormente ao tratamento e acompanhados ao longo de todo o tratamento (Hesbacher et al, 1968).

Além disso, Foucault nos mostra que, desde o estabelecimento do alienismo, havia uma desconexão entre o tratamento dispensado e os diagnósticos, marca que, de certa forma, se mantém até hoje. Havia um esforço classificatório como num “jardim de espécies” dividindo em categorias e sub-categorias. Ao mesmo tempo, o tratamento era indiferente a essa classificação e seguia critérios independentes de sua possível causa e adaptação, usando como guia sempre o princípio do tratamento moral, pela força da presença do diretor médico, da organização física e da rotina e usando-se da força física, quando necessário¹⁹⁴.

Essa contradição não foi totalmente superada até hoje. Por mais que as classificações diagnósticas tenham atravessado um processo de maior detalhamento e especificação, isto não traz consequências diretas para a forma de medicar. Independente do diagnóstico, os sintomas (que podem fazer parte de um conjunto muito diverso de transtornos) é que definem o tipo de tratamento farmacológico, mostrando um importante paradoxo do tratamento médico-psicológico utilizado, e em particular, na infância: apesar dos esforços significativos de detalhar uma nosografia com base no estabelecimento de uma nosologia, o tratamento continua sendo incoerente com sua causa e diagnóstico.

8.4 Obrigatoriedade de escolha de um diagnóstico para qualquer encaminhamento, prescrição etc.

No Brasil, uma série de procedimentos realizados nos serviços de saúde demanda a utilização de diagnósticos formais, sejam eles baseados na CID ou no DSM. É o caso do preenchimento de prontuários, a prescrição de psicotrópicos controlados e determinados procedimentos para reembolso dos serviços de saúde, como é o caso da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) (Veras, Martins, 1994) e uma diversidade de ações, como já vimos.

¹⁹⁴ Durante o alienismo, a questão do sofrimento mental não parecia ser, nem de longe, um princípio fundamental que guiava a clínica. Para Pinel, os fundamentos do tratamento se estabeleciam sobretudo sobre a vigilância e sobre a obediência, sob as quais era possível a convalescência. Muito embora seja hoje muito difícil distinguir noções como *melancolia profunda* de qualquer impacto psíquico que envolva o sofrimento, por exemplo, naquele momento o tratamento contava com outros objetivos: “submetê-los a uma ordem constante e invariável, [exercendo] sobre eles uma ascendência natural pelas qualidades físicas e morais mais raras” (Pinel, 1809:255). É poder, enfim, “ganhar a confiança dos doentes, exercer sobre eles o sentimento de respeito e obediência, que não pode ser senão fruto da superioridade do dissenhamento, de uma educação distinta e da dignidade no tom e nas maneiras” (Haslam, in Pinel:1809:255-6).

As exigências de sistematização de classificações, a partir de diagnósticos específicos (como o DSM e a CID) são um convite à homogeneização das compreensões sobre o comportamento humano, ainda que se supunham ser as classificações “ateóricas”, desprovidas de qualquer teoria subjacente e feitas com base nos fenômenos observáveis.

Existe o forte argumento que a classificação diagnóstica é fundamental neste campo, pois serve de guia para a compreensão clínica e auxilia psiquiatras e demais profissionais a buscar a forma mais adequada de tratar, além de servir de comunicação entre os profissionais e de padronização dos diagnósticos.

Isto carrega implicações importantes para a prática de atendimento à população que utiliza os serviços de saúde mental, inclusive crianças. A obrigatoriedade de se registrar possíveis diagnósticos – nem que seja com base em hipóteses – colabora para a construção de um saber e de uma prática voltada à doença, mais do que à saúde, o que se torna especialmente problemático no contexto da saúde mental e em relação a serviços que se pretendem substitutivos. A exigência da definição diagnóstica em diversos procedimentos burocráticos não tem consequências meramente retóricas, mas dizem respeito a consequências importantes na concepção dos serviços e na forma de se lidar com as crianças envolvidas.

Serviços como os CAPSi se situam no contexto de políticas públicas alinhadas com os princípios da reforma psiquiátrica, que em seu aspecto teórico-conceitual pretendem se desfazer das noções de doença deixando prevalecer o do sujeito que experimenta qualquer tipo de sofrimento. Isso significa acolher, sem qualquer exigência diagnóstica anterior, pessoas que buscam diferentes tipos de orientações e tratamentos sem que precisem ser enquadradas em algum diagnóstico.

Ainda que possa haver exigências epidemiológicas (de verificação da prevalência de determinados diagnósticos em um serviço, por exemplo) a identificação de hipóteses diagnósticas em um serviço implica dizer, de maneira mais amplas, que apenas pessoas portadoras de algum tipo de transtorno poderão ser acolhidas, recebidas e tratadas ali, ajudando a construir uma dimensão patológica em torno delas.

De que maneira este esforço classificatório se apresenta nos hábitos e dilemas daqueles que, por sua função, são regularmente convidados a diagnosticar?

8.5 Quando ou por que se diagnostica?

Muitos entrevistados referem-se aos diagnósticos como diretrizes, que não devem ser considerados literalmente ou de forma absoluta. Mostram os cuidados que se deve ter ao diagnosticar mas também a importância desse parâmetro para não medicar ou tratar excessivamente. Mais uma vez, o critério do “sofrimento” aparece como uma referência fundamental no que diz respeito à necessidade de diagnosticar, não somente de tratar, como já vimos, no item 5.6.

Os critérios das classificações são bons. Aquilo está perturbando a vida da pessoa? Está causando problema nas interações sociais, com a família, fazendo a pessoa ser infeliz, sofrer? Na criança e adolescente, está interferindo no desenvolvimento? Sobre o autismo: algum grau disso, ter um hiper-foco, interesses muito determinados, seguir uma rotina, pode ser bom em algumas áreas. Mas quando é excessivo e a criança fica no canto se balançando o dia inteiro, não desenvolve fala, isso é um problema sério, porque ela não vai desenvolver o seu potencial, é preciso ajudar a criança a se voltar um pouco mais pro mundo externo. Esse é um bom critério: está causando sofrimento para a pessoa ou para as pessoas que estão no entorno? (Pablo, PQ).

O fundamental não é o diagnóstico, é você atender, e dar conta do sofrimento da família, da criança, deixa o diagnóstico mais pra frente (César, PQ)¹⁹⁵.

Apareceu também com certa frequência a relação entre a necessidade de diagnosticar e necessidade de tratar a partir de uma inversão com a lógica tradicional médica ou relação entre sintoma, diagnóstico e tratamento. Levantou-se a ideia de que na psiquiatria, e sobretudo nos casos da infância, é necessário até mesmo tratar para que se possa firmar um diagnóstico, de modo que este aparece como consequência de um tratamento. Pode-se até mesmo medicar e, após o estabelecimento do diagnóstico, fazer a retirada da medicação. Além disso, o processo de atender a criança e nomear o seu problema, acabaria provocando efeitos positivos, eliminando a necessidade, muitas vezes inicial, de medicação.

De modo geral, isso aparece de uma forma dinâmica, embora paradoxal, de que o tratamento multiprofissional leva a um diagnóstico, e neste processo a necessidade de tratar medicamentosamente perde a sua força. Em algumas falas isso aparece de uma maneira

¹⁹⁵ Para mais falas, ver 9.4, no quadro ao final do capítulo.

incisiva, e que se revela outro aspecto desta visão: a de que o sintoma *atrapalha* o tratamento. Então, para que possa se tratar (do ponto de vista multiprofissional) é preciso a diminuição dos sintomas, através da medicação.

Não vejo diferença um diagnóstico para fazer um tratamento multidisciplinar. Não é porque você tem que classificá-lo com uma doença que você faz um tratamento diferente. Se tem uma queixa de desatenção, você vai tratar ele diferente só porque você tem um diagnóstico de TDA. Se a criança tem dislexia ou só uma dificuldade, um transtorno de aprendizagem, o tratamento é mais ou menos parecido. Não tem diferença. Pra [família] não, eles querem um diagnóstico (Flávio, NP).

Uma das referências regulares dos psiquiatras em relação aos neuropediatras é a pressa com a qual fazem um diagnóstico. Assim como a problemática da medicação, esta visão é relativizada ao conhecermos a abordagem de ambos os especialistas. Prevalece a ideia, tanto entre uns quanto entre outros, que é preciso tempo para se diagnosticar, que é necessário esperar para chegar a quaisquer diagnósticos. Algumas vezes os entrevistados dizem que demoram bastante para diagnosticar; e que é preciso tempo para conhecer a família, deixa-la à vontade, sobre a necessidade de observar cautelosamente os sintomas e características das crianças, o que requer tempo e paciência. Outras vezes, que dificilmente diagnosticam na primeira vez. Apareceu também a ideia de que é preciso tempo no decorrer de cada consulta, que não deve ser apressada, noção que aparece também entre os entrevistados de todas as especialidades.

Tempo (...) é o principal. Se eu não tiver tempo pra conversar com a família e observar a criança no consultório, não chego a diagnóstico nenhum. O tempo da consulta mesmo. Observar a relação com a mãe, como a criança se comporta, brincar com ela, como ela desenha, como ela mexe nas coisas (Gina, NP).

É comum a visão de que a demanda de diagnóstico, oriunda dos pais, pode ser de muitas maneiras “diluída” através da ação do próprio médico ou da equipe que acolhe a criança e a família. No CAPSi, é feita referência à ação coletiva da equipe (através das permanências, coletivos clínicos etc.) através dos quais a demanda por um diagnóstico e até por uma intervenção médica mais específica diminui de acordo com o andamento do trabalho e com as respostas que a família vê nesse trabalho coletivo e multidisciplinar. Para os neuropediatras, a latência para uma resposta, assim como a investigação cuidadosa, as respostas do trabalho, e sobretudo a intervenção mais voltada à família, é comum que as queixas comportamentais diminuam.

Às vezes na construção da hipótese diagnóstica eu promovo algumas intervenções. Aquilo que era terrível no início da abordagem já minimizou de intensidade, a gente já nem precisa mais medicar essa criança (Fúlvia, NP).

[As mães] não voltam com essas queixas, não falam mais no assunto. É às vezes um momento que a mãe não tolerou a reação da criança, essa agitação. (...) É comum em algum momento da vida as mães reclamarem que as crianças são mais agitadas, eu acho isso normal, não acho um problema. Eu não acho que precisa ser encaminhado a psicólogo. A gente pode orientar a mãe para melhorar um pouquinho a relação com a família (Elisa, PE).

8.6 Como se diagnostica?

Com exceção de algumas expressões oriundas da tradição classificatória da psicanálise, as referências aos diagnósticos usados pelas diferentes especialidades indicam uma confluência em torno das classificações oficiais, e mais especialmente do DSM. As práticas, muito embora se definam por um prisma mais psicodinâmico ou mais organicista, assemelham-se significativamente, com base nos critérios do DSM, o que mostra uma aparente tendência de homogeneização diagnóstica. Para além de uma questão paradigmática, existe uma organização do sistema de saúde que se expressa, por exemplo, pelas fichas de anamnese, pelos receituários e pelos pedidos no processo de demandas judiciais, em que há a demanda para que se adote alguma modalidade diagnóstica. Pretendemos ter mostrado isso no ponto 8.1.

Há certos *conflitos e diferenças de concepção em relação às formas de se diagnosticar*. Alguns entrevistados revelam suas escolhas classificatórias e alguns refletem sobre as mudanças nos critérios, nas classificações e em suas implicações.

Autismo ou psicose infantil são dois diagnósticos próximos, mas são diferentes. Na classificação psiquiátrica, psicose infantil pode ser entendida como dentro do espectro autista, menos grave. Mas psicanaliticamente eles são diferentes (Lucas, PQ).

A psiquiatria norte-americana, classificatória, é medicalizante no sentido de dar um diagnóstico, usar preferencialmente recursos de medicação. Há uma tendência de desacreditar psicoterapias que valorizam a subjetividade, psicanálise, e hipervalorizar psicoterapias que têm uma base mais objetiva, como a cognitivo-comportamental,

[que] é fácil operacionalizar de uma maneira quantitativa. Eles dizem que só funcionam para alguns transtornos as psicoterapias comportamentais. A Inglaterra tem uma forte tradição epidemiológica, um dos principais epidemiologistas psiquiátricos, o Michael Rutter, fez uma pesquisa extensa sobre epidemiologia de transtornos mentais em infância e adolescência. A influência dele fez com que a psiquiatria inglesa seja mais voltada para a questão epidemiológica (Pablo, PQ).

Eu me baseei no CID, as avaliações do diagnóstico, dos códigos, da literatura de psiquiatria, dos livros-textos. O Hales, que é um tratado da psiquiatria, o Kaplan, alguns tratados da psiquiatria infantil como o Assunção (Pedro, RPQ).

O uso de exames é matéria de disputa entre especialidades, que acusam-se mutuamente de utilizá-los desnecessariamente, muito embora todos os entrevistados tenham sido insicivos quanto ao fato de que exames são complementares, no sentido de que não substituem a clínica; e que, no caso de problemas e transtornos mentais e comportamentais, são excludentes, servindo apenas para refutar algumas hipóteses e não estabelecer quaisquer diagnósticos.

Se vê muito as mães pedindo para fazer um eletroencefalograma. Não tem a ver com uma percepção nova do autismo ou de TDAH, mas com uma ideia antiga que você conseguiria diagnosticar a partir de eletroencefalograma e *elas usam isso para justificar a prescrição*. (...) É um uso arcaico leviano para justificar a prescrição (Lucas, PQ).

Pode até [pedir] a tomografia. Mas não é rotina, é a exceção da exceção (César, PQ).

A saúde mental não tem um diagnóstico para comprovar, só exames diagnósticos para excluir, tudo fica muito subjetivo (...). *A nossa prática de exame é excludente*, a gente precisa ver se ela tem epilepsia ou uma síndrome genética, *é pra excluir hipóteses e não confirmar* (Paula, PQ).

O transtorno invasivo (...) às vezes tem uma causa específica, então você procura fazer um diagnóstico etiológico de alguma lesão cerebral que justifique aquilo. Mas não é necessariamente pedido (Ugo, NP).

Se for crise, um eletroencefalograma vai ajudar. Um atraso de desenvolvimento a gente vai pedir uma ressonância pra ver se tem alguma alteração estrutural associada. Depende muito da queixa inicial do paciente (Brenda, RNP).

O que a gente usa são escalas traduzidas, não são muito direcionadas para o nosso cotidiano. Avaliação com fono, psicopedagoga, terapeuta ocupacional, esses são os nossos métodos de diagnóstico. É claro que

tem crianças que podem sugerir outras doenças, *a gente faz avaliação com exame de imagem também. Muitas vezes porque são diagnósticos de exclusão* (Lúcia, RNP)¹⁹⁶.

Várias são as etapas e diferentes escolhas de observação e critérios para construir a compreensão sobre a criança e possivelmente identificar diagnósticos. Fala-se muito da importância do relato dos pais e de outras pessoas e instituições envolvidas com elas, sobretudo a escola; fala-se também da importância do olhar da equipe multiprofissional sobre a criança.

Em geral, se dá bastante ênfase ao exame clínico e à observação no serviço e/ou consultório. Os neurologistas referem-se à história precedente e para as etapas do desenvolvimento, e tanto uns quanto outros referem-se à importância das características clínicas.

O histórico que chega da mãe, movimentos estereotipados, repetitivos, não olhar, não contato com outras crianças, isolamento, são dados categóricos. Quando não tem isso tão claro, o menino olha pra você, não é um isolamento total, mas também não interage, tem mais cautela pra ver o que se trata. Toda a equipe olhando porque ele fica entre muitos, não fica no consultório, fica na permanência. Todo mundo conversa, dentro da brincadeira, do movimento deles e a gente atrás. Escutando, olhando, intervindo, e vendo. Nas reuniões de equipe isso é levado pra supervisão: menino assim, esse quadro, toda a equipe está falando e se não tiver o diagnóstico, se chega (César, PQ).

O diagnóstico de psiquiatria a gente define a partir da clínica, do sintoma, do que os pais trazem, ou responsáveis. Isso nos ajuda a fechar uma diretriz diagnóstica, nessa direção de que não se fecha um diagnóstico na infância. A gente pensa em um projeto terapêutico, que pode ser intensivo ou semi intensivo. Tem o computador, as oficinas terapêuticas, o atendimento individual, o atendimento ao responsável, a gente atende abrigos, o educador. As pessoas na rede da criança são atendidas, o projeto terapêutico monta o atendimento a toda a relação da criança (Olívia, PQ).

Só da criança entrar você percebe ela tem uma boa interação, ela tem que olhar. Ela pode ser tímida mas olha para você. Essa criança olhou pra lá, pra cá, a mãe fala: “Dá um abraço no tio”. Você tenta tocar na criança, ela não gosta de ser tocada, aí você junta os dados e começa achar que ela possa ter um espectro autista. Você pega a história, o que deixou de perguntar antes, quando a criança mamava, se olhava pra mãe ou não. Você junta as peças para chegar a essa conclusão. “Tem algumas características que podem lembrar”, nunca falo que a criança é autista de cara. “A gente vai ter que acompanha pra ver”. Algumas

¹⁹⁶ Para mais falas, ver 8.5.1., no quadro ao final do capítulo.

mães se assustam, outras não. As que se assustam não voltam, vão procurar outro especialista. O pai não aceita esse diagnóstico. (Flávio, NP)¹⁹⁷.

Os entrevistados mostram também como é comum haver mudanças nos diagnósticos em dois sentidos: primeiro, *mudanças nos diagnósticos mais típicos que aparecem como queixas nos serviços*, ou seja, as queixas mais referidas, de importância epidemiológica; mas também *durante o próprio acompanhamento das crianças*, ou seja, a revisão das suspeitas diagnósticas iniciais em cada criança, o que é marcado também pela identificação dos diagnósticos diferenciais.

Pelo diagnóstico diferencial, tem que ter uma noção do que o desenvolvimento pode dar errado, observar a criança, ter uma ideia dos parâmetros. Síndrome genética, diagnósticos específicos com os primeiros sintomas no começo da infância. Quando suspeito de síndrome genética que seja interessante encaminhar para o geneticista, eu acho que seja um quadro mais neurológico. É nesse sentido de diagnóstico diferencial (Pedro, RPQ).

Um menino tem TDAH, mas tem outras coisas. (...) A gente descobriu que ele também tinha transtorno opositor-desafiador, que é um tipo de transtorno de conduta, e dislexia também (Luís, NP).

Um menino que eu acompanho desde pequeno tinha um problema alimentar, um distúrbio de comportamento. Um comportamento muito hiperativo, na época ele tinha 2 ou 3 anos. Ele tinha uma miopia enorme (...) e tinha sofrido uma violência na creche. Ele tinha sido obrigado a comer de colher, não podia ver uma colher que tinha pânico. *Eu acompanhando como uma criança vítima de violência*. Encaminhei pra psicólogo, teve uma boa resposta. A mãe sumiu e voltou anos depois. Agora, com 6, 7 anos, eu já acho que ela tem um transtorno do espectro autista. Houve aquele episódio, mas a reação dela, o desdobramento daquele episódio talvez tenha exacerbado. *No primeiro momento eu fiquei fixada na vitimização da criança. A última consulta, eu comecei a ver que o menino estava dentro do espectro*. Ele tem interesses especiais, sabe tudo sobre estrelas, planetas. Ele tem uma linguagem lacônica. Eu não tinha me dado conta dessas características, porque a família não traz isso (...). A queixa principal é hiperatividade e ataques de impulsividade. *Hiperatividade é um sintoma, não é um diagnóstico de nada*. Até por estar deprimido você pode estar hiperativo! Queixa de hiperatividade é um saco de gatos. Nesse caso eu atribuía a organização reacional a um evento traumático. Com o passar do tempo, eu passei a ver o caso de outra maneira. Agora passei a fazer perguntas mais

¹⁹⁷ Para mais falas, ver 9.5.2, no quadro ao final do capítulo.

específicas dentro daquele questionário e eu tô levando a família a pensar nesse diagnóstico [de autismo] (Gina, NP).

O diagnóstico pode ir modificando com o tempo. Ou ele vai adquirindo patologias psiquiátricas com o tempo (Flávio, NP).

A gente fica em dúvida. Como estão em desenvolvimento, você tem uma ideia inicial de diagnóstico e ao longo do acompanhamento, você muda seu diagnóstico ou a criança muda o perfil. À medida que a criança cresce, pode migrar de gravidade e à medida que recebe intervenções. Eu falo: “Hoje seu filho tem esse diagnóstico, essas características, a gente tem que se basear nos manuais estatísticos porque não tem exames complementares, então ele tem critérios hoje para isso (Fúlvia, NP).

No consultório a gente pega muito criança que não se relaciona, o agitado também. Aquele que não para, que a mãe cisma que ele é hiperativo, às vezes nem é. E está aparecendo muito autismo. Não sei se é a doença do momento, mas a gente tem visto muito autista. Aqui tem alguns, mas muito menos que no consultório particular (Urbana, PE)¹⁹⁸.

O uso de escalas e guidelines foi comentado de forma diferente entre psiquiatras – que fizeram menos referência a esses recursos e neuropediatras e pediatras, que comentaram de forma mais habitual utilizam-se destes recursos, ainda que seja com parcimônia e cuidado.

As classificações diagnósticas guiam o diagnóstico, mas em muitos lugares, nos Estados Unidos, tem entrevista estruturada com escalas e isso não é tão interessante porque algumas coisas você deixa passar, você não vê qual é o real prejuízo, o real sofrimento. É uma fase delicada de usar coisas muito estruturadas. Para localizar um diagnóstico, as classificações são essenciais, mas no dia-a-dia não é só isso que pauta o seguimento para a criança (Zilda, RPQ).

Eu raramente dou diagnóstico por causa de questionário. Nem TDH, não fecho. O questionário ajuda a justificar determinadas coisas junto à família, mas é muito restrito. Os sintomas, se você analisar qualitativamente, podem ter várias origens (Gina, NP).

Exame pra essas coisas não existe. Existe a sua experiência com relação à patologia. O TDAH tem que ter a tríade: hiperatividade, impulsividade e desatenção. Pode ter o predomínio de uma, duas, ou três. Quando tem as três, é muito fácil. Você olha e vê. Tá na cara. Quando tem o predomínio de apenas um dos sintomas, fica mais difícil. Precisa de tempo maior pra chegar a essa conclusão. Quando você usa

¹⁹⁸ Para mais falas, ver 8.5.3, no quadro ao final do capítulo.

esses questionários, isso pode facilitar, porque são mais dados que você tem pra quantificar (Flávio, NP) ¹⁹⁹.

8.7 Onde se diagnostica?

Os entrevistados apresentam algumas características dos serviços onde trabalham, e a relação destes com os diagnósticos. De hospitais de grande porte a CAPSi, de ambulatório pediátrico em hospital a CMS, há *particularidades que interferem na forma de diagnosticar*.

A gente pega casos difíceis, que as pessoas não resolvem lá fora, os diagnósticos não foram feitos, isso é um grande estímulo a estudar, a se informar, a gente tem produção científica aqui. É um serviço pra o manter sempre atualizado, sempre atento. É um aprendizado diário (Luís, NP).

Uma dessas diferenças surge na oposição entre o consultório e o serviço público, apontando particularidades do tipo de demanda e do atendimento feito.

Na maioria das vezes, meu movimento [no consultório] é até os 2 anos. Depois fica espaçada a consulta. No consultório não tanto, mas eu ouço muito falar “meu filho é hiperativo”, mães que comentam, aqui também, [e na vida] pessoal. Muito. Vem o diagnóstico de que a criança é hiperativa (Perla, PE)

A anamnese [em criança pequena] é feita por outro. Pela mãe, pelo pai, dependendo da condição social da criança até pela babá Por incrível que pareça. É meio ilógico, mas é assim que acontece (Flávio, NP).

Aqui a gama de patologias é muito maior, profissionalmente eu me torno melhor naquilo que eu faço trabalhando aqui do que no consultório, que eu vou ouvir sempre a mesma queixa, que não muda muito (Ugo, NP).

Eu tenho consultório só com particular e consultório só com plano de saúde. Até nisso é diferente. O de plano eu não vejo muita diferença daqui. O pessoal tem um nível social e econômico baixo. A dinâmica é mais ou menos parecida. No particular o cara questiona você, ele foi se informar, foi na internet (Flávio, NP).

¹⁹⁹ Para mais falas, ver 8.5.4, no quadro ao final do capítulo.

O uso indiscriminado da Ritalina deu uma maneirada, eu nunca peguei uma criança tomando Ritalina. Isso acontece mais no particular, por uma exigência dos pais. As pessoas são mais informadas, mas também mais exigentes e acham que ajudam dando uma medicação, quando na verdade não estão ajudando nada. A minha impressão não é baseada em fatos. No que eu escuto. De experiência eu tenho zero (Elisa, PE)²⁰⁰.

8.8 Quais são os desafios ou dificuldades de se diagnosticar?

De forma praticamente homogênea entre todos os entrevistados, surgiu a visão de que *o estabelecimento dos diagnósticos é uma prática difícil*, uma tarefa complexa, repleta de sutilezas, de limites, até mesmo nos casos considerados mais claros e “típicos”, caracterizados por uma série de sintomas muito característicos. Além disso, os tais casos típicos parecem surgir em muito menor quantidade do que aqueles considerados limítrofes. Em certa medida, podemos arriscar afirmar que os casos limítrofes são mais usuais do que aqueles bem estabelecidos, o que traz grandes desafios para a clínica.

Não [é fácil diagnosticar], não mesmo, porque tem os casos atípicos. Quando é a coisa clássica do não olhar, da fala, as estereotípias, os movimentos, você vai enquadrando com o diagnóstico, mas às vezes você tem que ficar tempos observando para arriscar o diagnóstico. A gente não tem essa preocupação primeira de fazer um diagnóstico, vem com o tempo. Lógico que você vai afinando (César, PQ).

[Desafios] só todo dia, menos sábado e domingo. Todo dia você tem um diagnóstico que você precisa estudar, que você não consegue fechar de cara. Que a doença tá se comportando de uma maneira que você não esperava. Todo dia acontece uma coisa que você nunca viu. Você vai estudar, começar do zero. Começa pelo livro-texto, vai pro artigo, até chegar na data de 2014. Alguém que vai ter visto alguma coisa parecida (Bento, NP).

Não é fácil [diagnosticar] e isso você ganha com o tempo de trabalho, com a experiência. Tenho 2 anos só de neuropediatria (Lúcia, RNP).

Às vezes você vai preencher as escalas. Com uma avaliação única você não consegue fechar um diagnóstico. Uma pessoa que tem 30 anos de experiência vai passar a visão dele, que já viu 500 casos daquilo. Você lê, mas na hora as situações não são lineares, tem problemas familiares,

²⁰⁰ Para mais falas, ver 8.6, no quadro ao final do capítulo.

problemas psicológicos, o contexto da criança. A experiência de um profissional passa pra outro é muito importante (Lúcia, RNP).

O olhar clínico você aprende a partir da experiência, do atendimento, o convívio com o paciente, da prática. Agora, literatura é fundamental. O paciente não lê livro, você tem que ter uma fundamentação teórica para construir o olhar clínico. A teoria é uma ferramenta de se aproximar do paciente. O paciente é muito mais complexo do que a teoria explica (Olívia, PQ)²⁰¹.

Outro aspecto mais ou menos frequente foi a necessidade de *comunicar os diagnósticos aos pais e os empecilhos decorrentes disso*, como as dificuldades de aceitação e recusa ao diagnóstico. Ao negar e ter preconceito frente a um diagnóstico, relata-se, em alguns momentos, situações de isolamento de crianças com problemas mentais. A família evita expor a si e a criança por haver dificuldades de aceitação social. Como já vimos, existe uma ideia corrente, entre todas as especialidades, que há um preconceito histórico em relação à psiquiatria, de modo que a tendência do pediatra, da família e da escola é, antes de tudo, procurar um neurologista, muito embora essa escolha ocorra também em função da disponibilidade na rede.

Na clientela particular é pro neurologista que as crianças chegam. Dificilmente o pediatra vai mandar pro psiquiatra, ele manda primeiro para o neuropediatra. (...) Primeiro por preconceito da família: o filho encaminhado pro psiquiatra dá uma coisa da doença mental. Neurologista tudo bem (Clara, PE).

Às vezes eu não tenho um nome pra dar. Falo: “Ele não preenche todos os critérios, mas o que é mais importante?”. Pra família é muito importante ter um nome, mas esse nome tem que estar dentro de um contexto. É importante dizer para mãe: “Hoje o seu filho tem um transtorno do espectro do autismo, os critérios pra diagnóstico, e isso prejudica o desenvolvimento, a socialização. A gente precisa fazer uma intervenção e acompanhar pra ver como ele vai ficar. Como vai ser daqui a 1 ano, 3, 5. Ele que vai responder, mas a gente tem obrigação de ajudar. Se eu identifiquei, eu tenho que fazer alguma coisa (Fúlvia, NP)²⁰².

A dificuldade de delimitações entre a saúde e a doença é bastante evidente no campo da saúde mental infantil. As idiosincrasias da expressão da criança, suas fantasias, seus comportamentos, fazem com que as fronteiras entre o normal e o patológico sejam ainda mais dificilmente separadas. As entrevistas apontaram, por exemplo, para a grande dificuldade em

²⁰¹ Para mais falas, ver 8.7, no quadro ao final do capítulo.

²⁰² Para mais falas, ver 8.7.1, no quadro ao final do capítulo.

realizar diagnósticos das crianças pequenas devido ao fato de que não expressam seus sintomas de forma verbal e clara.

8.9 Quem diagnostica?

As entrevistas realizadas entre os três especialistas revelam um *deslocamento do papel do médico como aquele que usualmente define o diagnóstico*. É comum que esta apareça como uma atribuição da equipe de saúde, quando nos CAPSi, e de outros profissionais (que não estejam necessariamente inseridos numa lógica de equipe), também responsáveis por auxiliar o médico nesse processo. As entrevistas mostram que, se a prescrição é uma atribuição exclusivamente médica, o diagnóstico certamente não é. E isso aparece de diversas maneiras: outros profissionais apresentam diagnósticos não-médicos, o que faz compor o conhecimento em relação aos quadros apresentados; a discussão da equipe em torno de um diagnóstico (o que fica especialmente claro quando os CAPSi têm uma forte vertente psicanalítica, e quando as discussões coletivas da equipe determinam conjuntamente os diagnósticos e direções de trabalho). Outro fator também apareceu: outras instituições e pessoas, se não definem propriamente um diagnóstico, apresentam algumas possibilidades para a equipe e para os médicos. Não é raro que os pais das crianças procurem o serviço já apresentando um suposto diagnóstico (seja oriundo de um médico anterior, do conhecimento da mídia, de amigos e vizinhos, ou mesmo da determinação prévia da escola), podendo ser contudo refutado ou aceito pela equipe e pelo médico que recebe as crianças.

[O diagnóstico chegou] do colégio mesmo. Tinha passado por outras psicólogas e veio encaminhado por isso: “É um menino com TDAH, precisa de medicação” (Paula, PQ).

Quando tem uma reunião de equipe com o supervisor é muito legal, porque tem vários olhares, você consegue costurar um diagnóstico, fica mais fácil. Eu digo: “eu acho que essa criança tem esses sintomas, eu encaixaria nisso”, outro diz: “Eu acho por isso”, a gente vai montando um diagnóstico e uma linha terapêutica para trabalhar (Bruna, PQ).

Já atendi, mas nenhuma eu teria identificado como doença, às vezes é uma questão de educação da família, do que se impõe de limite pra criança. E a família traz a queixa passando a bola pro profissional de

saúde resolver o que eles deveriam resolver em casa, impondo limites. Por exemplo, a criança que não sabe ouvir não (Enzo, RPE).

Muitas vezes *quem identifica um problema é a mãe e a família*, que chegam inclusive à consulta com a sugestão de um diagnóstico, e o relato dos pais, mesmo quando não acompanhado de uma sugestão diagnóstica é o element central para a definição de um diagnóstico.

Primeiro vê a queixa principal, o que a mãe está vendo. A mãe fala: “Meu filho está deprimido”. A gente vê o que ela chama de depressão, dependendo do que ouviu na mídia. Se tem uma tristeza profunda, se a criança alterou a alimentação, o sono, choro fácil, a perda de vontade de brincar. Cada transtorno a gente pensa de forma diferente, não tem um padrão pra chegar no diagnóstico, mas o que dá o pontapé inicial é a fala da mãe (Oto, RPQ).

Recebo a criança com a mãe, na outra consulta vem o pai e os pais são brigados e cada um valoriza um aspecto. “Espera aí! Não é a mesma criança”. Às vezes vai a mãe, o pai, a avó. Um fala: “Não conta pro fulano, não”. Eu falei: “Eu quero atender os 3 juntos. (...) cada um está trazendo uma criança diferente, vocês precisam passar por cima das diferenças de vocês” (Fúlvia, NP).

Depende muito dos pais virem com a queixa. Você está 45 minutos com a criança que tem medo de interagir com o médico, chora quando vê o jaleco branco. Depende muito dos pais para fazer esse diagnóstico (Úrsula, RPE)²⁰³.

Muitos mostram *o papel da mídia na difusão de diagnósticos* e na criação de demanda de tratamento, além de fornecer todo tipo de informação sobre diagnósticos e tratamentos.

Quando entra na novela a história do autismo, as pessoas ficam mais atentas e tem aumento de diagnóstico porque viu na televisão. O que pode trazer de ruim seria um superdiagnóstico inadequado. Cabe ao profissional se habilitar, fazer o diagnóstico certo (Fúlvia, NP).

O autismo vem sendo muito difundido na mídia. (...) A gente tem visto nos estudos que existem sinais de alerta na criança muito pequena. (Luís, NP)²⁰⁴.

Os entrevistados mostram também a *importância do papel do generalista e do pediatra na identificação de possíveis transtornos mentais* e no encaminhamento para o especialista.

²⁰³ Para mais falas, ver 8.8.2, no quadro ao final do capítulo.

²⁰⁴ Para mais falas, ver 8.8.3, no quadro ao final do capítulo.

A gente como especialista depende muito do generalista pensar no diagnóstico e encaminhar pra gente. Se o pediatra não pensa nesse diagnóstico, se ele (...) não reconhece um sinal precoce pra encaminhar para um especialista, eu só vou ver essa criança mais tarde quando tiver um diagnóstico pior, com mais sintomas. Se é mais difundida a informação, os congressos, os cursos falam mais sobre os diagnósticos precoces, os sinais de autismo, o pediatra fica mais atento e encaminha para o especialista (Luís, NP).

Pela pediatria geral, a gente faz um diagnóstico presuntivo, identifica o problema, conversa com a família pra saber se eles estão cientes, se estão empenhados em participar, e a gente faz os encaminhamentos. Na consulta a gente tem que conversar sobre muitas coisas. Se é um problema que demanda um tempo maior, a gente encaminha. É um momento de reflexão e de passar a bola para quem vai conduzir isso melhor (Enzo, RPE).

8.10 Quais são as posições frente às classificações diagnósticas?

Muitos entrevistados discutem *modificações nas queixas e diagnósticas* ao longo do tempo, assim como na expansão de casos de determinado diagnóstico. As visões são, via de regra, contraditórias ou ambivalentes. Se por um lado eles parecem concordar com certo aumento de diagnósticos, sem discutir sua natureza, por outro parecem atribuir ao maior reconhecimento social e papel de informação proveniente da mídia²⁰⁵ e dos meios científicos como razão para aumento e valorização de certos diagnósticos. Na contemporaneidade, e sobretudo com o advento da internet, a sociedade, de forma mais ou menos organizada, passou a reivindicar seus direitos sanitários (Rose, Novas, 2005), incluindo certas formas de tratamento – sobretudo farmacológico – solicitando-as aos pediatras, neuropediatras ou psiquiatras infantis.

Alguns desses fazem comentários sobre as *modificações, nos últimos anos, nos manuais diagnósticos, nos critérios e números de categorias*.

Teve uma vantagem, porque o DSM-IV dividia os transtornos invasivos do desenvolvimento, criava muitos subdiagnósticos que se sobrepunham, (...) causava confusão por dividir muito uma coisa. Essa

²⁰⁵ Os próprios pacientes e a população leiga tem adquirido mais informações sobre os problemas de saúde e doença, demandando tratamento clínicos (Conrad, Barker 2010).

é a grande justificativa do DSM-5, que tudo era mais ou menos o mesmo quadro com apresentações variadas. Nenhum paciente é igual ao outro. (...) Entidades com a síndrome de Asperger, existe sociedades da síndrome, caiu por terra no DSM-5, teoricamente não existe mais. Isso é um pouco radical (...). Tem mais uma restrição social e de interesses do que de capacidade comunicativa ou de aprendizado. É um pouco diferente do autismo infantil clássico. Existe uma diferença. Poderia ter sido simplificada essa divisão. Não colocar tudo num pacote só, mas (...) simplificar, dois, três tipos no máximo, onde o Asperger seria um deles. Os pacientes com esse diagnóstico, é difícil dizer ao pai: “Agora não é mais, é outra nomenclatura”. E não vai fazer muita diferença de conduta com aquele paciente (Luís, NP).

O autista é o que mais aparece, mas eu tenho visto os transtornos de ansiedade aumentando e ficando cada mais precoce, como TOC, como fobias (Paula, PQ).

É uma coisa muito polêmica. Da mesma maneira que cresceu o uso da Ritalina, cresceu o diagnóstico, as mães não procuravam tratamento. Era uma criança levada, rebelde, que não aprendia. De repente, começou a ter na mídia situações expondo a doença e as pessoas tomam consciência que a doença existe e vão buscar tratamento. (...) *É uma coisa contraditória: se você joga na mídia para as pessoas conhecerem a doença, vai ter um boom, um crescimento de diagnóstico, crescimento de prescrições* (Bruna, PQ).

Uma parcela da mídia e da internet condena o diagnóstico de TDAH, pessoas que dizem se existe ou não TDAH. Como neurologista e especialista, na minha opinião o TDAH existe e as crianças se beneficiam imensamente do tratamento, não digo medicamentoso. Inclusive adultos. Eu tenho colegas que têm TDAH e se beneficiam muito. *Duvidar da doença é complicado*, condenar o medicamento achando que é uma situação que não existe (Luís, NP)²⁰⁶.

Uma das características que identifica a relação entre a psicanálise e a psiquiatria biológica no interior dos CAPSi se define justamente pelo uso das classificações e termos usados na definição diagnóstica. Há, sobretudo por parte dos psicanalistas, ou daqueles que se identificam com o percurso psicanalítico, uma posição de ambiguidade em relação às classificações diagnósticas oficiais.

Por um lado, opõem-se a elas, uma vez que não se satisfazem com elas e com as explicações etiológicas que fundamentam a dita psiquiatria biológica e a classificação daí advinda. Um exemplo da distinção classificatória é a expressão *psicose infantil*.

²⁰⁶ Para mais falas, ver 8.9.1, no quadro ao final do capítulo.

Por outro lado, é frequente e *predominante o uso das classificações diagnósticas oficiais*, nas quais as expressões psicanalíticas já caíram por terra. Mesmo nos casos em que os clínicos tem uma clara filiação à psicanálise, parece não haver alternativa ou escapatória ao uso destes critérios diagnósticos, que aparecem de forma bastante homogênea e pasteurizada. A necessidade construída de seu uso é tão forte que parece não haver possibilidade de escapar a ele.

Uma das razões para essa ambiguidade tem um caráter mais burocrático. Para o estabelecimento de uma diretriz terapêutica, no interior de serviços como os CAPS e os CAPSi (preenchimento de fichas, prontuários, declarações, encaminhamentos para outros serviços, documentos para prestação de contas das atividades dos serviços²⁰⁷, etc.), há que se justificar o seu uso com base em um critério diagnóstico pré-definido.

Tal termo mostra o caráter psicanalítico das intervenções e análises dos CAPSi e que não aparece nas últimas versões do DSM e CID. Ele mostra a querela classificatória entre a psicanálise, de caráter psicodinâmico, e da dita psiquiatria biológica, de base mais orgânica. As diferentes versões do DSM passaram por um processo de gradativo afastamento das bases psicanalíticas, numa tentativa de estabelecer uma maior afinção com os critérios definidos pela Organização Mundial de Saúde, pretendendo-se uma classificação atórica. Se a primeira versão do DSM tem grande influência da classificação de base psicanalítica oferecida por Adolf Meyer, sua terceira versão apresenta pela última vez a expressão *neurose*, signo máximo do paradigma psicanalítico, e vem sendo construído numa tendência crescente do estabelecimento de uma psiquiatria de cunho mais biológico, de base supostamente atórico, havendo o expurgo da psicanálise (Dunker, 2014).

Por outro lado, há também a hipótese de haver mesmo um processo de junção e de aproximação da psicanálise com esses critérios. Isso não ocorre mais a partir da inserção dos critérios psicanalíticos, como ocorria nas primeiras versões do DSM, mas a partir do estabelecimento de práticas cada vez mais homogêneas.

Uma das formas da psicanálise enfrentar a problemática da classificação oficial é compreendendo que os fenômenos não são redutíveis a sintomas, uma vez que fenômenos semelhantes podem acontecer em diferentes diagnósticos. Além disso, ainda que haja sintomas

²⁰⁷ Como, por exemplo, o RAAS – Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (Brasil, 2012c).

classificáveis, eles explicam pouco sobre as particularidades do sujeito, que tem uma “posição” muito particular, segundo a visão psicanalítica.

Outra oposição de termos que mostra bem a distinção entre a psicanálise e a psiquiatria dita orgânica é a diferenciação entre o autismo e a psicose infantil, sendo a primeira expressão mais ligada às classificações oficiais e a segunda, mais ligada à visão psicanalítica. Como afirmado por muitos psiquiatras dos CAPSi, estes são quadros bem comuns entre crianças de até 5 anos. Mas essas fronteiras parecem ser bem pouco claras, e além disso essa parece ser uma visão bem própria ao serviço que carrega uma direção psicanalítica, não sendo utilizada pelos demais especialistas. Alguns exemplos constam no item 8.8.

Tem características fenomenológicas que norteiam o nosso diagnóstico. É uma base pra pensar nas características. Uma doença é um conjunto de sinais e sintomas. (Paula, PQ).

Mas a querela que diz respeito à suposta relação ou oposição entre a noção de psicose infantil e autismo revela outra posição que não diz respeito unicamente à relação entre psicanálise e psiquiatria biológica. Quando Kanner descreveu, em 1942, o termo *distúrbios autísticos do contato afetivo*, este carregava ainda uma associação com a ideia de psicose. Foi somente com a reinterpretação deste diagnóstico na década de 1970, que há uma virada maior nesse sentido, pois ele passa a relacionar o quadro de autismo como um distúrbio no desenvolvimento, de modo que cresce a relação entre o autismo e a deficiência mental (Assumpção, Pimentel, 2000). Esta discussão está presente em uma série de ações públicas, de reivindicações, de associações diagnósticas, de leis e projetos de leis, demanda por serviços especializados etc, que associa a questão do autismo a problemas mentais, como é a questão da psicose, ou do desenvolvimento, no sentido em que ela é tomada como deficiência mental.

Duas formas opostas mas complementares compõem o imaginário a respeito do diagnóstico: por um lado, toma-se o cuidado de utilizá-lo sem que se torne um estigma; por outro, que ele tem o poder de criar identidades que são assumidas em torno e a partir dele. O estigma vem da gravidade associada ao diagnóstico, que define o caráter intratável ou muito resistente desse transtorno. Daí a frequente referência ao papel do médico ou demais profissional de desfazer o caráter negativo e o estigma associado aos diagnósticos, o que pressupõe pouco investimento nos rumos do tratamento ou naquilo que se espera da criança. Além disso, há a preocupação na forma como as demais pessoas do círculo social da criança ou

da família poderão encarar e lidar com o possível diagnóstico, gerando preconceitos e atitudes de aversão.

Chega com o diagnóstico de uma coisa muito grave, são raros, mas dizem: “*Seu filho, não adianta investir nele, ele é um autista muito grave*”. A gente diz: “Não é nada disso, calma. É autista sim mas a gente vai trabalhar, socializar, inserir ele em vários lugares, a rede tem para oferecer” (Bruna, PQ).

O quanto os pais vão apostar na criança, vão acreditar que é possível investir em seus filhos, no emocional dos pais em relação às crianças, a rede também (Olívia, PQ)

Um diagnóstico pode ser estigmatizante, fazer com que a família fique mais resistente, as pessoas em volta podem taxar a criança. Às vezes aquilo vai melhorar com o tempo e pra que aquele impacto na família? Tem que ter muita cautela na hora de definir alguma coisa. É importante uma intervenção adequada para estimular, ter uma fonoaudióloga, mas não necessariamente falar: “Essa criança vai ter problema, não vai aprender”, porque é complicado. É muito cedo (Zilda, RPQ).

Por outro lado, o diagnóstico é visto também como uma forma de revestir-se de uma dada identidade, como uma maneira de ver-se a partir de uma certa lógica de funcionamento patológico e assumi-la publicamente.

O diagnóstico psiquiátrico como uma identidade patológica é como se você descobrisse Jesus. “Eu perdi a namorada, eu brigava com o chefe, agora descobri que sou portador de hiperatividade. Eu pertencço a um grupo de pessoas que têm um problema e esse problema os gênios também tinham”. Aí se cria toda uma história. Tem um livro americano mostrando uma fórmula da exploração comercial dos diagnósticos, muito semelhante à fórmula de alguns evangélicos, o auto-depoimento. O psiquiatra doente escreve um livro dizendo: “Eu também tenho hiperatividade e quando eu descobri isso foi uma revolução na minha vida, eu comecei a tomar remédio, os horizontes se abriram. Não fique triste não, porque Einstein...”, aí eles põem um monte de figuras históricas. Tem uma coisa complicada na sociedade quando existem best-seller psiquiátricos. E você fica procurando onde você se enquadra naqueles livros. É uma moda isso! Livro está na lista dos mais vendidos (Pablo, PQ).

Alguns entrevistados discutem e analisam também aquilo que chamamos de *inflação diagnóstica*, ou seja, a mudança e o aumento de pessoas diagnosticadas com determinado transtorno. Mostram em geral um ponto de vista crítico em relação à ampliação destes diagnósticos.

A psiquiatria é muito influenciável por aspectos extra-clínicos, culturais, políticos, econômicos. As categorias não são isentas. O DSM tinha a perspectiva de ser ateu. Não existe nada que não seja dentro de um determinado ponto de vista (...). Os critérios de diagnóstico são questionáveis. Os autores da DSM-IV brigam com os da DSM-5, tem uma polêmica violentíssima e alguns autores dizem que se arrependem do diagnóstico da hiperatividade, que criaram uma explosão, um boom. Que carga política não existe nessas decisões? Como você diferencia o normal do que não é normal? Essas fronteiras são tênues. Ansiedade todo mundo tem. A partir de que nível você diz que a pessoa tem um transtorno de ansiedade? É arbitrário. (...) É fácil criar diagnóstico psiquiátrico. Já que é clínico, você inventa. Diagnóstico: transtorno de estourar limite do cartão de crédito. Você faz uns critérios (Pablo, PQ).

Hoje a gente tem feito mais diagnóstico de autismo em relação a alguns anos atrás, isso é mundial. Os estudos mostram que a incidência aumentou. A dúvida é se realmente aumentou ou se se faz mais diagnóstico hoje em dia. Se pensa mais nesse diagnóstico. No ambulatório eu vejo mais diagnósticos de autismo do que o que via antes (Luís, NP).

Do autismo há o aumento do diagnóstico. Diagnóstico não, o aparecimento da doença. O déficit de atenção e hiperatividade já existia antes, você só não dava nome aos bois. Hoje você diz: “Isso é déficit de atenção, hiperatividade”. As mães passaram a prestar mais atenção. Antigamente é tudo normal. Agora você começa a perceber. Realmente ele é mais agitado, não é só falta de limites, tem alguma coisa errada (Urbana, PE)²⁰⁸.

8.11 Diagnosticando crianças na primeira infância

O processo de diagnóstico em psiquiatria é bastante flexível, por inúmeros motivos: a natureza altamente subjetiva de seu objeto privilegiado, a porosidade e o intercâmbio com saberes fronteiriços, como a neurologia e a psicanálise, o aspecto bastante plástico e surpreendente do comportamento humano. Estas dificuldades não são menores na infância, somando-se complicadores como o processo de desenvolvimento a iniciativa quase exclusiva de demais interlocutores para buscar ajuda profissional – como a mãe ou outros familiares e responsáveis, a escola, Conselho Tutelar, demais profissionais de saúde etc.

Esta interface aponta para outra característica fundamental da elasticidade do processo de

²⁰⁸ Para mais falas, ver 8.9.2, no quadro ao final do capítulo.

diagnóstico: ele está situado num campo altamente marcado por processos sociais bastante amplos e que exercem um papel fundamental na delimitação entre o normal e o patológico. Papel este que vai além da maior ou menor rigidez no grau de tolerância com o comportamento infantil.

Alguns aspectos foram bastante citados quanto à prática de diagnosticar crianças pequenas. Um aspecto marcante foi a dificuldade de (a) realizar o diagnóstico²⁰⁹, por diversos motivos: o fato de a demanda vir de terceiros, a expressão da criança por outros meios que não prioritariamente o verbal; a mistura dos supostos sintomas com as etapas esperadas desenvolvimento infantil, entre outros. Os entrevistados mostram também como a dificuldade de realizar um diagnóstico ocorre também em função da confusão com *a questão do desenvolvimento*. Assim, os critérios de definição dos casos-limites, muito habituais, se tornam ainda mais complexos quando se trata de definir diagnósticos na primeira infância.

Crianças novas é mais difícil diagnosticar, conduzir um tratamento. O recurso da fala e do entendimento emocional é menor. Um adolescente, se tiver dentro dos recursos dele, consegue dizer o que está sentindo, uma criança de 5 anos não. A maior dificuldade é fechar um diagnóstico e a consulta não é simples nem rápida (Paula, PQ).

É muito difícil fechar um diagnóstico pra criança pequeninha. Tem casos de psicose infantil, retardo mental e alteração de comportamento, síndrome genética que entra no quadro do retardo, que aparece com alteração de comportamento (Olívia, PQ).

Quanto menor a criança, mais difícil é, e quando a gente fala mental, fala tanto distúrbios psiquiátrico, como cognitivos. Retardo mental é muito difícil saber o diagnóstico de uma criança pequena (...). A gente tem que ter um acompanhamento seriado e contínuo pra fazer o diagnóstico mais pra frente. Quanto menor, mais difícil é de fazer diagnóstico (Luís, NP)²¹⁰.

²⁰⁹ Vale lembrar também o esforço que se tem feito para conscientizar as próprias crianças dos transtornos mentais na infância, através de recursos lúdicos. Um exemplo interessante é a publicação de livros infantis, que apresenta transtornos mentais e comportamentais, e as orienta a seguir o tratamento corretamente (Healy, Le Noury 2007). Ainda sem tradução no Brasil, foram publicados dois livros da autora Tracy Anglada; dois de autoria de Bryna Hebert; além de uma série de livros publicados por Dawn Huebner - todos com ilustrações atraentes e em linguagem acessível para crianças (respectivamente, *Brandon and the Bipolar Bear: a story for children with bipolar disorder*, e *Turbo Max: a story for siblings and friends of children with bipolar disorder*; *My Bipolar, Roller Coaster, Feeling Book* (disponível também em livro de atividades); e *Anger Mountain* (amazon.com.br). No Brasil, existem livros como *Cristal, a fadinha desatenta*, de autoria de Ana Paula Oliveira e outros, e *João Agitado*, por Lia Moraes (www.livrariacultura.com.br).

²¹⁰ Para mais falas, ver 8.10, no quadro ao final do capítulo.

Uma entrevistada afirmou ser ainda mais difícil diagnosticar quando a criança cresce, pois aumentam as referências e o leque de diagnósticos possíveis.

As características básicas que você percebe desde pequenininho são atrasos motores, de linguagem, é uma coisa muito expressiva, tanto a linguagem verbal como a não-verbal. Você dá ordens à criança: “Senta ali e amarra o seu sapato”. A criança não compreende. Isso pode passar despercebido. A criança vai levando a vidinha dela sem dificuldade, e quando chega um pouco maior é mais difícil fazer o diagnóstico. Você cai nesse leque de diagnósticos (Lúcia, RNP).

Uma entrevistada aponta não ser vantajoso definir um diagnóstico, oferecendo “rótulos” e limitações para a criança.

A gente não gosta de dar diagnóstico para criança pequenininha porque não gosta de fechar uma situação que a gente pode abrir e tratar essa criança, modificar aquele quadro (Bruna, PQ).

Em alguns casos, afirma-se que uma mesma “condição” pode se manifestar através de formas próprias, diferentes na infância e na vida adulta.

Depressão de criança é um pouco diferente da depressão do adulto. A criança não fala muito se tem pensamento de se matar. Mas pára de brincar mesmo, se isola mais. Às vezes não muda a alimentação como o adulto, esse negócio de engordar e emagrecer (Oto, RPQ).

Um neuropediatra aborda também que os problemas de desenvolvimento tem como ser acessados pelo histórico neo-natal, no processo de desenvolvimento da criança e na possibilidade de diferenciação por exame clínico e de imagem.

[Nas neuropatias] a gente observa mais cedo por conta de um histórico mais rico, exames laboratoriais e complementares às vezes mostram de uma maneira um pouco mais evidente. (...) A criança chega precocemente já com o histórico [neonatal] rico e há chances grandes de ter algum tipo de deficiência, seja motora, seja cognitiva, seja de linguagem, então permite um diagnóstico um pouco mais cedo. Essa é a grande diferença (Luís, NP).

Fala-se também da *chegada de crianças mais novas nos serviços*, o que é visto em geral muito positivamente. Este relato é feito sobretudo por psiquiatras, uma vez que neurologistas já tem por hábito acompanhar crianças desde o nascimento.

Passou a chegar mais cedo, com a divulgação do trabalho. As crianças chegavam com cinco, seis anos, *agora a gente consegue paciente de um ano e meio*. (...) com um ano e meio eles chegam melhores, mal eles começam a manifestar as coisas. (...) A diferença nesses anos é a chegada mais cedo das crianças (Bruna, PQ).

Chegam crianças mais jovens, contanto que a gente não fique estigmatizando as crianças, isso por um lado é bom que permite que a gente possa estar tratando mais precocemente (...). Teve uma com pouco menos de um ano, a mãe era psicótica, não era uma questão específica da criança, mas isso é muito raro. (...) Teve uma outra situação, uma criança que tinha menos de 2 anos. Mas essa faixa realmente chega muito pouco aqui. (Bete, PQ)

A gente tem visto ao longo dos anos as crianças chegarem mais cedo, uma criança com características autistas chegava mais tarde na saúde mental. Chegava primeiro nas APAES, Pestalozzis e na neurologia. Chegava na gente na adolescência quando começava a agredir a mãe e o pai. *Hoje ela chega mais cedo, o que permite uma evolução muito maior, a saúde mental conseguiu receber quando os CAPS saíram das grandes instituições psiquiátricas*, com a reformulação da política, quando surgiram CAPSis e (...) você começou a perceber mãe levando criança pequena. Dentro do hospício era difícil a mãe levar. Uma casa na rua a mãe consegue levar seu filho, se sente menos tomada pelo medo, e aí a aposta de tratamento tem efeito maior (Olívia, PQ).

Você está pegando mais autistas de 2, 3 anos porque eles têm procurado mais, porque se fala mais, se tem mais informação, não está chegando só casos daqueles autistas de 10 anos que nunca trataram, aí chega super grave. A gente pega a criança bem novinha, porque a mãe levou em algum lugar, o vizinho falou: “Não é estranho? Não está se comunicando”. As crianças estão procurando mais, e isso tem a ver com o acesso à informação (Paula, PQ).

Houve referências ao aparecimento de condições e transtornos bastante precocemente.

Um paciente que venho acompanhando, talvez ele já tenha feito 6. Com 3 anos ele já tinha diagnóstico de autismo. É um quadro complicado, bastante grave. Ele começou por pelo menos uns 2 anos e chegou aqui com 5 (Pedro, RPQ).

A psiquiatria difere do restante da medicina, não precisa de um diagnóstico para tratar. Mas no adulto você muitas vezes consegue fechar o diagnóstico para tratar. *Na infância o diagnóstico tem que estar em aberto, não pode fechar um diagnóstico a priori, tem que tratar até para fechar um diagnóstico*. Você tem que acompanhar a criança, no processo você fecha o diagnóstico. Apressar o diagnóstico, poucos encontros determinar o diagnóstico, você incorre em erros muitos graves. Boa parte dos profissionais em poucos encontros fecham o diagnóstico. *E como a criança tá no desenvolvimento, muita coisa pode mudar, inclusive a sintomatologia*. Aquilo que aparenta hipótese de

diagnóstico pode mudar completamente no tratamento. *O diagnóstico na infância tem que ser evolutivo, não pode ser fechado a priori* (Olívia, PQ)

Primeiro a “culpa”, entre aspas, do pais. Segundo, o médico que apóia, boa parte das vezes, um diagnóstico errado. *Hoje em dia é muito comum ver criança tratando hiperatividade. Criança de 2, 3 anos. É hiperativa, aí medica a criança* (Perla, PE).

Nem sempre o diagnóstico é fechado, às vezes é mais sindrômico, ou um diagnóstico de onde tá a falta de habilidade da criança, onde tá a dificuldade. É difícil numa fase tão cedo você fazer alguma coisa (Zilda, RPQ).

Ao mesmo tempo em que são muito habituais as referências às dificuldades em se diagnosticar as crianças pequenas, falou-se também da grande *vantagem em se estabelecer os diagnósticos precoces*, ideia esta muito próxima à noção de *risco*.

É uma faixa etária crítica, de muita mudança. Fazer um diagnóstico precoce de autismo, você já pode *orientar o que precisa ser feito ao longo da vida* (...). A necessidade de um acompanhamento regular, da estimulação em geral, trabalhar a interação social, a autonomia. Quanto antes você desenvolve isso na criança, melhor, *potencialmente melhora o resultado final* (Pedro, RPQ).

Às vezes eu não consigo dar esse nome. “Ele tem alguma coisa, mas não preenche os critérios pra esse diagnóstico. (...) Vamos deixar interrogado”. Isso deve dar um desespero [nas mães]. “Vamos trabalhar com a criança e ver que resposta ele vai dar, porque ele está em desenvolvimento”. Quanto mais cedo, mais difícil o diagnóstico, mas melhor a resposta à intervenção (Fúlvia, NP).

Eu vejo muito paciente que vem de posto, é atendido por alguém que não é pediatra, enfermeiro que faz aferição de peso, e fala que (...) aquele atraso no desenvolvimento é da criança, então chega o paciente muito lá na frente. *Quanto mais cedo fizer o diagnóstico, mais cedo estimular com fisio, fono, ou com psicologia é melhor pra criança*. O papel do pediatra é o reconhecimento precoce. No entanto, oferecer a terapêutica é limitado, muitas vezes não tem nem medicamento, só ou uma fisioterapia, uma fono (Clara, PE).

QUADRO COM TRECHOS DAS ENTREVISTAS: CAPÍTULO 8

8.7	<p>Você está ali para ajudar uma pessoa, uma família que está sofrendo, mas é preciso a perspectiva que os nossos recursos são limitados e que a pessoa está pra além do diagnóstico. O diagnóstico é uma redução. Você escolhe algumas características da pessoa que ajudam a pensar em alguns recursos terapêuticos. O diagnóstico é importante porque você centraliza a sua preocupação em determinadas questões, <i>a criança apresenta um sintoma x ou y, você sabe que aquilo está causando uma certa perturbação</i>. Aquilo ajuda você a se organizar, mas você não pode ficar fechado nisso, até porque uma coisa que pode ser sintoma de determinado contexto é uma solução em outro (Pablo, PQ).</p> <p><i>[Os critérios] são bem objetivos. Se você deixar só com o que os pais ou com o que a escola fala, teria muitos diagnósticos errados. O critério te ajuda a pontuar, botar a criança dentro de um transtorno ou não, pra gente não falar que qualquer criança ou adolescente que não queira estudar, que é um pouco mais desatento, tem TDAH. A gente faria muita medicação sem necessidade (Brenda, RNP).</i></p> <p>O diagnóstico é só por um nome naquilo. Da melhora eu acho que ajuda mais os pais investirem (Úrsula, RPE).</p>
8.8.1	<p>Os exames não tem muita finalidade, a não ser dar para os pais papéis. O diagnóstico está feito de autismo. É lógico que você vai ver a história, se tem um sofrimento fetal (César, PQ).</p> <p>Na saúde mental é muito difícil um exame que auxilie no diagnóstico. A gente ainda não encontrou um, mas tem os exames para o acompanhamento dos efeitos da medicação (Olívia, PQ).</p> <p><i>Esses transtornos não têm um marcador formal, que eu mostro no exame. (...) Pra eu me cercar, proteger a criança das loucuras da família, eu preciso de pareceres, de exames complementares negativos pra dizer: “Não é isso” (Fúlvia, NP).</i></p> <p>Às vezes pede exame de imagem sim, dependendo do problema comportamental. Se tem um atraso associado, até retardo mental que a gente não consiga ver uma causa de base, ou que a gente suspeite de uma causa, a gente pede o exame de imagem (...) pra ver se tem uma má formação no cérebro ou a gente vai ver história neonatal, se teve asfixia. A história vai começar a guiar, depois a gente pensa nos exames (Brenda, RNP).</p>
8.8.2	<p>A gente faz contato com a família, com o colégio, a gente observa aqui. É uma avaliação extensa (Paula, PQ).</p> <p>A anamnese, consulta, a gente faz uma entrevista só com os pais, depois com os pais e com a criança, e vai acompanhando a criança à medida que ela vai desenvolvendo (Zilda, RPQ).</p> <p>Eu vou ter uma suspeita inicial, alguns sintomas que sugerem a doença, mas não preenche todos os critérios clínicos. Com os pais eu falo: “A doença psiquiátrica não tem exame pra mostrar positivo ou negativo. A gente usa critérios clínicos, precisa preencher um determinado número de critérios pra fechar o diagnóstico”. Existem sinais que sugerem espectro autista, só que a gente precisa observar mais tempo, ouvir colegas (Luís, NP).</p> <p>Você colhe a história, vê onde ela tem dificuldade. Se tinha um desenvolvimento adequado e parou e começou a ter prejuízo ou se sempre foi ruim. Por que sempre foi ruim? Quando nasceu, teve algum problema? Teve alguma doença e isso é secundário, ou não tem nenhuma causa específica? (Brenda, RNP).</p> <p>Não é uma criança que a mãe diz: “Meu filho é pirracento, não sabe ouvir não”. Não, ele é um menino mais tímido, que não faz contato visual, com dificuldade grande de lidar com frustração, que tem comportamento obsessivo-compulsivo ou que demonstra um prejuízo de interação social. Não é um dado específico que define, é o contexto, tudo que a gente pesca de comportamento, de observação, de como a família funciona, do que eles trazem na história pra no final chegar num diagnóstico (Enzo, RPE).</p>
8.8.3	<p>A criança chegou com diagnóstico de autismo, ela tinha uma desorganização muito grande mas a família estava passando por (...) problemas sociais e financeiros, morte de um parente, um momento difícil. (...) Ela começou a sair daquele quadro de autismo, esterotípias, ecolalia, começou a falar com uma organização, a criança tinha uma hiperatividade extrema, ela estava</p>

	<p>tão desorganizada que não conseguia se relacionar, prestar atenção no outro, se desenvolver (Bruna, PQ).</p> <p>A nova classificação tem espectro autista em graus diferentes, leve, moderado ou grave. Muitos a gente fica na dúvida. Só o acompanhamento vai mostrar. (...) Se tem uma suspeita de um espectro autista ou retardo mental a gente trata como aquilo, não retarda o tratamento por estar na suspeita. O tratamento não traz nenhum malefício para a criança, porque é baseado em estimulação com terapia, estimulação em casa, reforço positivo, então a gente começa o tratamento de imediato (Luís, NP).</p> <p>Muitas vezes tem origem genética. Outros na família tem distúrbios de comportamento, psiquiátricos, que você possa avaliar e orientar. Quantos mais dados você tem, mais chances de acertar. Só que medicina não é uma ciência exata. O que vale são as consultas subsequentes. É ter uma boa relação com a família. A família não te conta nada nas primeiras consultas. Aos poucos é que ela vai dizendo (Flávio, NP).</p> <p>Um caso gerou dúvidas, ela tinha 2 pra 3 anos, falava poucas palavras,. Quando há atraso de linguagem, a gente pensa em deficiência auditiva, retardo mental ou autismo. São os principais diagnósticos iniciais. Na consulta ela não olhava para gente, de jeito nenhum. Eu perguntava à mãe: “Como é que é?”, “Comigo ela é super carinhosa, ela brinca, me abraça, me beija”. “E os brinquedos?”, “Ela gosta do brinquedinho sim”, “Tem uma mania? Ela gosta de ver roda girando, alguma coisa repetitiva?”, “Não, doutor”. Mas chamava atenção o fato que a criança olhava, não sorria, não fazia nenhuma interação nem comigo nem com ninguém daqui. Eu tenho critérios diagnósticos? Ainda não. Ele tem um atraso de linguagem. Pode ser autismo? Pode. Eu conversei com a mãe sobre a possibilidade de autismo, mas ele não tem critérios. O que a mãe conta, a gente tem que acreditar. Mas durante a consulta, os brinquedos a criança não se interessou. Não sei até onde existe a visão da mãe. Brinca com um brinquedinho único, a mãe: “Brinca com o brinquedo normal”. A gente precisa de outros dados, aí busca no colégio, com outros familiares, observa a criança em outras situações, em outras consultas, e <i>vai tentando fechar o diagnóstico, mas nessa criança é difícil</i>. Depois a gente fechou o diagnóstico de autismo mesmo. Hoje ele está com 4 pra 5 anos. Ele começou a apresentar atos repetitivos, pegava garrafa, batia de forma ininterrupta. Eu orientei a mãe ela começou a trazer pra mim. Observa muito o objeto que roda, o ventilador, olha muito tempo (Luís, NP).</p>
8.8.4	<p>O questionário eu procuro fazer num momento que eu me sinta mais tranquilo, sem induzir nada. É uma das formas que eu encontro (Ugo, NP).</p> <p>Você já atendeu 10 pacientes e vai: “Seu filho realmente não presta atenção”. Você tá cansado, você mesmo induz. (...) Chegam pra você: “Meu filho tem isso, aquilo”. Você acaba concordando com aquilo. Numa avaliação única você não consegue fechar o diagnóstico. As escalas também (Lúcia, RNP).</p> <p>Tem escalas que ajudam a fechar um diagnóstico. Mas são escalas americanas, de outros países, e você continua com essa dificuldade, porque elas são traduzidas, não são pra nossa realidade (Lúcia, RNP).</p>
8.9	<p>De consultório eu na primeira vez entro com o pai e a mãe, se tiverem juntos. E a criança fica lá fora com outra pessoa. Converso com eles, conheço bem a família, depois eu vejo a criança (Flávio, NP).</p> <p>A minha conduta é a minha conduta. Não vai variar porque eu tô no serviço público ou no consultório. Se eu tenho que pedir uma ressonância, não tô interessado em quanto vai custar. O meu único interesse é saber se há indicação de fazer o exame. Se houver, o exame vai ser pedido. É uma questão de conduta, não é uma questão de local A ou B (Bento, NP).</p> <p>O perfil é bem diferente. Aqui chegam as doenças mais graves. Você vê a questão de comportamento, no consultório, muito maior do que no serviço público (Lúcia, RNP).</p>
8.9.1	<p>Em alguns critérios houve mudanças positivas, engloba coisas que antigamente não englobava. O TDAH teve uma mudança positiva em relação ao DSM-IV. Tem uma caracterização melhor do quadro clínico e a idade. (...) Fazer o diagnóstico é mais fácil com os critérios de agora. Pega uma população maior de crianças e a gente faz um diagnóstico mais preciso e acompanha melhor a criança (Luís, NP).</p>

	<p>[Prefiro o] DSM-5. Algumas coisas mudaram, a gente já fazia dessa forma. Demorou tanto pra ser revisto, de 94 a 2014, 20 anos. A gente teve oportunidade de fazer nossas próprias adaptações no DSM- IV e o DSM-5, que reflete mais ou menos. Muitas vezes eu usei metilfenidato pra tratar transtorno de comportamento em criança com autismo, mesmo que isso não fosse preconizado. Havia melhora e foi utilizado. Não só eu, como vários colegas (Gina, NP).</p> <p>TDAH, não sei se aumentou a frequência realmente ou se as pessoas estão notando mais. Não sei se é uma coisa social, ou uma coisa patológica aumentando estatisticamente ou se as pessoas estão mais informadas. Pode ser os dois, não li artigo sobre isso. Informação faz a escola procurar mais, os pais vêem na TV. Não sei se o transtorno em si, organicamente falando está aumentando também por alguma coisa que vem mudando, estilo de vida, alimentação. Aparece muito aqui dúvida de autismo. E falando: “Meu filho tem déficit de atenção” (Oto, RPQ)</p> <p>O DSM-III tentou fazer uma escala de estressores psicossociais. Estou chutando, término do namoro, 50 pontos. Término do namoro pode ser uma libertação, uma alegria! Como é que você quer quantificar uma questão subjetiva? Eles tiraram, não funcionou por motivos óbvios. Agora, determinar o nível de ansiedade não é de todo mal, ajuda a pensar. Os diagnósticos do autismo, agora fizeram uma grande categoria. Eu vejo vantagens nisso. As crianças com autismo são muito diferentes umas das outras. Têm algumas características em comum. Como torcedores do Flamengo. Tem torcedor que é contador, mecânico, executivo, vidas completamente diferentes. Eles têm alguma coisa em comum, mas há uma gama de possibilidade tão grande que é pouca essa informação. Dizer que uma criança é autista é pouco. Precisa saber se fala, se se comunica com os outros, como é a interação social, que problemas ela tem. Um paciente é um nerd típico, com dificuldade de contato social, uma maneira diferente de ser, meio estranho. Ele tem algumas características autísticas. Uma dificuldade de se imaginar no lugar dos outros, uma certa rigidez. Isso num extremo faz com que a criança fique num canto se balançando sem contato nenhum, é ruim. Mas certo grau disso será que não é necessário pra ser um matemático, um físico, isso não cria uma diversidade interessante pro ser humano? (...). Quando se torna excessivo, cria problema na vida e impede que a pessoa se desenvolva, alguma coisa você pode fazer para ajudar. Será que algumas questões patológicas não são variações da normalidade, que confere a riqueza do ser humano? (Pablo, PQ)</p>
8.9.2	<p>Cada vez mais as pessoas dizem que as crianças são hiperativas. Virou moda dizer que criança é hiperativa. Não tanto para o público daqui, mas nas classes mais favorecidas, que as crianças tem a educação muito terceirizada (Alice, PE).</p> <p>É um diagnóstico de constructo, meio arbitrário, vai mudando com o tempo. O DSM-IV já mudou (...) para TDAH. Antigamente a queixa tinha que começar antes dos 7 anos. Agora é antes dos 12. Ampliou o número de diagnóstico (Ugo, NP).</p> <p>Tem o DSM-IV, e estão lançando o DSM-5, que é absolutamente polêmico. A criação de números de diagnóstico, por exemplo. Qualquer um pode ter um transtorno mental com essa quantidade de diagnósticos que se ampliou no DSM-5 (Olívia, PQ).</p> <p>Se existe uma incidência maior é uma dúvida, se vê mais casos diagnosticados. As pessoas estão mais atentas. Pro especialista não faz tanta diferença porque a gente tem sempre o olhar voltado para isso, mas talvez o generalista, o pediatra (Luís, NP)</p>
8.10	<p>Tem crianças com todas essas características e a família não enxerga como um problema. A gente tem que despertar a família pra isso (Enzo, RPE).</p> <p>Em autismo é difícil o pediatra encaminhar. A mãe é que insiste. O pai acha que a mãe tá vendo coisas. O pai é da família talvez o que menos enxerga. Talvez ele crie uma barreira, acha que o filho não tem nada. TDAH é a mesma coisa. A mãe insiste com o pediatra pra procurar um especialista e encaminha (Flávio, NP).</p> <p>Quando você vê isso frequentemente, como é? Vai dizer que todo mundo é doente? Como aquele menino e a mãe ficou aborrecida. Ela não aceitou, são situações difíceis. Que diagnóstico eu vou dar? Acho que agiria como? É mais uma coisa pra jogar nas costas do médico. Haja “Mais médicos!” (Leila, PE).</p> <p>Às vezes é difícil. Tem criança que a gente fica na dúvida se é ou não determinado diagnóstico e fica como suspeita. Quanto mais pessoas a gente escuta, mais imagem a gente vê, a experiência</p>

	<p>conta. Uma pessoa que já viu muitas vezes aquilo, eu tenho 10 anos de formado. Agora, <i>existem situações que mesmo com esse tempo a gente não define muito bem</i>, fica em dúvida. E a minha postura perante os pais é falar que eu não sei ainda, que é difícil, é uma situação que a gente não delimita muito bem (Luís, NP).</p> <p>Através da anamnese, vendo a criança, tendo tempo para observar o comportamento dela, o desenvolvimento, colhendo o máximo de história com os pais, com quem esteja perto da criança. A gente faz o contato, entende como é o contexto familiar, social, o território da família (Pedro, RPQ).</p> <p>A idade chama atenção. Já vi criança pequena, 4 anos, medicada. É mais difícil, porque a criança não “vira” hiperativa aos 6 anos. Ela sempre foi e perto dessa idade é que a gente consegue estabelecer melhor esse diagnóstico. Se não me parece ser uma doença, eu retiro a medicação e peço um acompanhamento um pouco mais perto (Perla, PE).</p> <p>As crianças [pequenas] estão mais em casa. O TDH tem que ver em mais de um ambiente. São crianças mais motoras, agitadas, é complicado definir “essa criança é hiperativa ou ela é... uma criança”. Um pai que não tem tolerância à agitação, à energia de uma criança. Outro transtorno é o positivo-desafiador, com três, quatro anos. São crianças que não aceitam limites, desafiam, e que você fala “não faz isso!” e a criança faz (Zilda, RPQ).</p> <p>Um ano, um ano e meio, a criança começa com dificuldade de falar, a linguagem atrasa; ao longo de um, dois, pra três anos de idade começa a ter dificuldade de aprender determinadas coisas e você suspeita de retardo mental, que é uma sequela que pode acontecer (Luís, NP).</p>
8.11.1	<p>Eu não sou chamado a participar, embora vá saber na supervisão. (...) Não chega a mim, a não ser que a criança esteja muito mal, fazendo coisas incríveis, prejudicando a vida dela, a família enlouquecida. Geralmente passa pela equipe, se for caso de medicação ele é encaminhado para mim. Tem muitos autistas que não tomam remédio. Eu vou conhecer ele na permanência, mas sem fazer um diagnóstico, que foi feito pela equipe (César, PQ).</p> <p>Na consulta da pediatria geral, muita coisa tem que ser trabalhada e às vezes um diagnóstico psiquiátrico ou neurológico você não vai conduzir tão bem sozinho do que se tiver um especialista acompanhando com você (Enzo, RPE).</p>
8.11.2	<p>Nas patologias psiquiátricas, boa parte depende do relato fidedigno dos pais e como a criança efetivamente se comporta e isso serve tanto pro diagnóstico como pro acompanhamento e pra decisão se o tratamento está correto ou não. [Às vezes] estou diante de pais que têm atitudes extremas, negligentes e displicentes em relação à patologia e à própria criança ou pais absolutamente vinculados emocionalmente, incapazes de se distanciar para observar o que está acontecendo (Ugo, NP).</p> <p>A gente pode fazer o diagnóstico, com o tempo a gente fica capacitado pra isso. Mas sempre é uma coisa discutida e dependendo do caso vale a pena que o especialista participe junto (Enzo, RPE).</p>
8.11.3	<p>Hoje a televisão informa mais que antigamente, isso ajuda um diagnóstico precoce. Ao mesmo tempo, hoje todo mundo é hiperativo, então ao mesmo tempo que você difunde uma informação também tende a superestimar os diagnósticos (Luís, NP).</p>
8.11.4	<p>[O diagnóstico presuntivo] sugere que o comportamento, a história, o que eu estou vendo na criança, o que a família relata, que tem algum problema relacionado com esses fatos, mas fica difícil fechar um diagnóstico numa consulta de pediatria geral (Enzo, RPE).</p> <p>Às vezes a gente tenta diagnosticar, às vezes sim (Urbana, PE).</p> <p>O meu papel como pediatra é identificar quando algo pode se tratar de uma doença e encaminhar pra pessoa mais capacitada para fazer o diagnóstico. E confortar os pais, dar segurança e apoio para que eles possam procurar esse recurso. Porque não adianta você encaminhar e a pessoa não ir (Úrsula, RPE).</p> <p>[O diagnóstico presuntivo] sugere que o comportamento, a história, o que eu estou vendo na criança, o que a família relata, que tem algum problema relacionado com esses fatos, mas fica difícil fechar um diagnóstico numa consulta de pediatria geral (Enzo, RPE).</p>
8.12.1	<p>Eu tenho pouco tempo de formada. Eu vejo muito queixa de déficit de atenção por hiperatividade que a gente questiona, tem muita falta de educação mesmo, criança que não tem limite em nenhum lugar. Isso é um problema frequente (Alice, PE).</p>

	<p>Nessa faixa etária você não tem uma pressão muito grande de farmacêuticas em termos de expansão diagnóstica pra prescrever (Lucas, PQ).</p> <p>Às vezes é difícil. Tem criança que a gente fica na dúvida se é ou não determinado diagnóstico e fica como suspeita. Quanto mais pessoas a gente escuta, mais imagem a gente vê, a experiência conta. Uma pessoa que já viu muitas vezes aquilo, eu tenho 10 anos de formado. Agora, <i>existem situações que mesmo com esse tempo a gente não define muito bem</i>, fica em dúvida. E a minha postura perante os pais é falar que eu não sei ainda, que é difícil, é uma situação que a gente não delimita muito bem (Luís, NP).</p> <p>Você tem que saber os critérios do DSM e colocar o paciente naquela categoria. Eu vejo isso com certa preocupação, ao mesmo tempo surpresa. A Associação de Psiquiatria norte-americana lançou novos livros por ter saído o DSM-5. Eles fazem o lançamento da classificação como se fosse um novo programa de computador. Eles pretendem fazer o 5.1, 5.2, até o 6! O DSM- IV eles faziam com número romano, o DSM-5 com número arábico. Vai fazer 5.1, 5.2, 5.3, como se tivessem lançando um novo produto de informática, como ifone. A gente não vai jogar tudo fora, mas tem problemas. Eu me surpreendi, eles fizeram um livro-texto em psiquiatria, o capítulo de desenvolvimento é escrito por duas psicanalistas. Eles lançaram um livro sobre desenvolvimento na infância, na adolescência e na vida adulta escrito por essas mesmas psicanalistas. Não sei o que aconteceu que a psicanálise ressurgiu das cinzas nos Estados Unidos! (Pablo, PQ).</p>
8.12.2	<p>[Tem] muito mais problemas de interface psiquiátrica que quando comecei o trabalho. Foi aumentando ao longo dos anos. O transtorno de déficit de atenção teve um (...) investimento muito grande de pesquisa, eu mesma fiz mestrado e doutorado em transtorno de déficit de atenção. A quantidade de conhecimento científico gerado na década de 90 até 2010 é imenso. Isso teve um impacto, aumentou o diagnóstico, o número de criança diagnosticadas (Gina, NP).</p> <p>Tem que ver o contexto global. Às vezes dá um superdiagnóstico ou um subdiagnóstico. Dependendo da corrente, vê um exagero nos diagnósticos, tanto pra mais, quanto pra menos. Talvez em alguns centros tenha pra mais. Mas no âmbito global do país, tem menos. Muitas [doenças] são subdiagnosticadas. Agora, existe um exagero por parte dos médicos de tratar qualquer comportamento. Um comportamento apático, uma criança que se isolou, sem fazer uma investigação melhor (Flávio, NP).</p> <p>Uma surpresa foi quando a gente achava que todo mundo ia receber diagnóstico de depressão infantil e ia ter um avanço avassalador de antidepressivos em crianças, aconteceu um revés. O FDA mostrou que essas medicações aumentaram a idealização de suicídio em adolescentes. Foi um pânico. Agora tem que colocar na bula um alerta e isso inibiu o avanço. Havia ondas de diagnósticos com seus medicamentos. Teve a onda da hiperatividade, e um revés quando descobriam que o laboratório da Ritalina financiava a associação de familiares e de portadores de hiperatividade. Mas financiava debaixo dos panos, era uma coisa oculta. São ondas que crescem e diminuem para entrar outra (Pablo, PQ).</p>
8.19	<p>Muita coisa se confunde com desenvolvimento. Uma criança fazendo mais birra, brigando, aquilo faz parte do desenvolvimento normal? Ou aquilo já é um transtorno aparecendo? Você precisa de muita cautela para não intervir em coisas que podem ser o desenvolvimento da criança (Zilda, RPQ).</p> <p>A gente vai ver com o tempo. <i>O acompanhamento clínico é essencial pra detectar precocemente e intervir</i>. Uma criança com 7 anos fez uma asfíxia perinatal. Ela teve um desenvolvimento motor normal, andou, sentou na idade certa, os pais ficaram empolgados. Só que com 1 para 2 anos ela não falava. Eu conversei com eles: “Isso pode ser um sinal de atraso cognitivo, de retardo mental, vamos estimular ela desde agora”. Hoje com 7 anos eu posso dizer que ela tem um retardo mental, porque hoje o diagnóstico é fácil, mas quando você vê a criança pequena, vê mais indireto, um atraso de linguagem, uma dificuldade de interação social (Luís, NP).</p> <p>Algumas crianças dessa faixa etária os pais chegam com alguma reclamação, dificuldade, até com demanda de medicação, por isso é importante uma avaliação do profissional especializado para diferenciar as situações esperadas dentro do desenvolvimento para a faixa etária. Não necessariamente o diagnóstico, mas quais os sinais de alerta que a gente precisa ter (Pedro, RPQ).</p> <p>Abaixo de 5 anos é muito difícil. Autismo a gente só pode dar o diagnóstico a partir dos 3 anos. Por mais que esteja claro e evidente, é muito difícil fazer qualquer diagnóstico (Paula, PQ).</p>

	<p>Na criança a gente consegue ver mais os sinais que os sintomas porque elas não falam (Paula, PQ).</p>
	<p>A doença psiquiátrica é difícil diagnosticar quando é uma criança pequena. Ela exige critérios diagnósticos subjetivos, não são dados laboratoriais, de imagem, são dados de observação clínica. A gente precisa de um tempo maior, de mais de uma avaliação pra fechar um diagnóstico (Luís, NP).</p>
	<p>Me chamou a atenção uma criança de uma comunidade ribeirinha, ela se comportava como um animal. Ficava de 4, grunhia, e uma semana fazendo antibiótico pra uma infecção, ela melhorou a comunicação com as outras pessoas. (...) O fato de estar em contato com outras pessoas, a gente estimulava, não só examinava, tentava conversar, brincar com ela. No final a comunicação verbal era pobre, mas ela já olhava, vinha atrás da gente, segurava na mão. (...) Ela era pré-escolar. Entre 3 e 5 anos. As crianças sem pediatra tinham muita chance de adoecer. Eu via o quanto o pediatra podia fazer diferença na vida de uma criança, então ali eu decidi (Alice, PE).</p>
	<p>É mais difícil nas crianças pequenas. Na criança mais velha você tem o auxílio da escola, do professor, do desempenho. Fica mais claro porque é uma criança que interage, que conversa. Uma criança pequena fica mais difícil você ver o que é um desvio dentro da normalidade e o que você está lidando com uma síndrome ou uma doença. Mesmo quando você tem um problema mais orgânico tem um atraso de desenvolvimento, chama atenção mais rápido do que um problema psiquiátrico (Úrsula, RPE).</p>

CONCLUSÃO, ou

QUESTÕES INCONCLUSIVAS, OS “DITOS” E OS “NÃO-DITOS” DA PESQUISA E DO PODER

A realização desta pesquisa mostrou um aspecto fundamental de diferentes análises e metodologias de investigação: que os “não-ditos” são tão concretos e tão reveladores quando os “ditos”. Que o que não se sabe, ou não se comenta, é tão importante quanto o que se anuncia, ou o que claramente se conhece.

Os desdobramentos das questões iniciais propostas por esta pesquisa mostraram que algumas perguntas não poderiam ser respondidas, porque não há fontes que as revelem; mas também porque simplesmente não aparecem nos relatos dos depoentes. E são, por isso mesmo, muito relevantes.

No que diz respeito à **prescrição de psicotrópicos** para crianças, e sobretudo as crianças na primeira infância, há uma dissonância significativa entre o que se conhece a respeito da segurança e a eficácia dos medicamentos e de seus efeitos a longo prazo, e a prática clínica, o que implica em sérias consequências de ordem ética. Por um lado, está o processo errático da produção científica e as infomações às quais o médico tem acesso; se os livros-textos (sem falar dos materiais informativos das indústrias farmacêuticas!) oferecem resumos e compilações dos resultados das pesquisas, eles não conseguem apresentar as minúcias dos processos irregulares que as constituem e suas incongruências, simplificando os esquemas e reduzindo as dissonâncias das pesquisas. Por outro lado, encontram-se as informações insuficientes transmitidas aos pais das crianças sobre a segurança e eficácia dos medicamentos; ou melhor, sobre o que não se sabe sobre o assunto.

Os pais não têm dados suficientes sobre as contradições científicas no processo de construção de conhecimento sobre a farmacologia na infância; a insuficiência de estudos clínicos com a população infantil; o fato de seu uso ser geralmente *off label*, e corresponder à fase IV das pesquisas clínicas; a informação de que muitas pesquisas são constestadas ou elaboradas de forma discutível, como mostram Angell (2010) e Whiaker (2010), por exemplo;

tampouco sabem que existem riscos desconhecidos decorrentes do uso prolongado de tais medicamentos. Muito embora sejam transmitidas informações sobre os seus possíveis benefícios e principais efeitos colaterais esperados, a decisão não é de fato compartilhada, porque em geral faltam informações que permitiriam uma decisão consciente dos pais.

Vale lembrar, inclusive, que a maior parte das publicações dos resultados das pesquisas clínicas são publicadas em inglês em sites de acesso fechado, disponíveis no máximo para pesquisadores ligados a universidades e centros de pesquisa. Desta forma, grande parte dos clínicos não participantes de instituições acadêmicas tem acesso somente às informações compiladas, sem conhecer os problemas e contradições inerentes aos processos de pesquisa.

Estas, aliás, são atravessadas por grandes conflitos de interesse e pela interferência da indústria farmacêutica (Wazana, 2000; Conrad, 2007; Freitas, Amarante, 2016). Mas outro problema fundamental é que não há estudos de longo prazo, de modo que absolutamente não se conhecem os efeitos decorrentes do uso longitudinal de psicotrópicos em crianças, muito menos em crianças pequenas. Quando se decide pela prescrição (o que é feito, muitas vezes, sob forte pressão da família e da escola), informam-se comumente os efeitos colaterais identificáveis a curto prazo: aqueles que se pode “ver”, sobretudo. Transmite-se segurança, o que tem mais a ver com a confiança dos pais nos médicos e destes com a prática de colegas e com resumos de informações do que propriamente com o conhecimento científico e com a tão famigerada medicina baseada em evidências.

Primeiro aspecto dos não-ditos: um grande descompasso entre aquilo que realmente se sabe e aquilo que se afirma saber a respeito da prescrição de psicotrópicos na infância e suas consequências, sobretudo a longo prazo. Relação de poder, portanto, que se calca na confiança e dispensa informações sobre o que não se sabe, mais do que se sabe, estabelecendo uma relação muito particular entre os médicos (assim como outros profissionais de saúde), as crianças e seus pais.

Evitando uma visão culpabilizadora dos médicos, é importante frizar que os hábitos de prescrição de psicotrópicos para a infância têm uma relação intrínseca com mudanças na sociedade, e com as demandas daí oriundas, de modo que o sofrimento mental e os comportamentos desviantes recebem uma atenção específica e uma forte pressão de diferentes atores sociais.

Mas há outros não-ditos de caráter mais organizacional, respostas que não podem ser obtidas devido à natureza da organização do nosso sistema de saúde e dos mecanismos de controle estabelecidos. Por exemplo, por diversos motivos, é impossível se obter informações

centralizadas sobre os hábitos de prescrição de psicotrópicos para crianças, por diversos motivos. Em primeiro lugar, não há nenhuma exigência formal de informação sobre os medicamentos dispensados pelas farmácias de serviços públicos, como hospitais, CAPSi e CMS, para algum órgão central. Somente as informações provenientes das farmácias privadas são centralizadas para a Anvisa. Além disso, nos receituários de medicamentos controlados não constam, a despeito de várias outras informações, a idade ou a data de nascimento dos usuários, impedindo qualquer levantamento epidemiológico nesse sentido. Finalmente, parecem inexistir no Brasil quaisquer estudos de coorte com crianças que fazem uso de psicotrópicos, mostrando seus efeitos benéficos e deletérios com o passar dos meses e anos.

Há dissonâncias também em relação às exigências éticas de pesquisas clínicas, que criam empecilhos para a investigação dos efeitos dos medicamentos nas crianças (como exames de sangue, por exemplo), em proporção maior do que as ações que impedem ou constroem as práticas psicofarmacológicas.

Exemplo de como as “não-informações” mostram uma falha do sistema e apontam para a impossibilidade de se conhecer, concretamente, o público a que se direcionam os medicamentos, de modo que se ignoram variações dos hábitos de prescrição e seus efeitos, seja em diferentes regiões ou ao longo do tempo.

Também dificulta o conhecimento desses efeitos o acompanhamento fragmentado e não longitudinal dos pacientes, que migram habitualmente de serviços. Mesmo quando as crianças permanecem por muito tempo acompanhadas em um serviço, seus atendimentos são rompidos ou desviados para outros serviços quando se tornam maiores de idade, colaborando para a pulverização das informações sobre o uso dos medicamentos e suas consequências.

Além disso, a prática de notificação de efeitos colaterais não previstos, seja pelos médicos, demais profissionais da saúde ou mesmo pela população em geral, é totalmente inconsistente. Parece não haver uma prática sistemática de divulgar informações a respeito dos efeitos colaterais que não constam das bulas dos medicamentos, seja para a Anvisa, seja através de comunicados científicos e acadêmicos ou congressos, o que poderia contribuir para as informações adicionais sobre seus efeitos desconhecidos. Esse aspecto não foi sequer citado pelos entrevistados, parecendo não fazer parte de seu repertório de práticas clínicas usuais. Além disso, há grande dificuldade de acesso ao sistema de notificação da Notivisa, de modo que as experiências pessoais, sobretudo as negativas, mantêm-se restritas ao conhecimento da família ou ao interior dos consultórios privados ou públicos, pelo médico que prescreveu, perdendo qualquer valor epidemiológico e de interesse coletivo.

Primeira forma de poder, portanto, difusa e capilarizada, que se calca paradoxalmente na existência de poucos mecanismos de controle e informação. A um só tempo se desconhecem as práticas psicofarmacológicas e não se pode intervir nelas. A maneira como as redes de comunicação sobre a prescrição de psicotrópicos em crianças funcionam (ou, na verdade, inexistem), permite que elas se mantenham ou reproduzam sem alardes, favorecendo a liberdade do mercado e a indústria farmacêutica, e escamoteando as práticas concretas.

Sobre a prescrição de psicotrópicos para a infância, mais duas palavras. Em primeiro lugar, o lugar-comum que o pediatra não prescreve nessas situações pode ser problematizado, pois há nuances nesta noção. Torna-se evidente, por exemplo, o forte desejo de prescrever, diante de alterações comportamentais significativas, inesperadas e difíceis. Além disso, existem situações específicas, exceções é verdade, em que os pediatras sentem-se autorizados a medicar, sobretudo com a colaboração de colegas, procurando sempre que possível remeter a um especialista.

Em outros casos, os pediatras não tomam a iniciativa de medicar, mas podem seguir uma prescrição anteriormente feita por um especialista, reproduzindo as receitas prescritas. Recebem queixas e notam efeitos colaterais em seus pacientes, sentindo-se desconfortáveis para modificá-las sem o aval do especialista.

Finalmente, dentre as disputas entre a prática de neurologistas e de psiquiatras, é comum que estes acusem aqueles de práticas medicalizantes e focadas exclusivamente no tratamento farmacológico. A natureza desta pesquisa não permitiu a comparação das prescrições realizadas por cada um dos especialistas. No entanto, os discursos apontam para semelhanças maiores entre as especialidades do que se supõe a princípio. Valorizar os tratamentos multidisciplinares em detrimento do uso de medicamentos, considerada apenas uma pequena parte da estratégia total de tratamento. Mas há aí uma sutileza: frente à dificuldade de oferecer de fato tratamentos multidisciplinares (por insuficiência de oferta da rede de saúde pública), a medicação torna-se mais central e não mais a figura de fundo.

Além disso, ambos têm escolhas medicamentosas semelhantes, referindo-se a substâncias de escolha para sintomas específicos, e as diferenças das escolhas medicamentosas ocorrem entre todos os entrevistados, e não se explicam pelas diferenças entre as especialidades.

Ainda que a medicação não seja considerada estratégia central de atendimento, é muito frequente o relato que ela constitui modalidade de inserção da criança nas atividades multidisciplinares, mudando a relação de figura-fundo das prioridades terapêuticas. Nesse

contexto, diz-se necessário “acalmar” a criança para que ela possa efetivamente participar do tratamento não medicamentoso; mais do que isso, para que se evite que seus sintomas “atrapalhem” o tratamento. Interessante paradoxo que recoloca a importância da medicação em outros termos.

A agressividade e a violência são um exemplo – talvez os mais importantes – de insígnias de sintoma, implicando na necessidade de tratamento, a partir de uma condição histórica fundamental que coloca a questão da periculosidade como elemento central de cuidado e controle.

* * *

As entrevistas mostram as importantes discussões a respeito da **necessidade das classificações diagnósticas**. Por um lado, não são poucos os desafios surgidos na prática cotidiana dos depoentes. Na maioria dos casos, os diagnósticos parecem ser feitos com dificuldades, o que se mostra claro pelos critérios difusos e pelo desafio de encaixar características muito diversas dentro de padrões previamente estabelecidos, muito embora haja a tendência a um processo de crescente de tentar tornar esse processo objetivo, auxiliado por escalas, *guidelines*, etc. Em certa medida, pode-se afirmar que a maioria dos casos é limítrofe, no sentido de que até as situações consideradas mais típicas levam os médicos a grandes dúvidas e dilemas em relação aos possíveis diagnósticos.

Os entrevistados relatam a dificuldade de delimitação do diagnóstico, tanto pelo seu processo de desenvolvimento quanto pela plasticidade sintomatológica de cada criança, o que demanda a revisão constante das hipóteses diagnósticas originais. Tal dificuldade tem a ver também com a distinção entre saúde e doença, uma vez que muitos sintomas são vistos como a variação qualitativa de condições consideradas próprias ao desenvolvimento infantil.

Ao mesmo tempo, o diagnóstico de crianças pequenas torna-se ainda mais complexo pelo fato de que a demanda provém de outrem: não cabe à criança o pedido inicial por medicação nem por tratamento, sendo este de iniciativa oriunda sobretudo dos pais e da escola.

Finalmente, há uma ambiguidade em relação aos diagnósticos oficiais – apesar das críticas a eles, os médicos relatam o cuidado em não tratar sem que haja critérios previamente delimitados que apontem para um diagnóstico formal, a fim de não se tratar e medicar qualquer criança que fuja aos padrões de comportamento esperados; ao mesmo tempo, parece haver certa relação de fé e de confiança quanto aos critérios diagnósticos, apoiando-se na ideia de que eles resultam do acordo e da experiência de especialistas.

A bibliografia aponta para a alta incidência de crianças diagnosticadas com transtornos mentais e comportamentais em outros lugares do mundo, com o correspondente uso de psicotrópicos. Isso não foi, de fato, verificado nessa pesquisa, devido ao método utilizado e à dificuldade de acesso a fontes que refutem ou confirmem esta hipótese. De qualquer maneira, os relatos não deixaram dúvidas: os neurologistas e os pediatras mencionaram um aumento significativo de problemas de ordem mental e comportamental em crianças, segundo sua própria observação clínica e o relato de colegas, tanto em serviços públicos quanto privados. Ao mesmo tempo, os psiquiatras relataram um aumento de procura de atendimento por crianças cada vez menores nos CAPSi, pelo menos na última década.

Aceitar sem críticas o aumento dos diagnósticos seria naturalizar conceitos e verdades historicamente construídas. Mas é muito comum que os entrevistados reflitam criticamente sobre essas transformações. Enquanto alguns atribuem o surgimento de diagnósticos e as alterações das classificações oficiais à maior acurácia teórica e especializada, muitos se questionam sobre os mecanismos sociais que colaboram para este processo. Mostram-se confusos, procurando identificar se há transformações sociais que colaboram para o adoecimento da população, havendo o que consideram o crescimento “real” dos casos diagnosticáveis, decorrentes de modificações no estilo de vida, do nascimento de crianças prematuras sobreviventes ou outras transformações orgânicas; se eles próprios e a população passam a enxergar melhor tais condições que antes não notavam, devido às informações provenientes da mídia, da divulgação científica, gerando mais demanda por tratamento; ou se tem havido menor tolerância em relação aos comportamentos desviantes das crianças, seja na escola, seja no ambiente familiar.

Relatam as relações de trabalho na atualidade, o sentimento de culpa dos pais diante do tempo escasso que dispõem para o convívio com os filhos, o processo de medicalização da educação, as exigências de produtividade oriundas das escolas, interferindo de modo significativo naquilo que se espera do desenvolvimento e da performance da criança, pendendo ao tratamento psicoterápico e farmacológico. Não é pouca a pressão sofrida pelo médico a respeito de suas decisões clínicas, como o diagnóstico e o tipo de tratamento ofertado. Em todas as especialidades, mencionou-se enfaticamente a pressão exercida pela família e pela escola para que se formalizem diagnósticos das crianças e que haja a prescrição de psicotrópicos.

Em geral, há uma visão ambígua frente às mudanças nas categorias diagnósticas: por um lado as criticam, reconhecendo seu caráter volátil e impreciso, assim como a influência de

aspectos sociais e da mídia para a aceitação de certos diagnósticos; por outro lado, dizem não poder abrir mão delas, sob o risco de diagnosticarem de forma equivocada ou excessiva. O consenso criado pelos especialistas acaba sendo um importante referencial, muito embora ele nem sempre coadune com sua própria experiência clínica. Destacam-se, por exemplo, as ambiguidades experimentadas pelos psicanalistas, que circulam entre dois critérios nem sempre consonantes: as classificações oriundas da psicanálise e aquelas originadas dos manuais diagnósticos, reconhecidamente forjados a partir dos critérios da psiquiatria biológica. Usam, por exemplo, a um só tempo expressões como espectro autista e psicose infantil, e são convidados a usar os critérios de manuais como a CID e o DSM por exigências formais e burocráticas. Expressão de um fenômeno mais amplo de homogeneização das classificações diagnósticas.

Se no contexto desta pesquisa os médicos têm a exclusividade da prescrição dos medicamentos (o que contudo não ocorre sem pressões, sugestões, interferências etc), a atribuição de diagnosticar já não lhes é exclusiva. Em serviços em que há um trabalho multiprofissional, é comum que sejam feitos diagnósticos pela equipe e o médico nem sequer conhece todos os pacientes; em outros casos, há a atribuição de diagnósticos por diferentes profissionais, como por fonoaudiólogos, por exemplo. Além disso, há a participação ativa de diversos atores sociais, que sugerem e agem diretamente na direção de diagnósticos. A escola, por exemplo, usualmente encaminha crianças para os serviços de saúde com sugestões bem delimitadas de diagnósticos, o que pode ser refutado ou acatado. Os pais também têm um papel importante na sugestão e reivindicação de diagnósticos, sofrendo por sua vez sob forte influência das instituições escolares, de vizinhos, parentes, de grupos sociais organizados e da mídia em geral. Esta, por sinal, é considerada por muitos entrevistados como responsável por veicular informações que interferem de forma definitiva na percepção de condições até então não notadas pela família, e conseqüentemente pelo aumento de crianças diagnosticadas.

Em todos os casos, fez-se referência a estratégias para “diluição” desta demanda, através de diferentes maneiras: em alguns casos, pedindo relatórios mais específicos e completos da escola e não acatando sua queixa imediatamente; em outros, marcando mais consultas antes de definir diagnósticos e prescrever medicação; observando e confrontando diferentes perspectivas de demais membros da família; oferecendo orientações cotidianas sobre a rotina familiar e maneiras de lidar com a criança, através de um período de latência para observar o possível esvaziamento dessas queixas.

Além de fatores de ordem clínica, cotidiana, outros aspectos mais organizacionais colaboram para mecanismos sutis de medicalização. É marcante a dificuldade de muitos entrevistados sugerirem a interrupção do uso de medicamentos prescritos previamente por outros médicos, mesmo quando consideram tal uso inadequado, e continuam a prescrever contra a sua vontade. Ligado a isso, há outro fator muito presente no discurso de psiquiatras e neuropediatras: o receio de negar a prescrição aos pacientes, sabendo-se que estes poderão procurar outros lugares para tratamento. O receio de se “perder o paciente” para outro médico e instituição se relaciona muitas vezes à certeza do tratamento inadequado de outra instituição, o que implica um verdadeiro paradoxo: faz-se justamente o que se critica na ação de outro profissional.

Questões organizacionais impulsionam uma prática de tradução de características, queixas e problemas em sinais, sintomas, síndromes, transtornos e diagnósticos, como, por exemplo, a necessidade de estabelecimento de diagnósticos. Como para a entrada nos serviços é necessária em geral uma hipótese diagnóstica, a maioria dos procedimentos burocráticos envolve a definição de um diagnóstico. Os serviços, por mais que se pretendam inovadores, voltam-se historicamente para a noção de doença, mais do que a construção de um lugar ao acolhimento do sofrimento, como se gostaria com base nos serviços verdadeiramente substitutivos. Por exemplo, a própria ideia de CAPSi servindo para “crianças e adolescentes gravemente comprometidos psicologicamente”, como crianças psicóticas graves, delimita a princípio o estabelecimento de um serviço voltado para uma população a que se atribuem condições patológicas específicas.

Sujeitos a essas necessidades, os médicos se vêem ainda mais pressionados a decidir por alguma entidade patológica, muito embora tenham dúvidas de sua pertinência ou de que maneira devem estabelecer tais diagnósticos. Isso corresponde à necessidade de se definir doenças, e não de produzir e favorecer ações de saúde, de articulação com a sociedade, de ações intersetoriais, que se utilize de outros recursos culturais, sociais, esportivos etc.

A sujeição dos médicos a um sistema de saúde em que prevalece a concepção de doença, mais do que de saúde, claramente se reflete em seus papéis frente às instituições e aos seus pacientes, papéis estes dos quais é difícil escapar. Isso se reflete, por exemplo, no tempo dedicado às atividades ditas tradicionais – e mais especificamente no atendimento dual no interior de um consultório. É evidente o desejo de participar de atividades coletivas, sejam elas no interior dos serviços, como no caso dos coletivos clínicos e outros trabalhos interdisciplinares no interior dos próprios CAPSi, como oficinas, grupos com os pais etc., sejam

em relações intersetoriais. Nos serviços onde tal interlecução ocorre – e mais precisamente nos CAPSi, esse vínculo é feito por outros profissionais. As atividades coletivas, o contato com outras instâncias e atores sociais cabe, grosso modo, aos demais profissionais: participação de fóruns intersetoriais, atividades esportivas, ações junto ao Conselho Tutelar, visitas feitas às escolas e destas aos CAPSi. Em serviços mais tradicionais, como ambulatórios, tais práticas são ainda menos comentadas.

Assim, as classificações diagnósticas oficiais têm se tornado, por sua onipresença, em critérios cada vez mais dominantes de compreensão nosográfica e nosológica, dando pouco espaço à criação e à resistência entre as diferentes especialidades.

Mas isto está ligado a outra prática de poder, que se traduz naquilo que Foucault chamou de *cuidado de si*, e que diz respeito a todo um ideal estético que pressupõe uma forma de existência para si e relações de poder na relação com os demais, justamente porque contribui para a criação de demandas da população em geral destinadas aos profissionais especializados, que se tornam responsáveis por ajudar a moldar determinadas formas de ser.

As relações e disputas entre as três especialidades mostram importantes concepções a respeito dos diagnósticos e a prescrição de psicotrópicos, inclusive na primeira infância. Psiquiatras e neuropediatras fazem menção ao uso do DSM e da CID como critérios para diagnósticos. Alguns neuropediatras distinguem essas classificações, utilizando o DSM para efeitos clínicos e a CID para funções burocráticas. Já os pediatras referem-se mais ao uso de escalas, como o SNAP, o que não foi referido por psiquiatras e neuropediatras, e preferem realizar um encaminhamento mais intuitivo aos especialistas a buscar nos manuais diagnósticos critérios objetivos.

Há convergências e disputas a respeito dos diagnósticos. Algumas entidades classificatórias encontram-se em campos de interseção, como problemas escolares e queixas comportamentais variadas e difusas, sob a égide das três especialidades; em outros casos, há situações sobre as quais se concorda estar em campos específicos, como neuropatias e epilepsia são próprios de neuropediatras (muito embora pediatras também tratem os segundos) ou casos considerados de psicose, esquizofrenia infantil e ameaças de suicídio, de psiquiatras; outras situações representam verdadeiros campos de contestação, o que fica claro em diagnósticos como TDAH e autismo.

Surgem também acusações mútuas em torno da utilização abusiva de exames complementares. Ao mesmo tempo, há o consenso que eles só devem ser utilizados em práticas excludentes, ou seja, para excluir diagnósticos e não defini-los.

Os entrevistados apontam variações significativas no tipo de demanda que surge nos diferentes tipos de serviços: entre os serviços públicos e consultórios privados, por exemplo. Alguns neuropediatras afirmam haver, no serviço público (e em alguns casos específicos, como hospitais universitários) a chegada de uma maior diversidade de casos, com dificuldade prévia de diagnóstica em outras instituições. Ali, há portanto a responsabilidade de se encontrar diagnósticos até então não definidos. Em outros casos, pediatras revelam haver uma diferença entre a experiência pública ou privada, como mais situações comportamentais no serviço privado e mais escolares nos públicos, o que se explicaria, em parte, às próprias insuficiências da escola pública.

Os entrevistados referem-se às questões de marcas, rótulos e estigmas provenientes da atribuição de diagnósticos, o que também aparece de forma ambígua. Por um lado, muitos reconhecem que os diagnósticos podem trazer estigmas à criança e à família, a partir do estabelecimento de criação de identidades. As famílias muitas vezes rejeitam esses rótulos ou se isolam socialmente, preocupados com a opinião da sociedade em relação às crianças.

A posição dos pediatras frente aos diagnósticos e tratamentos revelam importantes questões a respeito da compreensão do comportamento e do sofrimento mental na infância, assim como as formas de lidar com eles. O papel da pediatria e mais especificamente da puericultura sempre foi relevante em relação à questão do desenvolvimento das crianças, do comportamento, intervenções e orientações quanto ao trato com elas, etc. Mas a ilusão de contar com mecanismos objetivos na identificação e definição de diagnósticos tem convidado os pediatras a contar com recursos burocráticos e automatizados, utilizando-se de maneira enfiada de formulários, guias, guidelines, escalas, resguardados sob os supostos avanços psicométricos da medicina e das práticas psi. Não foram poucos os relatos dos pediatras sobre o envio de formulários para o preenchimento de professores, cuidadores e pais, que retornam às consultas com informações marcadas nestes instrumentos psicométricos.

Redução perigosa, pois coloca os pediatras em posição de assumir uma espécie de nova especialização, oriunda da psiquiatria e neurologia, em vez de sua própria prática e expertise; ao mesmo tempo, simplifica aparentemente o processo diagnóstico, diminuindo as contradições inerentes a ele e criando distorções deletérias; além disso, favorece o encaminhamento, para os

especialistas, de condições que poderiam ser conduzidas pela própria experiência e intuição do pediatra.

* * *

O paradoxo da **intervenção precoce** permeia de forma significativa as práticas discursivas a partir de três caminhos principais: por um lado, a intervenção precoce justifica ações terapêuticas, a fim de evitar danos maiores no futuro; por outro, mostra grandes dificuldades na delimitação entre o normal, o anormal e o patológico, o que é especialmente evidente de quando se trata de um público de crianças muito pequenas; finalmente, mostra uma dissonância entre as formas de intervenção precoce desejadas – focadas sobretudo em ações sociais – e aquelas realizadas de fato – centradas no conceito de doença e tendo como ação o indivíduo.

A ideia da intervenção precoce é vista em geral muito positivamente pelos entrevistados. Ainda que haja críticas ao estabelecimento apressado de diagnósticos, o tratamento e estimulação rápidos resultam do receio de consequências maléficas no futuro, seja de ordem social, escolar, familiar ou até laborativa.

O campo específico do diagnóstico na primeira infância sugere dificuldades particulares. Trata-se, em primeiro lugar, de demanda por procuração, ou seja, outras pessoas, que não o interessado direto, buscam tratamento. O que não é, afinal, estranho ao campo da psiquiatria. Mas no caso da primeira infância não há exceções. Em todos os casos a demanda parte de outrem. Além disso, é notória a confusão com a questão do chamado desenvolvimento normal, uma vez que aquilo tido como transtorno pode ser facilmente confundível com atitudes muito típicas da infância. É evidente a dificuldade em distinguir aquilo que é próprio da primeira infância, a maleabilidade desses comportamentos, daquilo tido como patológico. Daí a contribuição de Canguilhem (2009) ao afirmar que a definição do normal e do patológico não pode ser tomada unicamente pela média, pelo mais comum ou esperado, mas por critérios valorativos próprios à vida. No contexto desta pesquisa, podemos talvez entender que os critérios valorativos têm, em última instância, aspecto social. Ou seja, a definição do que é normal e patológico depende fundamentalmente dos critérios socialmente construídos do que é esperado ou não e, por isso mesmo, sujeito a variações importantes com o passar do tempo ou dos contextos em que existem.

Há inúmeros relatos da chegada de crianças cada vez mais novas aos serviços de saúde mental. Crianças que passaram a acessar os serviços de saúde mental até mesmo com um ano e

meio, muitas com dois ou três anos. Todos os entrevistados que comentaram essa modificação a vêem de forma positiva, entendem que a chegada de crianças pequenas em serviços de saúde mental favorece uma ação mais incisiva, evitando danos maiores no futuro. Alguns atribuem isso à maior e melhor informação e divulgação do trabalho dos CAPSi; outros, à oferta de serviços não-manicomiais, o que permite que as mães se sintam mais confortáveis para encaminhar seus filhos; em outros casos, ainda, referem-se à possibilidade de identificar rapidamente certas condições, como o autismo, oferecendo grande vantagem do estabelecimento de diagnósticos precoces.

Essa ideia se vincula a outra de que há grandes “preconceitos” em relação aos diagnósticos em crianças pequenas, o que se expressa na opinião de que determinados comportamentos são próprios à idade, de que os pais e familiares têm dificuldade em admitir problemas dos filhos e que profissionais de saúde cometem o equívoco de atribuir aos comportamentos desviantes características próprias da idade.

Finalmente, cria-se um paradoxo em que, a um só tempo, reconhece-se que as condições de problemas mentais e comportamentais ocorrem em grande parte devido a condições sociais, familiares etc., sendo necessária a “prevenção” nesse sentido. Isto fica claro, por exemplo, na literatura voltada para a pediatria do desenvolvimento e no discurso sobre o reconhecimento de condições sociais no aparecimento de certas condições sociais. Ao mesmo tempo, os entrevistados se mostram absolutamente impotentes frente aos problemas que julgam de ordem social – a questão da violência generalizada, a inoperância do sistema escolar, os problemas de ordem familiar etc. Desta forma, há um deslocamento do ideal proveniente da prevenção de condições sociais mais amplas para aquela prevenção eminentemente terapêutica e sanitária.

Apesar de se atribuir grande importância à contribuição do pediatra para a identificação de diagnósticos precoces, usualmente se desconhece o pediatra de origem das crianças, o que fica muito patente sobretudo em relação aos psiquiatras que trabalham nos CAPSi. A maioria dos neurologistas entrevistados se origina da pediatria e avalia poder identificar problemas clínicos. Em alguns ambulatórios de neurologia infantil, a triagem inicial é feita por pediatras e há a interlocução entre os profissionais. Os psiquiatras que trabalham em CAPSi, por sua vez, em geral desconhecem completamente se as crianças são acompanhadas por pediatras, quem são estes e em que serviços se encontram, tampouco suas opiniões a respeito dos problemas comportamentais das crianças, caso haja esse acompanhamento. Este é um ponto delicado da rede e da atenção às crianças, uma vez que aí há a reprodução das práticas típicas do atendimento dos chamados transtornos mentais, da psiquiatria e de serviços de saúde mental,

em que a noção de doença mental prevalece em relação ao cuidado mais amplo às necessidades do paciente.

* * *

Em relação aos **tratamentos de escolha**, pôde-se observar uma relação não linear entre o diagnóstico e o tratamento empregado. O que parece preponderar nas decisões farmacológicas não são os diagnósticos, mas os sintomas, o que não está relacionado a hipóteses etiológicas diferentes atribuídas aos diferentes diagnósticos. Os sintomas podem se manifestar de forma difusa, não necessária e não específica de qualquer diagnóstico. A agressividade é um exemplo disso. Presente em condições diversas que pressupõem hipóteses etiológicas igualmente distintas, ela é tratada muitas vezes de forma similar, independente do diagnóstico de base. Ou seja, diante de uma condição de agressividade tida como patológica, há escolhas farmacológicas próprias, que não são definidas pelos diagnósticos.

Mas esta não-linearidade não é recente. Remete-nos mesmo ao alienismo, momento em que, para Foucault (2006), ao esforço nosográfico não correspondiam técnicas terapêuticas próprias. Ou seja, apesar da tentativa de classificar os alienados segundo um modelo semelhante ao “jardim das espécies”, distinguidos por categorias, o que definia a terapêutica empregada dependia de outros critérios, provocando uma distorção na relação existente entre a teoria médica e a prática asilar.

As variações entre psiquiatras e neuropediatras são menores do que se supõe: ambos afirmam a centralidade do tratamento multiprofissional, e não farmacológico, dos transtornos de ordem mental e comportamental, muito embora a medicação cumpra um papel de substituto desta estratégia mais ampla de cuidado, quando esta se mostra insuficiente ou inalcançável.

Em relação ao pediatra, há uma dupla vinculação: ao mesmo tempo que eles se vêem convidados a agir cotidianamente em relação aos problemas de ordem mental e comportamental, atuando informalmente e com base na sua expertise e no seu bom-senso, parecem por outro lado não se ver autorizados a isso. Parece haver uma tendência perigosa de demanda aos pediatras de uma identificação mais precisa de transtornos mentais, a partir de parâmetros, *guidelines*, escalas, o que, aliás, torna-se um nicho importante para o mercado de psicofármacos.

A outra possível explicação tem a ver com uma disputa de poder cujas raízes se encontra no surgimento de uma especialidade neurológica distinta da psiquiatria, com uma série de concepções e estratégias que não se resumem à diferença entre o orgânico e o psíquico, conforme nos mostra Foucault. Estratégias de poder diferentes, que se estendem até hoje.

Disputa esta acirrada com o fortalecimento da chamada psiquiatria biológica e com a ascensão das neurociências e da neuropsiquiatria.

Há outra disputa pouco evidente, que diz respeito à suposta diferença de objetivo de tratamento. No caso da neurologia, é mais comum que se direcione o tratamento para a adaptação social – o que se traduz em termos de funcionalidade, inserção, independência, capacidade etc. No caso da psiquiatria, se enfatiza o sofrimento mental. No entanto, a prática psiquiátrica não escapa de buscar também a adaptação social dos pacientes. Isso fica claro nas falas e em contradições que emergem da tentativa de explicar o se trata o sofrimento mental: parâmetro complexo que, se referido por outros – médicos, pais, professores, muito facilmente se confunde com os processos e objetivos de adaptação.

Mas além disso, uma pesquisa mais histórica mostra que existe uma ligação muito profunda entre a psiquiatria e os métodos a um só tempo terapêuticos e educacionais, desde o alienismo. Relação esta que se reatualiza através de técnicas modernizadas mas que ligam de forma fundamental o tratamento psiquiátrico na infância ao modelo pedagógico.

A psicanálise é também constituinte fundamental de uma clínica psiquiátrica voltada para a infância, o que se expressa na formação dos serviços de saúde mental no Brasil. Tal influência se apresenta claramente no discurso de muitos entrevistados e se estende à compreensão nosológica dos ditos transtornos mentais, ao mesmo tempo que implica em um conflito com as exigências e demandas das classificatórias da psiquiatria biológica que surgem na prática cotidiana. Assume-se, supostamente, um posicionamento “não-medicamentoso”, ao mesmo tempo que se refutam posicionamentos pedagógicos, que objetivam a adaptação social. No entanto, a contribuição da psicanálise foi também fundamental para a construção das bases dos tratamentos de caráter pedagógico que marcaram as práticas históricas de saúde mental no Brasil, para a infância.

As formas de tratamento empregado mostram os diferentes papéis que as diferentes especialidades pretendem assumir sobre casos compartilhados. Um aspecto interessante é o papel do pediatra. Muito embora em geral não reconheça tratar de problemas mentais e comportamentais, estes são cotidianos em suas práticas. Em geral, ele se vê dividido entre duas posições. Por um lado, uma postura mais informal, intuitiva, de lidar e orientar sobre os comportamentos difíceis, acolhendo a família e a criança (daí a ideia do “grande urso”). Por outro, uma postura mais técnica, baseada em parâmetros clínicos objetivos, com o uso de

escalas, para a identificação de possíveis transtornos e para o encaminhamento para o neuropediatra ou o psiquiatra. Situação que revela como historicamente se construíram os papéis de cada um destes especialistas. É patente a dúvida que os pediatras têm em encaminhar para uns e para outros. Sentem-se confusos em relação à suposta natureza psíquica e orgânica das doenças, muito embora tentem dividi-las a partir deste critério, destinando os primeiros aos psiquiatras e segundos aos neurologistas. Usam parâmetros muito variáveis, dependendo dos sintomas, e da facilidade de acesso aos profissionais e do hábito. Mas além disso, muitos deles parecem associar aos psiquiatras as funções historicamente conhecidas como aquelas das sociopatias, com base fundamentalmente moral.

Há alguns fatores que parecem contribuir para a disputa dentre as especialidades. Um, de caráter mais institucional, diz respeito à oposição que se explica, em parte, pela diferença de funcionamento entre modalidades mais tradicionais de atendimento, de caráter mais ambulatorial, e serviços que se pretendem inovadores e substitutivos ao modelo manicomial. A organização destes serviços colabora para a construção do “aquário” ao qual Veyne se refere na introdução deste trabalho. Trata-se do esforço de resistir e se opor às práticas tradicionais de cuidado, ao mesmo tempo que há grandes dificuldades de produzir práticas inovadoras.

Há relatos oriundos de pediatras e neuropediatras sobre dificuldades e problemas na rede, sobretudo em relação ao acesso a tratamentos multiprofissionais,. Quando os tratamentos existem no próprio serviço, como em ambulatorios, parece não haver grande preferência para encaminhar aos CAPSi, como parecem supor os psiquiatras, que muitas vezes julgam que os neuropediatras encaminham para esses serviços porque lá há um “tratamento de verdade”, e não apenas farmacológico. Por outro lado, os entrevistados relatam grandes dificuldades de encaminhamento para outros serviços, devido a “labirintos” obscuros do SUS.

Em relação à escolha dos pais entre uns e outros profissionais, afirma-se entre as três especialidades haver uma espécie de estigma histórico carregada pela psiquiatria, de modo que a preferência é, usualmente, por neurologistas.

Identificamos também que a própria formação da medicina mental, desde a prática do alienismo, pressupõe uma relação muito íntima entre o tratamento e a educação, que se coloca em vários níveis e formas.

A partir dos depoimentos e das práticas discursivas de psiquiatras da infância, neuropediatras e pediatras, pretendemos haver identificado algumas relações sociais, políticas, éticas, estéticas, morais etc., que se estabelecem a partir das práticas terapêuticas –

especificamente psicofarmacológicas – na infância e mais precisamente na primeira infância. Dentre as concepções que ajudam a construir os ideais da prescrição de psicotrópicos, das classificações diagnósticas, do objetivo da intervenção precoce e dos tratamentos de escolha usuais, aparecem algumas formas de relação de poder que não se estabelecem de forma verticalizada, a partir imposições de mecanismos políticos estatais. Relações estas que agem em diferentes direções e que procuram atender aos desejos de controle das populações através de mecanismos cotidianos, da vida diária; mas que surgem mesmo a partir do desejo dos indivíduos em seus ideais de transformação de si (e de suas crianças!); e que são, finalmente, facilitados por processos organizacionais e burocráticos que privilegiam a construção de marcadores patológicos, mais do que ao fim de atender às demandas variadas de sofrimento mental trazido pela população. Questões urgentes acerca da primeira infância, onde se carregam ideais muito próprios de intervenção precoce, necessidade de performance e comportamentos esperados. Práticas que exigem uma observação permanente, construindo tensões (necessárias) mas evitando os paradoxos de controle da população a partir de mecanismos de não controle, e não conhecimento. Afinal, como afirmou Foucault (1984), “se há relações de poder em todo campo social, é porque há liberdade por todo lado” (p.271). Ou seja, é preciso que conheçamos as estratégias de poder que se estabelecem em relação determinadas práticas – nunca totalmente superáveis, aliás – para que possamos resistir a elas. Somente tornando evidentes os mecanismos sutis de medicalização é que poderemos nos opor a eles.

REFERÊNCIAS

ABRAHAM, John. Pharmaceuticalization of society in context: Theoretical, empirical and health dimensions. *Sociology* 44(4):603-622, 2010.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Apresentação. Bem-vindo ao Sistema Nacional de Notificações para a Vigilância Sanitária – NOTIVISA. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/notivisa/apresenta.htm>> Acesso em 13 abr. 2016.

_____. *Como a Anvisa vê o uso off label de medicamentos*. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/medicamentos/registro/registro_offlabel.htm>. Acesso em 21 abr. 2014.

_____. *Glossário*. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/content/Anvisa+Portal/Anvisa/Pos++Comercializacao++Pos++Uso/Farmacovigilancia/Assunto+de+Interesse/Glossario>>. Acesso em: 24 out. 2013.

_____. *Pesquisa clínica*. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/medicamentos/pesquisa/def.htm>>. Acesso em 05 fev. 2016.

_____. Prescrição e consumo de metilfenidato no Brasil: identificando riscos para o monitoramento e controle sanitário. *Boletim de Farmacoepidemiologia SNGPC*. Ano 2, nº2, jul.-dez. 2012.

_____. Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados (SNGPC): Resultados 2009. Brasília: Anvisa, 2010. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/sngpc/relatorio_2009.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2016.

ALMEIDA-FILHO, Naomar. Family variables and child mental disorders in a Third World urban area (Bahia, Brazil). *Soc Psychiatry*, 19: 23-30, 1984.

AMARANTE, Paulo. A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. In: _____. (coord.) *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: NAU, 2003. Pp. 45-65.

_____. Apresentação. In: BASAGLIA, Franco. Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica. Amarante, Paulo. (Org.). Rio de Janeiro: Garamond, 2005. Pp. 7-16.

- _____. *É a cultura que faz pessoas demandarem manicômio, exclusão, limitação* [entrevista]. 8 dez. 2014. Disponível em: <<http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/entrevista-e-culturalmente-que-pessoas-demandam-manicomio-exclusao-limitacao-do-outro>>. Acesso em: 24 abr. 2016.
- _____. *Loucos pela vida: A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. 2.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- _____. Reforma psiquiátrica e epistemologia. *Cad. Bras. Saúde Mental*, vol.1, n.1, jan.-abr. 2009.
- _____. *Saúde mental e atenção psicossocial*. 2.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- _____. Legitimar a ciência: a psiquiatria na ordem social. In: _____. *Teoria e crítica em saúde mental: textos selecionados*. São Paulo: Zagodoni, 2015, p. 53-64.
- _____.; PANDE, Mariana N. R. Medicalização da educação ou pedagogização do comportamento? Um século de metamorfoses da relação entre sabers médico-psicológicos e pedagógicos. In: DANTAS, Jurema B. (org.) *A infância medicalizada: discursos, práticas e saberes para o enfrentamento da medicalização da vida*. Curitiba: CRV, 2015. P.77-102.
- _____.; TORRE, Eduardo Henrique G. A constituição de novas práticas no campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, vol.25, n.58, p.26-34, mai./ago. 2001.
- _____. Medicalização e determinação social dos transtornos mentais: a questão da indústria de medicamentos na produção de saber e políticas. In: NOGUEIRA, Roberto Passos (org.). *Determinação social da saúde e reforma sanitária*. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. <<http://www.amazon.com.br>>. Acesso em: 29 ago. 2012.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). *Diagnostic and Statistical Manual – Mental Disorders*. Washington: APA, 1952.
- _____. *Manual de Diagnóstico e Estatística dos Distúrbios Mentais*, 3ª Edição (DSM-III). Lisboa: Editora Portuguesa de Livros Técnicos e Científicos, 1986.
- _____. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR). Washington, American Psychiatric Association: 2000.
- _____. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, fifth edition (DSM-5). Arlington: American Psychiatric Association, 2013.
- _____. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais, DSM-5. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- _____. *DSM-5 Development*. Disponível em: <<http://www.dsm5.org>>. Acesso em 05 fev. 2014.

_____ (2013b). *Highlights of changes from DSM-IV-TR to DSM-5*. Disponível em: <<http://www.dsm5.org/Documents/changes%20from%20dsm-iv-tr%20to%20dsm-5.pdf>>.

Acesso em 29 abr. 2014.

_____. TASK-FORCE ON DSM-IV and other committees and work groups of the APA. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR). Washington, American Psychiatric Association: 2000.

_____. Disponível em: <<http://www.dsm5.org/about/Pages/faq.aspx>>. Acesso em: 18 jul. 2012

ANDREASEN, Nancy C. What is psychiatry? (Editorial). *Am J Psychiatry* 154:5, May 1997.

ANGELL, Marcia. A epidemia de doença mental. *Piauí*, edição 59, abr. de 2012.

_____. *A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos: como somos enganados e o que podemos fazer a respeito*. 5. ed. Rio de Janeiro: Record, 2010.

ANGELUCCI, Carla Biancha; SOUZA, Beatriz de Paula. Apresentação. In: Conselho Regional de Psicologia de São Paulo; Grupo Insterinstitucional Queixa Escolar (org.). *Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doença de indivíduos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011. p.7-13.

ARIÈS, Philippe. *História Social da Criança e da Família*. Rio de Janeiro: LTC, 1981.

ASSOCIAÇÃO Brasileira de Psiquiatria. Cerca de 5 milhões de crianças demonstram problemas mentais. Disponível em: <<http://www.abp.org.br/portal/?s=12%2C6%25&submit.x=0&submit.y=0>>. Acesso em 06 out. 2014.

ASSOCIAÇÃO Brasileira do Déficit de Atenção. *Diagnósticos-criança*. Disponível em: <<http://www.tdah.org.br>>. Acesso em: 22 fev. 2013.

ASSUMPÇÃO JR, Francisco B. Aspectos psiquiátricos da criança escolar. *Rev. psicopedag.*, São Paulo, vol.26, n.81, 2009.

ASSUMPÇÃO JR, Francisco B.; PIMENTEL, Ana Cristina M. Autismo infantil. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, São Paulo, v. 22, supl. 2, p. 37-39, dez. 2000.

BAPTISTA, Tatiana W. F.; BORGES, Camila Furlanetti; MATTA, Gustavo Correa. Sobre as contribuições da arqueologia do saber para estudos da saúde coletiva. Rio de Janeiro, ENSP/Fiocruz, 2014 (mimeo).

BAPTISTA, Tatiana .W.F.; MATTOS, Rubem. A. Ciência, metodologia e o trabalho científico (ou Tentando escapar dos horrores metodológicos). In: _____. (Org). *Caminhos para análise das políticas de saúde*, 1.ed.– Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015. p.83-149.

BASAGLIA, Franco [1969]. Carta de Nova York – O doente artificial. In: _____. Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica. AMARANTE, Paulo. (Org.). Rio de Janeiro: Garamond, 2005. Pp. 151-160.

BAUTHENEY, Katia Cristina S. F. *Transtornos de aprendizagem: quando “ir mal na escola” torna-se um problema médico e/ou psicológico*. 2011. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, São Paulo.

BELTRAME, Marina Maria; BOARINI, Maria Lúcia. Saúde mental e infância: reflexões sobre a demanda escolar de um CAPSi. *Psicologia: ciência e profissão* 33(2), 336-349, 2013.

BENOIT, Guy; KLEIN, Jean-Pierre. *Histoire contemporaine de la psychiatrie de l'enfant*. Paris: PUF, 2000.

BENTES, Ana Lúcia Seabra. *Baú de Retalhos nº 2 – Breve Histórico da Unidade Hospitalar Vicente Rezende – a UHVR (Capítulo 4)*. In: _____. Tudo como dantes no Quartel d'Abrantes: estudo das internações psiquiátricas de crianças e adolescentes através de encaminhamento judicial [Dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/ Fundação Oswaldo Cruz, 1999. p. 43-51.

BENZATO, Cláudio E., ZORZANELLI, Rafaela. Superando a falsa dicotomia entre natureza e construção social: o caso dos transtornos mentais. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, São Paulo, 17(1), 100-113, mar. 2014

BERCHERIE, Paul [1983]. A clínica psiquiátrica da criança: estudo histórico. In: CIRINO, Oscar. *Psicanálise e psiquiatria com crianças: desenvolvimento ou estrutura*. Belo Horizonte: Autêntica, 2001.

BHATARA, Vinod S; FEIL, Michael; HOAGWOOD, Kimberly; VITIELLO, Benedetto; ZIMA, Bonnie. Trends in combined pharmacotherapy with stimulantes for children. *Psychiatric services*, vol. 53, n.3, mar. 2002.

BILAC, Olavo. No Hospício Nacional – Uma visita á secção das creanças. In: *Kósmos – Revista Artística, Científica e Litteraria*, Rio de Janeiro, ano 2, n. 2, fev. 1905. Também publicado em: AMARANTE, Paulo (org.). *Ensaio: Subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p.307-314.

BINET, Alfred; SIMON, Théodore. *Les enfants anormaux: guide pour l'admission des enfants anormaux dans les classes de perfectionnement*. Paris: Armand Colin, 1907.

_____. Méthodes nouvelles pour le diagnostic du niveau intellectuel des anormaux. *L'année psychologique*, vol. 11, pp. 191-244, 1904.

BIRMAN, Joel. Arquivo da agressividade em psicanálise. *Natureza humana*, v.8, n.2. São Paulo, dez. 2006.

BIRMAN, Joel. *Prefácio: Além daquele beijo!?* – sobre o infantil e o originário em psicanálise. In: SANTA ROZA, Eliza; SCHUELER, Eliana R. *Da análise na infância ao infantil na análise*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 1997. p.7-37.

BLADER, Joseph C.; CARLSON, Gabrielle A. Increased rates of bipolar disorder diagnoses among U.S. child, adolescent, and adult inpatients, 1996-2004. *Biological Psychiatry*, vol.62 (2), pp.107-114, July 2007.

BOURNEVILLE, Désiré M. *Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie*: Compte-rendu du service des enfants idiots, épileptiques et arriérés de Bicêtre pendant l'année 1901. Paris: Progrès Médical, 1902.

_____. *Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie, l'idiotie et l'hydrocéphalie*: Compte-rendu du service des enfants idiots, épileptiques et arriérés de Bicêtre pendant l'année 1893. Paris: Progrès Médical/ Félix Alcan, 1894.

_____. *Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie, l'idiotie et l'hydrocéphalie*: Compte-rendu du service des enfants idiots, épileptiques et arriérés de Bicêtre pendant l'année 1894. Paris: Progrès Médical/ Félix Alcan, 1895.

_____. (org.) *Recueil de Mémoires, notes et observations sur l'idiotie*. Tome I. Paris: Progrès Médical: 1891.

_____; ROYER, Maurice; MAUGERET, Reine. *Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie*: Compte-rendu du service des enfants idiots, épileptiques et arriérés de la Fondation Vallée pendant l'année 1906. Paris: Progrès Médical, 1907.

BOUSQUET, s/n. Éloge d'Itard. In: BOURNEVILLE, Désiré M. (org.); ITARD, Jean Marc Gaspard. *Rapports et mémoires sur le sauvage de l'Aveyron, l'idiotie et la surdi-mutité; avec une appréciation de ces rapports par Delaslaube; préface par Bourneville. Eloge d'Itard, par Bousquet*. Paris: Progrès Médical; Félix Alcan, 1894.

BRAGA, Cláudia P.; D'OLIVEIRA, Ana Flávia P. L. A continuidade das internações psiquiátricas de crianças e adolescentes no cenário da Reforma Psiquiátrica Brasileira. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 19, n. 52, p. 33-44, mar. 2015.

BRASIL. Decreto nº 5.053, de 22 de abril de 2004a. Aprova o regulamento de fiscalização de produtos de uso veterinário e dos estabelecimentos que os fabriquem ou comerciem, e dá outras providências.

_____. Lei nº 5.081, de 24 de agosto de 1966. Regula o Exercício da Odontologia.

_____. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/17498.htm>.

_____. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm>. Acesso em 18 março 2016.

_____. Lei n. 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8742compilado.htm>. Acesso em 05 abr. 2016.

_____. Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012a. Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista; e altera o § 3o do art. 98 da Lei n. 8.112, de 11 de dezembro de 1990. Disponível em: <<http://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/1033668/lei-12764-12>>. Acesso em: 27 mai. 2016.

_____. Lei nº 12.796, de 4 de abril de 2013. Altera a lei nº9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, para dispor sobre a formação dos profissionais da educação e dar outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/112796.htm>. Acesso em: 25 jan. 2016.

_____. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). CID-10. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>>. Acesso em: 23 abr. 2016.

_____. Ministério da Saúde. *I Conferência Nacional de Saúde Mental*: relatório final, 25 a 28 de junho de 1987. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0206cnsm_relafinal.pdf>. Acesso em: 19 mar. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 1554, de 30 de julho de 2013. Dispõe sobre as regras de financiamento e execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

_____. Ministério da Saúde. *Saúde Mental em Dados – 12*, ano 10, nº 12. Informativo eletrônico. Brasília: outubro de 2015. Disponível em: < <http://www.otics.org/estacoes-de-observacao/saude-mental/acervo/arquivos/saude-mental-em-dados-12/view>>. Acesso em: 18 mar. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 16 abr. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria 276, de 30 de março de 2012. Institui o Sistema de Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS). Brasília, 2012c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil*. Brasília, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Sistema de Regulação. In: _____. *Diretrizes para a implantação de complexos reguladores*, 2ª ed. Série A. Normas e Manuais Técnicos, Série Pactos pela Saúde 2006, v. 6 Brasília, 2010. Pp.27-35.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. *Risperidona no Transtorno do Espectro do Autismo (TEA)*. Relatório da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) – 123. Abril de 2014. Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2014/Relatorio_Risperidona-Autismo-CP.pdf>. Acesso em: 05 fev. 2016.

_____. Portaria SAS 189, de 19 de novembro de 1991. Aprova a inclusão de Grupos e Procedimentos da Tabela do SIH-SUS, na área de Saúde Mental.

_____. Portaria SNAS n. 224, de 29 de janeiro de 1992. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_saude_mental_1990_2004_5ed.pdf>. Acesso em: 20 março 2016.

_____. Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial.

_____. Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II, CAPS III (...). Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-336.htm>>. Acesso em: 30 ago. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.608, de 03 de agosto de 2004c. Constitui Fórum Nacional sobre Saúde Mental de Crianças e Adolescentes. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt1608_03_08_2004.html>. Acesso em: 21 março 2016.

_____. *Relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde*, 17 a 21 de março 1986. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_8.pdf>. Acesso em: 19 mar. 2016.

Brasil, Heloísa Helena A; Belisário Filho, José F. Psicofarmacoterapia. *Rev Bras Psiquiatria* 22 (Supl. II): 42-7, 2000.

BRAUNER, Cheryl B.; STEPHENS, Cheryll B. Estimating the prevalence of early childhood serious emotional/behavioral disorders: challenges and recommendations. *Public Health Reports*, vol.121, pp.303-310, May-June 2006.

BRITO, Gilberto N. O. PINTO, Rita C. A., LINS, Mauro F. C. A Behavioral Assessment Scale for Attention Deficit Disorder in Brazilian Children Based on DSM-III-R Criteria. *Journal of Abnormal Child Psychology*, vol. 23, n. 4, 1995.

BRP Guia de Remédios. Disponível em: <<http://www.medicinanet.com.br>>. Acesso em: 06 jun. 2014.

BUFFERD, Sara J; DOUGHERTY, Lea R; CARLSON, Gabrielle A; ROSE, Suzanne; KLEIN, Daniel N. Psychiatric disorders in preschoolers: continuity from ages 3 to 6. *Am J Psychiatry* 169:11, Nov. 2012.

BUGNI, Vanessa M.; TERRERI, Maria Teresa S. L. R. A.; NUNES, Nicole A. C.; LEN, Cláudio Arnaldo; BARBOSA, Cássia Maria P. L.; HILÁRIO, Maria Odete E. Síndrome DRESS e lúpus eritematoso sistêmico juvenil em menina de dois anos de idade. *Rev. Bras. Reumatol.*, São Paulo , v. 48, n. 4, p. 256-260, ago. 2008.

BURKLE, Thaaty S. Uma reflexão crítica sobre as edições do Manual de Diagnóstico e

Estatística das Perturbações Mentais –DSM [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro, Instituto de Estudos em Saúde Coletiva/UFRJ, 2009.

CALIMAN, Luciana V.; DOMITROVIC, Nathalia. Uma análise da dispensa pública do metilfenidato no Brasil: o caso do Espírito Santo. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 23[3]:879-902, 2013.

CAMARA, Sônia. Inspeção sanitária escolar e educação da infância na obra do médico Arthur Moncorvo Filho. *Rev. bras. hist. educ.*, Campinas, vol.3, n.3 (33):57-85, set./dez. 2013.

CAMARGO JR., Kenneth Rochel. Medicalização, conhecimento e o complexo médico-industrial. In: PINHEIRO, Roseni; LOPES, Tatiana C. (org.). *Ética, técnica e formação: as razões do cuidado como direito à saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2010.

_____. Medicalização, farmacologização e imperialismo sanitário. *Cad. Saúde Pública*, 29(5):844-846, mai. 2013.

CAMARGO JR., Kenneth R. Sobre palheiros, agulhas, doutores e o conhecimento médico: o estilo de pensamento dos clínicos. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 19(4):1163-1174, jul.-ago. 2003.

CAMPOS, Gastão W. S.; DOMITTI, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23(2):399-407, 2007.

CANGUILHEM, Georges. *Escritos sobre a medicina*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.

CANGUILHEM, Georges. *O Normal e o Patológico*. (6ª ed. revista). Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

CAPONI, Sandra. Michel Foucault e a persistência do poder psiquiátrico. *Ciência & Saúde Coletiva* 14(1), 95-103, 2009.

CARRILHO, Heitor. Psicogênese e determinação pericial da periculosidade. *Arq. Neuro-Psiquiatr.*, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 25-45, mar. 1948.

CARVALHO, Janaína. PMs vão presos após cinco jovens serem mortos em carro no subúrbio do Rio. *O Globo*, 29 nov. 2015. Disponível em: <<http://g1.globo.com/rio-de-janeiro/noticia/2015/11/cinco-jovens-sao-mortos-no-rio-e-parentes-das-vitimas-culpam-pm.html>>. Acesso em: 2 dez. 2015.

CASTEL, Robert. *A Ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo*. Rio de Janeiro: Edições

Graal, 1978.

CASTIEL, Luis David; GUILAM, Maria Cristina R.; FERREIRA, Marcos Santos. *Correndo o risco: uma introdução aos riscos em saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

CAVALCANTE, Cinthia M.; JORGE, Maria S. B.; SANTOS, Danielle C. M. Onde está a criança? Desafios e obstáculos ao apoio matricial de crianças com problemas de saúde mental. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 22(1):161-178, 2012.

CAVALLAZZI, Luís Otávio; GREZESIUK, Anderson K. Síndrome serotoninérgica associada ao uso de paroxetina. *Arq. Neuropsiquiatr.* 57(3-B):886-889, 1999.

CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS (CEBRID). *Livreto informativo sobre Drogas Psicotrópicas*. Disponível em: <<http://www.cebrid.epm.br/index.php>>. Acesso em: 20 out. 2013.

CHAMAK, Brigitte. Autisme: nouvelles représentations et controverses. *Psychologie Clinique*, n.36: 59-67, 2013/2.

CHAMBARD, E. Idiotie. In: DECHAMBRE, A.; LEREBoullet, L. *Dictionnaire Encyclopédique des Sciences Médicales*. Quatrième série, F-K, Tome Quinzième, HYL-INH. Paris: Asselin et Houzeau/G. Masson, 1877-1889, pp. 507-527.

CHEUNG, Helier. Crianças fazem “vestibular” para entrar em creches em Hong Kong. *BBC Brasil*, 03 de maio de 2015. Disponível em: <http://www.bbc.com/portuguese/noticias/2015/05/150503_creches_hongkong_hc_cc>. Acesso em: 13 mai. 2016.

CINCO minutos num mundo diferente. *Cruzeiro – Revista Semanal Ilustrada*, Rio de Janeiro, anno XI, n.27. p.:6-7;28;44, maio 1939.

CLARKE, Adele E.; MAMO, Laura; FISHMAN, Jennifer; SHIM, Janet K.; FOSKET, Jennifer Ruth. Biomedicalization: Technoscientific transformations of health, illness, and U.S. biomedicine. *American Sociological Review*, vol. 68:161-194, Apr. 2003.

COELHO, Helena Lutécia L. *CEENSP: Estudos de utilização de medicamentos em Pediatria*. Palestra conferida em 17 abr. 2013, na Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Disponível em: <<http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/home/exibedetalhesBiblioteca.cfm?ID=15995&Tipo=B>>. Acesso em: 22 de out. 2014.

COIMBRA, Cecília M. B. Os especialistas da infância e da juventude: produzindo verdades competentes. *Paidéia*, 11(20):85-88, 2001.

COMER, Jonathan S; OLFSON, Mark; MOJTABAI, Ramin. National Trends in Child and Adolescent Psychotropic Polypharmacy in Office-Based Practice, 1996-2007. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 49(10):1001-1010, Oct 2010.

CONNOR, Daniel F. Preschool attention deficit hyperactivity disorder: A review of prevalence, diagnosis, neurobiology, and stimulant treatment. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, vol. 23, n.1S, Feb. 2002.

CONRAD, Peter. The Discovery of Hyperkinesis: Notes on the Medicalization of Deviant Behavior. *Social Problems*, Vol. 23, No. 1. pp. 12-21. Oct., 1975.

_____. *The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2007.

_____.; MACKIE, T.; MEHROTRA, A. Estimating the costs of medicalization. *Soc Sci Med* 70(12):1943-7, Jun 2010.

_____.; POTTER, Deborah. From hyperactive children to ADHD adults: Observations on the expansion of medical categories. *Social Problems*, vol.47, n.4: 559-582. Nov. 2000.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (CFF). Resolução nº 586 de 29 de agosto de 2013. Regula a prescrição farmacêutica.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS (CFN). Resolução nº 525/2013. Regulamenta a prática de fitoterapia pelo nutricionista, atribuindo-lhe competência para, nas modalidades que especifica, prescrever plantas medicinais, drogas vegetais e fitoterápicos como complemento da prescrição dietética e, dá outras providências.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.

CONSTANTINE, Robert J.; TANDON, Rajiv; MCPHERSON, Marie; ANDEL, Ross. Early diagnoses and psychotherapeutic medication treatment experiences of a cohort of children under 6 years old who received antipsychotic treatment in Florida's Medicaid Program. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology (Resumo)*, 21(1):79-84 Feb. 2011.

CORRÊA, Marilena C.D.V; GUILAM, Maria Cristina R. O discurso do risco e o aconselhamento genético pré-natal. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22(10):2141-2149, out. 2006.

COSTA, Jurandir F. *Ordem Médica e Norma Familiar*. Rio de Janeiro: Editora Graal, 1989.

COSTA, Teresinha. *Psicanálise com crianças*. Rio de Janeiro: Zahar, 2010.

COUTO, Maria Cristina V.; DELGADO, Pedro Gabriel G. Intersetorialidade: uma exigência da clínica com crianças na Atenção Psicossocial. Considerações preliminares. In:

LAURIDSEN-RIBEIRO, Edith L.; TANAKA, Oswaldo Y (org.). *Atenção em Saúde Mental para crianças e adolescentes no SUS*. São Paulo: Ed.Hucitec, 2010. p. 271-279.

COUTO, Maria Cristina V.; DUARTE, Cristiane S.; DELGADO, Pedro Gabriel G. A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 30(4):390-398, 2008.

COYLE, Joseph T. Psychotropic drug use in very young children. *JAMA*, vol.283, n.8, p. 1059-1060, Feb. 2000.

CRUZ, Maria J. B., DOURADO, Lays F.N., BODEVAN, Emerson C., ANDRADE, Renata A., SANTOS, Delba F. Medication use among children 0-14 years old: population baseline study. *J Pediatr (Rio J)*, 90:608-15, 2014.

CUNHA, Carolini Cássia; BOARINI, Maria Lucia. O Lugar da Criança e do Adolescente na Reforma Psiquiátrica. *Revista Psicologia e Saúde*, v. 3, n. 1, p. 68-76, jan. - jun. 2011.

DALGALARRONDO, Paulo. *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

DE BAR, Lynn L. LYNCH, Frances. POWELL, James. GALE, John. Use of Psychotropic Agents in Preeschool Children – Associated symptoms, diagnoses, and health care services in a Health Maintenance Organization. *Arch Pediatr Adolesc Med*, vol.157, feb 2003.

DESLANDES, Suely Ferreira. O projeto de pesquisa como exercício científico e artesanal intelectual. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.) *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes, 2012. p.31-60.

DI NUBILA, Heloisa Brunow Ventura; BUCHALLA, Cassia Maria. O papel das Classificações da OMS - CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade. *Rev. bras. epidemiol.*, São Paulo, v.11, n.2:324-335, jun. 2008.

DIAS, Gabriela; BARBIRATO, Fabio. TDAH em pré-escolares. *Revista debates em psiquiatria*, ano 2., n.2, pp. 11-17, mar./abr. 2012.

DICKENS, Charles. *Oliver Twist* [versão Kindle]. S/I: Centaur Editions, 2013. Não paginado.

DOLTO, Françoise. *Parler vrai II*. COLONEL, Elisabeth; MEZAMAT, Arnaud (dir.), KNAUFF, Thierry (prod. assoc.), 1994:54:53 Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=NZ6yvXULMKU>>. Acesso em: 1 mar. 2016.

DONZELOT, Jacques. *A polícia das famílias*. Rio de Janeiro: Editora Graal, 1980.

DORON, Claude-Olivier. Biopolitique et prevention des risques. In: *Politique de santé, prévention, normes et disciplines des corps*. Caen: Musée des Beux-Arts, 2007b.

DORON, Claude-Olivier. Évaluation de l'efficacité des psychothérapies entre science et société. *L'information psychiatrique* 85:131-41, 2009.

DORON, Claude-Olivier. Félix Voisin and the genesis of abnormals. *History of Psychiatry*, 26:387-403, Dec. 2015.

DORON, Claude-Olivier. Introduction: Les métamorphoses du corps. In: MASQUELET, Alain-Charles (org.). *Le corps relégué*. Les Cahiers du Centre Canguilhem, n.I. Paris: PUF, 2007a – pp.3-14.

DRURY, Stacy; GLEASON, Mary Margaret. A delicate brain: ethical and practical considerations for de use of medications in very young children. *Psychiatric Times*. Vol.20, n.3, 2012.

DUNKER, Christian I. L. Questões entre a psicanálise e o DSM. **J. psicanal.**, São Paulo, v. 47, n. 87, p. 79-107, dez. 2014 .

EDUCANDÁRIO Romão Duarte. Quem somos. Disponível em: <www.romaoduarte.com.br>. Acesso em: 18 março 2016.

EGGER HL, EMDE RN. Developmentally sensitive diagnostic criteria for mental health disorders in early childhood: the diagnostic and statistical manual of mental disorders - IV, the research diagnostic criteria – preschool age, and the diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood – revised. *Am Psychol*. 66(2):95-106, Feb.-Mar. 2011.

EICKMANN, Sophie H.; EMOND, Alan M.; LIMA, Marília C. Evaluation of child development: beyond the neuromotor aspect. *J Pediatr (Rio J)*, 13p., 2016.

FACCHINETTI, Cristiana; CUPELLO, Priscila; EVANGELISTA, Danielle Ferreira. Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Ciências Afins: uma fonte com muita história. *Hist. cien. saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, vol.17, supl.2, p.527-535, dez. 2010.

_____.; RIBEIRO, Andrea; CHAGAS, Daiana C.; REIS, Cristiane S. No labirinto das fontes do Hospício Nacional de Alienados. *Hist. cien. saúde-Manguinhos*. Rio de Janeiro, v. 17, supl.2, p.733-68, dez. 2010b.

FARIAS, Leandro. *A judicialização da saúde e suas aberrações*. 20 out. 2015. Disponível em: <<http://cebes.org.br/2015/10/a-judicializacao-da-saude-e-suas-aberracoes/>>. Acesso em: 03 mai. 2016.

FARO, Livi; CHAZAN, Lilian K; ROHDEN, Fabíola; RUSSO, Jane. Homem com “H”: Ideais de masculinidade (re)construídos no marketing farmacêutico. *Cadernos Pagu* 40:287-321, jan.-jun. 2013.

FASSIN, Didier; MEMMI, Dominique. Le gouvernement de la vie, mode d'emploi. In: _____ (dir.). *Le gouvernement des corps*. Paris: EHESS, 2004.

FEDERAÇÃO das Apaes do Estado do Paraná. Um pouco da história do movimento das Apaes. Disponível em: <<http://www.apaepr.org.br>>. Acesso em: 17 março 2016.

FEITOSA, Helvécio N.; RICOU, Miguel; REGO, Sérgio; NUNES, Rui. A saúde mental das crianças e dos adolescentes: considerações epidemiológicas, assistenciais e bioéticas. *Rev. bioét* 19(1):259-75, 2011.

FERRARI, Carlos K.; BRITO, Luana F.; OLIVEIRA, Clayton C.; MORAES, Eleomar V.; TOLEDO, Olegário R.; DAVID, Flavia E. Falhas na prescrição e dispensação de medicamentos psicotrópicos: um problema de saúde pública. *Rev. Ciênc Farm Básica Apl.* 34(1):109-116, 2013.

FERRAZ, Carlos Henrique. O valor da vida como fato: uma crítica neopragmática à epistemologia da vida de Georges Canguilhem. *Série Estudos em Saúde Coletiva* n. 105. UERJ/IMS, 1994.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. *Dicionário Aurélio da língua portuguesa*. Coord. de Marina Baird Ferreira; Margarida dos Anjos. 5. ed. Curitiba: Positivo, 2010.

FERREIRA, Marcos Santos; CASTIEL, Luis David; CARDOSO, Maria Helena Cabral de Almeida. A patologização do sedentarismo. *Saúde Soc.* São Paulo, v.21, n.4, p.836-847, 2012.

FLECK, Ludwick [1935]. *Gênese e desenvolvimento de um fato científico*. Belo Horizonte: Fabrefactum, 2010.

FLEITLICH, Bacy; GOODMAN, Robert. Epidemiologia. *Rev Bras Psiquiatr*, 22 (Supl II): 2-6, 2000.

FONTANA, Rosiane S.; VASCONCELOS, Márcio M.; WERNER Jr., Jairo; GÓES, Fernanda V; LIBERAL, Edson F. Prevalência de TDAH em quatro escolas públicas brasileiras. *Arq. Neuro-Psiquiatr.*, São Paulo, v. 65, n. 1, p. 134-137, Mar. 2007.

FOUCAULT, Michel [1984]. A ética do cuidado de si como prática da liberdade. In: _____. *Ditos & Escritos V: Ética, Sexualidade, Política*. Forense Universitária, 2004. P. 264-287.

_____. A política de saúde no século XVIII. In: _____. *Microfísica do Poder*. 14. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979a. p.193-207.

_____. [1970]. A ordem do discurso - aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970. São Paulo: Edições Loyola, 1999.

_____. *Arqueologia do saber*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008a.

_____. Aula de 17 de março de 1976. In: _____. *Em defesa da sociedade*. Curso no Collège de France. São Paulo: Martins Fontes, 1999, p.285-315.

_____. Segurança, território, população. (Resumo do curso). São Paulo: Martins Fontes, 2008b. p. 489-494.

_____. Crise da medicina ou crise da antimedicina [1974]. *Verve*, 18:167-194, 2010.

_____. *O governo de si e dos outros*: curso no Collège de France (1982-1983). São Paulo: WMF Martins Fontes, 2010.

_____. O nascimento da medicina social. In: _____. *Microfísica do Poder*. 14. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979b. p.79-98.

_____. O nascimento do hospital. In: _____. *Microfísica do Poder*. 14. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979c. p.99-111.

_____. *O poder psiquiátrico*. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

_____. [1974-1975]. *Os anormais*: curso no Collège de France (1974-1975). São Paulo: Martins Fontes, 2001.

FRANCES, Allen. The new crisis in confidence in psychiatric diagnosis. *Ann Intern Med*. 159(3):221-222, 2013.

FRANCO DA ROCHA, Francisco. *Hospício e colônias de Juquery: vinte anos de assistência aos alienados em São Paulo*. São Paulo: Rothschild, 1912.

FREITAS, Alessandra F.; SEIDL, Eliane M. F. Estudo sobre a heteronomia na assistência em saúde a crianças e adolescentes com necessidades especiais. *Rev. bioét.*, 19(1): 119 – 40, 2011.

FREITAS, Fernando; AMARANTE, Paulo. *Medicalização em psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2016.

FREITAS, Fernando; FORTES, Sandra; BARROS, José Augusto C. [debate]. *Sala de Convitados: Medicamentação do Comportamento* [04 mai. 2012]. Disponível em: <<http://www.canal.fiocruz.br/video/index.php?v=medicamentacao-do-comportamento>>.

Acesso em: 27 ago. 2012.

- FREUD, Sigmund. História de uma neurose infantil (O homem dos lobos) [1914 (1918)]. In: _____. Obras completas, vol. XIV. Rio de Janeiro: Companhia das Letras, 2010.
- FU-I, Lee. Transtorno afetivo bipolar na infância e adolescência. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 26 (Supl III): 22-6, 2004.
- GALANTER, Cathryn A.; PAGAR, Dana L.; OBERG, Peter P.; WONG, Carrie; DAVIES, Mark; JENSEN, Peter S. Symptoms leading to a bipolar diagnosis: a phase survey of child and adolescent psychiatrists. *J Child Adolesc Psychopharmacol.* 19(6):641-647, Dec. 2009.
- GANDELMAN, Luciana M. A Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro nos séculos XVI a XIX. *Hist. cienc. saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.8, n.3, p.613-630, dez 2001.
- GILBERT, Ana Cristina B.; CARDOSO, Maria Helena C. A.; WUILLAUME, Susana M. Mulher, Medicina e tecnologia nos discurso de residentes em Obstetrícia/Ginecologia. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22(5): 941-950, mai. 2006.
- GINESTE, Thierry. Victor de l’Aveyron: Dernier enfant sauvage, premier enfant fou. S/l:Librairie Arthème Fayard/Pluriel, 2011.
- GINZBURG, Carlo. Sinais: raízes de um paradigma indiciário. In: _____. *Mitos, emblemas, sinais: Morfologia e História*. São Paulo: Companhia das Letras, 1990.
- GLEASON, Mary Margaret; EGGER, Helen Link; EMSLIE, Graham J; GREENHILL, Laurence L.; KOWATCH, Robert A.; LIEBERMAN, Alicia F.; LUBY, Joan L.; OWENS, Judith; SCAHILL, Lawrence D.; SCHEERINGA, Michael S; STAFFORD, Brian; WISE, Brian; ZEANAH, Charles H. Psychopharmacological treatment for very young children: contexts and guidelines. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 46:12, Dec. 2007.
- GODOY, Jacintho. Curso de Biopsicologia Infantil. In: _____. *Psiquiatria no Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: s./e., 1955.
- GOFFMAN, Erving. O estigma: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: LTC, 1988.
- GOMES, Marleide da M.; TEIVE, Hélio A.G. *História da neurologia brasileira: cinquentenário da Academia Brasileira de Neurologia: centenário da neurologia brasileira*. São Paulo: Omnifarma, 2012.
- GOMES, Romeu; GRANJA, Edna M. S.; HONORATO, Eduardo Jorge S.; RISCADO, Jorge Luís S. Corpos masculinos no campo da saúde: ancoragens na literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(1):165-172, 2014.

- GONON, F.; GUILÉ, J.-M.; COHEN, D. Le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité: données récentes des neurosciences et de l'expérience nord-américaine. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 58: 273-281, 2010.
- GREENE, Jeremy. Preface; Introduction. In: _____. *Prescribing by numbers: drugs and the definition of disease*. Baltimore, The Johns Hopkins University Press: 2007. p.vii-xi; 1-17.
- GREENHILL, Laurence L. The use of psychotropic medication in preschoolers: indications, safety and efficacy. *Can J Psychiatry* 43:576-581, 1998.
- GUATTARI, Félix [1977]. As creches e a iniciação. In: _____. *Revolução Molecular: pulsações políticas do desejo*. São Paulo: Brasiliense, 1985.
- GUERRA, Andréa M. C. A psicanálise no campo da saúde mental infanto-juvenil. *Psyché*, 9(15): 139-154, jan.-jun. 2005.
- HACKING, Ian. *Múltipla Personalidade e as ciências da memória*. Rio de Janeiro: José Olympio, 2000.
- HALPERN, Ricardo. *A responsabilidade do pediatra: diagnóstico precoce de autismo*. In: Sociedade Brasileira de Pediatria, 02 de abril de 2012. Disponível em: <<http://www.sbp.com.br/arquivo/a-responsabilidade-do-pediatra-diagnostico-precoce-de-autismo/>>. Acesso em: 19 jun. 2016.
- _____; COELHO, Renato. Excessive crying in infants. *J Pediatr (Rio J)*, 13 p., 2016.
- _____; FIGUEIRAS, Amira. Influências ambientais na saúde mental da criança. *J Pediatr (Rio J)*, 80 (2 Supl):S104-S110, 2004.
- HARRIS, John; KESSLER, Ronald C.; GAZZANIGA, Michael; CAMPBELL, Philip; FARAH, Martha J. Towards responsible use of cognitive enhancing drugs by the healthy. *NATURE* 456, 702-705, 7 Dec 2008.
- HEALY, David; LE NOURY, Joanna. Pediatric bipolar disorder: an object of study in the creation of an illness. *International Journal of Risk & Safety in Medicine* 19: 209-221, 2007.
- HENRIQUES, Rogério P. De H. Cleckley ao DSM-IV-TR: a evolução do conceito de psicopatia rumo à medicalização da delinquência. *Rev. latinoam. psicopatol. fundam.*, São Paulo, vol.12 n.2, jun. 2009.
- HERSZENHORN, Danielle. O uso de psicotrópicos em pediatria. In: DE MARCO, Mario Alfredo (org.). *A face humana da medicina: do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p.138-139.

HESBACHER, Peter; RICKELS, Karl; WEISE, Charles. Target symptoms: A promising improvement criterion in psychiatric drug research. *Arch Gen Psychiat* 18, May 1968 (Resumo).

HEUYER, Georges. *Enfants anormaux et délinquants juvéniles – necessite de l'examen psychiatrique des écoliers*. Paris: G. Steinheil, 1914.

HOFFMANN, Maria Cristina C. L.; SANTOS, Darci N.; MOTA, Eduardo Luiz. Caracterização dos usuários e dos serviços prestados por Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24(3):633-642, mar. 2008.

HOFFMANN, Heinrich [1861]; BLYTH, Colin (trad.); ROCHE, Georgina B.; BLYTH, Valerie (ilustrações adicionais). *Struwwelpeter 2000*. Ontario: Iolair Publishing, 2000.

HOSPITAL São Pedro. Disponível em: <<http://www1.saude.rs.gov.br/dados/1309525680463Curso%20de%20Biopsicologia%20Infanti%20l-1940.pdf>>. Acesso em 10 abr. 2016.

ILLICH, Ivan. *A expropriação da saúde: nêmesis da medicina*. 3.ed. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1975.

INSTITUTO Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Vamos conhecer o Brasil < nosso povo < características da população. Disponível em: <<http://7a12.ibge.gov.br/vamos-conhecer-o-brasil/nosso-povo/caracteristicas-da-populacao>>. Acesso em 09 nov. 2013.

INSTITUTO Nacional de Psiquiatria do Desenvolvimento (INPD), Projeto PREVENÇÃO. Acessado em: 17 de julho de 2015, de: <<https://sites.google.com/site/inpdprojetoprevencao/o-que-e-o-projeto-prevencao>>.

“INSTRUMENTOS Diagnósticos em Psiquiatria da Infância e Adolescência”, Psiquiatria Infantil, 2015. Acessado em: 25 de julho de 2015, de: <www.psiquiatriainfantil.com.br/escalas.asp>.

INTRATOR, Simone. Pediatras e psiquiatras se unem para cuidar da saúde mental de crianças de 0 a 6 anos. *O Globo*, 04 nov. 2011. Disponível em: <<http://oglobo.globo.com/sociedade/saude/pediatras-psiquiatras-se-unem-para-cuidar-da-saude-mental-de-criancas-de-0-6-anos-2991182>>. Acesso em: 24 mai. 2016.

IRIART, Celia; FRANCO, Tulio; MERHY, Emerson E. The creation of the health consumer: challenges on health sector regulation after managed care era. *Globalization and Health* 7(2):1-12, 2011.

IRIART, Celia; IGLISIAS RÍOS, Lisbeth. Biomedicalización e infância: transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. *Interface – comunicação, saúde, educação*, vol. 16, n.43, p.1011-23, out./dez. 2012.

ITABORAHY, Cláudia. *A Ritalina no Brasil: Uma década de produção, divulgação e consumo*. [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social/UERJ, 2009.

ITARD, Jean-Marc G. *De l'éducation d'un homme sauvage, ou Des premiers développemens physiques e moraux du jeune sauvage de l'Aveyron*. Paris: Goujons fils, 1801.

JAPIASSÚ, Hilton; MARCONDES, Danilo. *Dicionário Básico de Filosofia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2001.

JORGE, Marco Aurélio Soares. A loucura no Brasil: como se faz a psiquiatria entre nós (Capítulo 2). In: _____. *Engenho de Dentro de casa: sobre a construção de um serviço de atenção diária em saúde mental* [Dissertação de mestrado]. Fundação Oswaldo Cruz/Escola Nacional de Saúde Pública, 1997.

JUSTIÇA aceita denúncia contra PM acusado da morte do menino Eduardo. *O Globo*, 25 nov. 2015. Acesso em: <<http://g1.globo.com/rio-de-janeiro/noticia/2015/11/justica-aceita-denuncia-contra-pm-acusado-da-morte-do-menino-eduardo.html>>. Acesso em: 2 dez. 2015.

KANNER, Leo. Autistic disturbances of affective contact. *Nerv. Child* 2:217-50, 1943.

KLIFF, Sarah. One of doctor's major information sources? Google. *The Washington Post*, 1º Nov. 2011.

KNOBLECH, Carla. Pior que vestibular: com a PEC das domésticas, creches lotam e o tempo de espera pode chegar a um ano e meio. *Veja Rio*, 24 jul. 2013. Disponível em: <<http://vejario.abril.com.br/materia/cidade/precos-tempo-de-espera-fila-creches-rj>>. Acesso em: 18 mai 2016.

KOERICH, Magda S.; MACHADO, Rosani R.; COSTA, Eliani. Ética e bioética: para dar início à reflexão. *Texto Contexto Enferm*. 14(1):106-10, jan.-mar. 2005.

KUPFER, David J; REGIER, Darrel A. Neuroscience, clinical evidence, and the future of psychiatric classification in DSM-5. *Am J Psychiatry* 168:7, July 2011, p.672-674.

KUTCHINS, H; KIRK, S. Pathologizing everyday behavior. In: _____. *Making us crazy*. New York: The Free Press, 1997. p.21-54.

LANCRY, Pierre-Jean; PARIS, Valérie. Âge, temps et normes: une analyse de la prescription pharmaceutique. *Économie & prévision*. 3(129):173-187, 1997.

LAURENTI, Ruy. Análise da informação em saúde: 1893-1993, cem anos da Classificação Internacional de Doenças. *Rev. Saúde Públ.* 25(6): 407-17, 1991.

LAURIDSEN-RIBEIRO, Edith; TANAKA, Oswaldo Y. *Problemas de saúde mental das crianças: abordagem na atenção básica*. São Paulo: Annablume, 2005.

LEMINSKI, Paulo. *Toda Poesia*. São Paulo: Companhia das Letras, 2013.

LIMA, Ana Laura G. A "criança-problema" e o governo da família. *Estilos clin.*, São Paulo, v. 11, n. 21, p. 126-149, dez. 2006.

_____. Maternidade higiênica: natureza e ciência nos manuais da puericultura publicados no Brasil. *História: Questões & Debates*, Curitiba, n. 47, p. 95-122, 2007.

LIMA, Dênio. Depressão e doença bipolar na infância e adolescência. *J Pediatría* (Rio J), 80 (Supl.2):S11-S20, 2004.

LIMA, Rossano Cabral. *Somos todos desatentos?: O TDA/H e a Construção de bioidentidades*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2005. Conexões; 24.

_____; COUTO, Maria Cristina V.; DELGADO, Pedro Gabriel G.; OLIVEIRA, Bruno D. C. Indicadores sobre o cuidado a crianças e adolescentes com autismo na rede de CAPSi da região metropolitana do Rio de Janeiro. *Physis*, vol.24, n.3, jul./set. 2014.

LOBATO, Monteiro. Negrinha [1920]. In: _____. *Contos completos*. São Paulo: Biblioteca Azul, 2014.

LOCK, Margaret; KAUFERT, Patricia. Menopause, local biologies, and cultures of aging. *American Journal of Human Biology* 13:494-504, 2001.

LOPES, Ernani. Das psychoses infantis e especialmente da paralyisia geral infantil. In: AMEGHINO, Arturo (direção). *Actas de la primera Conferencia latino americana de neurologia, psiquiatria y medicina legal*. Buenos Aires, 14-17 noviembre 1928. Buenos Aires, Imprenta de la Universidad:1929. Pp.442-473.

LOUZÃ NETO, Mario R., HELKIS, Hélio et. al. *Psiquiatria básica* [recurso eletrônico]. 2ª e. – Dados eletrônicos. Porto Alegre: Artmed, 2007.

MACHADO, Roberto. A arqueologia do saber e a constituição das ciências humanas. *Discurso*, vol.5, n.5, 1974.

_____. *Foucault, a ciência e o saber*. Rio de Janeiro, Zahar, 2007.

MACIEL, Elvira. Aspectos epistemológicos e éticos da pesquisa clínica. In: SOUZA, Alicia N.; PITANGUY, Jacqueline (org.). *Saúde, corpo e sociedade*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2006. p.59-74.

MATTOS, Paulo; ROHDE, Luis Augusto; POLANCZYK, Guilherme V. O TDAH é subtratado no Brasil. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, São Paulo, vol. 34 n. 4, dez. 2012.

- MCGETTIGAN, P; GOLDEN, J; FRYER, J; CHAN, R; FEELY, J. Prescribers prefer people: The sources of information used by doctors for prescribing suggest that the medium is more important than the message. *Br J Clin Pharmacol* 51 (2):184-9, 2001.
- MEDICALIZAÇÃO da vida escolar. REGO MONTEIRO, Maria Helena (prod.). Brasil, 2006. 16 min. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=fbUfrZzIYRI>>.
- MENEZES, Paulo R. Validade e confiabilidade das escalas de avaliação em psiquiatria. *Revista de Psiquiatria Clínica* (Edição Internet), vol. 25, n. 5, set./out. 1998.
- MERIKANGAS, Kathleen R.; NAKAMURA, Erin F; KESSLER, Ronald C. Epidemiology of mental disorders in children. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, vol.11, n.1, 2009.
- MIGUEL, Euripedes C.; MERCADANTE, Marcos T.; GRISI, Sandra; ROHDE, Luis A. O Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia de Psiquiatria do Desenvolvimento para a Infância e Adolescência: um novo paradigma para a Psiquiatria Brasileira tendo como foco as nossas crianças e o seu futuro (Editorial). *Rev Bras Psiquiatr* 31(2):85-88, 2009.
- MINAYO, M. C. de S. e SOUZA, E. R. de. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, IV(3): 513-531, nov.1997-fev.1998.
- MINDE, K. The use of psychotropic medication in preschoolers: some recent developments. *Can J Psychiatry*, 43:571-575, 1998.
- MONARCHA, Carlos. Escola "Pacheco e Silva" anexada ao Hospital de Juqueri (1929-1940). *Bol.- Acad. Paul. Psicol.*, São Paulo, v. 30, n.1, p.7-20, jun. 2010.
- _____. Psicoclínicas e cuidados da infância. *Bol.-Acad. Paul. Psicol.*, São Paulo, v.77, n.2, p.274-284, 2009.
- MONCORVO FILHO, Arthur. Em torno do berço: Conferencia medico-social, realizada em 11 de março de 1914 no Cinema Odeon [recurso eletrônico]. Rio de Janeiro, *Tribuna Medica*, ano 20, n.5, p.85-106, mar. 1914.
- _____. *Notas para um guia do médico escolar* [recurso eletrônico]: (fascículo II). Rio de Janeiro, Typ. Baptista de Souza, 1913.
- MORAES, César; SILVA, Fábio M. Barbirato N.; ANDRADE, Ênio R. Diagnóstico e tratamento de transtorno bipolar e TDAH na infância: desafios na prática clínica. *J. Bras. Psiquiatr.*, 56, supl 1: 19-24, 2007.
- MOREIRA, Juliano. *Etiologia da syphilis maligna precoce*. Bahia, Liguori, 1891.
- MOREL, Marie-France. Ville et campagne dans le discours medical sur la petite enfance au XVIIIe siècle. *Annals. Économies, Sociétés, Civilisations*. N.5, 32e année, 1977, p.1007-1024.

MOYNIHAN, Ray; HENRY, David. The fight against disease mongering: generating knowledge for action. *PLoS medicine* 3(4):1-4, apr 2006.

MÜLLER, Tânia Mara P. A primeira escola especial para crianças anormais no Distrito Federal: O pavilhão-Bourneville (1903-1920). *Revista Brasileira de Educação Especial*, vol.6, n.1, 2000.

MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO. Lei nº 5.389, de 02 de maio de 2012a. Dispõe sobre a divulgação da identificação do autismo infantil através de material impresso. Disponível em: <http://mca.mp.rj.gov.br/wp-content/uploads/2013/01/7_Lei-5.389.12_MRJ_04.05.2012.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2014.

MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO. Lei nº 5.416, de 29 de maio de 2012. Dispõe sobre as diretrizes adotadas pelo Município para realizar a orientação a pais e professores da Cidade do Rio de Janeiro sobre as características do transtorno do déficit de atenção – TDA. Disponível em: <http://mca.mp.rj.gov.br/wp-content/uploads/2013/01/8_Lei-5.416.12_MRJ_01.06.2012.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2014.

NADKARNI, Radha B; FRISTAD, Mary A. Clinical course of children with a depressive spectrum disorder and transient manic symptoms. *Bipolar Disord*, 12(5):494-503, Aug 2010.

NAHRA, Cinara M. L. Apresentação. In: _____.; OLIVEIRA, Anselmo C. (org.): Aperfeiçoamento moral (Moral Enhancement). Natal: Programa de Pós-Graduação em Filosofia, 2012, p.4-6.

NELSON, Sara C. Jean-Marc Côté's France in the year 2000 Cigarette Cards (Pictures). Disponível em: <http://www.huffingtonpost.co.uk/2012/08/03/jean-marc-cotes-france-in-the-year-2000-cigarette-cards-pictures-_n_1737544.html>. Acesso em: 16 abr. 2016.

NOGUEIRA, Salvador. A pílula da inteligência. *Superinteressante* 271, nov. de 2009. Disponível em: <<http://super.abril.com.br/ciencia/pilula-inteligencia-625149.shtml>>. Acesso em: 25 jun. 2014.

NOGUEIRA, Viviane. A droga da produtividade. *O Globo*, 14 set. 2013. Disponível em: <<http://oglobo.globo.com/sociedade/saude/a-droga-da-produtividade-9958230>>. Acesso em: 04 mai. 2016.

O CONTADOR de Histórias. VILLAÇA, Luiz (diretor). Brasil: Warner Home Videos, 2009.

O GAROTO Selvagem. TROUFFAUT, Françoise (diretor). França: Les Artistes Associés, 1970. 83 min.

OLFSON, Mark; CRYSTAL, Stephen; HUANG, Cecilia; GERHARD, Tobias. Trends in antipsychotic drug use by very young, privately insured children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, vol.49, n. 1, Jan.2010 (Resumo).

ORGANIZAÇÃO Mundial de Saúde (OMS). *Relatório sobre a Saúde no Mundo: Saúde Mental: nova concepção, nova esperança*. Genebra, OMS: 2001.

ORTEGA, Francisco. Deficiência, autismo e neurodiversidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1):67-77, 2009.

PACHECO E SILVA, Antonio Carlos. *A assistência a alienados nos Estados Unidos e na Europa* – Relatório de viagem apresentado em Exmo. Snr. Dr. José Manoel Lobo, D.D. Secretario do Interior, em 24 de Dezembro de 1926. São Paulo: [s.n.], 1926.

PANDE, Ira. *Diddi: My mother's voice*. New Delhi: Penguin Books India, 2005.

PARENS, Erik; JOHNSTON, Josephine. Controversies concerning the diagnosis and treatment of bipolar disorder in children. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health* 4:0, pp.1-14, 2010.

PAULA, Cristiane S; DUARTE, Cristiane S; BORDIN, Isabel A S. Prevalence of mental health problems in children and adolescents from the outskirts of Sao Paulo City: treatment needs and service capacity evaluation. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 11-17, mar. 2007.

PEPE, Vera Lúcia E.; CASTRO, Claudia G. S O. A interação entre prescritores, dispensadores e pacientes: informação compartilhada como possível benefício terapêutico. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 16(3):815-822, jul.-set. 2000.

_____.; FIGUEIREDO, Tatina A.; SIMAS, Luciana; OSORIO-DE-CASTRO, Cláudia G. S.; VENTURA, Míriam. A judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da assistência farmacêutica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(5): 2405-2414, 2010.

_____.; VERAS, Cláudia Maria T. *A prescrição médica*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 1995. 26 p. (Série Estudos em Saúde Coletiva, 111).

PEREIRA, Júnia S. Pediatría: narrativas e especificidades. In: _____. História da pediatria no Brasil de final do século XIX a meados do século XX. [Tese de doutorado]. Universidade Federal de Minas Gerais/ Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, abril de 2006. Pp: 27-69.

PERNAMBUCANO, Ulysses; BARRETTO, Anitta P. *Estudos Psicotécnicos de Alguns Testes de Aptidão*. Recife: Imprensa industrial, 1927.

_____. *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale, ou la manie*. Paris: Richard, Caille et Ravier, 1801.

_____. *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*. Second Édition, entièrement refondue et très-augmentée. Paris: J. Ant. Brosson, 1809.

PINHEIRO, Karen A. T.; HORTA, Bernardo L.; PINHEIRO, Ricardo T.; HORTA, Lúcia L.; TERRES, Nicole G.; SILVA, Ricardo A. Common mental disorders in adolescents: a population based cross-sectional study. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, São Paulo, v. 29, n. 3, p. 241-245, set. 2007.

PINTO, Rosemary F. CAPSi para crianças e adolescentes autistas e psicóticas: a contribuição da psicanálise na construção de um dispositivo clínico. [Dissertação de mestrado]. Universidade do Estado do Rio de Janeiro/Pós-Graduação em Psicanálise. Out 2005.

PIRES, Marco T. Rede de pesquisadores vai trabalhar na prevenção de doenças mentais em crianças e adolescentes. *Veja.com*, 26 jul. 2012. Disponível em: <<http://veja.abril.com.br/noticia/saude/rede-de-pesquisadores-vai-trabalhar-na-prevencao-de-doencas-mentais-em-criancas-e-adolescentes/>>. Acesso em: 26 jul. 2016

POLANCZYK, Guilherme; LIMA, Maurício S.; BIEDERMAN, Joseph; ROHDE, Luis Augusto. The worldwide prevalence of ADHD: A systematic review and metaregression analysis. *Am J Psychiatry* 164:942-948, 2007.

PORTOCARRERO, Vera. *Arquivos da loucura: Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

POSTEL, Jacques; QUETEL, Claude. Naissance de la psychiatrie infantile (Destins de l'idiotie, origine des psychoses). In: _____. *Nouvelle histoire de la psychiatrie*. Paris: Dunod, 2012. p387-405.

PREFEITURA do Rio compara escolas a fábricas e gera polêmica em rede social. *R7 notícias*. 09 dez. 2014. Disponível em: <<http://noticias.r7.com/educacao/prefeitura-do-rio-compara-escolas-a-fabricas-e-gera-polemica-em-rede-social-09122014>>. Acesso em: 09 dez. 2014.

PROJETO a fada do dente. Disponível em: <<http://projetoafadadodente.org.br/>>. Acesso em: 16 abr. 2016.

RAMOS, Graciliano. *Infância* [versão Kobo]. Rio de Janeiro/São Paulo: Record, 2013. Não paginado.

RAPPLEY, Marsha D; MULLAN, Patricia B; ALVAREZ, Francisco J; ENELI, Ihouma U; WANG, Jenny; GARDINER, Joseph C. Diagnosis of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Use of Psychotropic Medication in Very Young Children. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 153, Oct. 1999.

REGO MONTEIRO, Helena. Processos de normalização, disciplinarização e medicalização: o que quer o olhar “psi” na educação? In: DANTAS, Jurema B. (org.) *A infância medicalizada: discursos, práticas e saberes para o enfrentamento da medicalização da vida*. Curitiba: CRV, 2015. P.123-142.

REIS, José Roberto F. “De pequenino é que se torce o pepino”: a infância nos programas eugênicos da Liga Brasileira de Higiene Mental. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 135-157, junho 2000.

REPÚBLICA DOS ESTADOS UNIDOS DO BRAZIL. Decreto n. 11.530, de 18 de março de 1915. Reorganiza o ensino secundário e o superior na Republica. Disponível em: <http://legis.senado.gov.br/legislacao/ListaNormas.action?numero=11530&tipo_norma=DEC&data=19150318&link=s>. Acesso em: 18 mar. 2016.

RIBEIRO, Paulo R. M. História da saúde mental infantil: a criança brasileira da colônia à República Velha. *Psicologia em Estudo*, Maringá, vol.11, n.1, p.29-38, jan./abr. 2006.

RIBEIRO, Sidarta. Tempo de cérebro. *Estud. av.* São Paulo, 27(77):7-22, 2013.

RIZZINI, Irene. *O século perdido: Raízes históricas das políticas públicas para a infância no Brasil*. São Paulo: Cortez, 2011.

ROBERTS, Robert E.; ATTKISSON, Clifford; ROSENBLATT, Abram. Prevalence of psychopathology among children and adolescents. *Am J Psychiatry* 155(6): 715-725, Jun. 1998.

_____. [entrevista] Pela precisão do diagnóstico. *Revista Veja*. Páginas amarelas. Edição 2332, ano 46, n.31. 31 de julho de 2013(b). Disponível em: <<http://www.abp.org.br/portal/pela-precisao-do-diagnostico>>. Acesso em: 06 out. 2014.

_____.; HALPERN, Ricardo. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: atualização. *J. Pediatr.* (Rio J.), 80 (2): 61-70, abr. 2004.

_____.; TRAMONTINA, Silzá. O tratamento farmacológico do transtorno bipolar na infância e adolescência. *Rev.Psiq.Clín.* 32, supl 1; 117-127, 2005.

ROSE, Nikolas; NOVAS, Carlos. Biological citizenship. In: ONG, Aihwa; COLLIER, Stephen (eds.). *Global Assemblages: Technology, politics, and ethics as anthropological problems*. Pp:439-464. Malden/Oxford/Victoria: Blackwell Publishing, 2005.

ROSEMBERG, Charles E. Contested boundaries – psychiatry, disease, and diagnosis. *Perspectives in Biology and Medicine*, vol. 49, nº 3:407-24, summer 2006.

RUSSO, Jane A.; PONCIANO, Edna L. T. O sujeito da neurociência: da naturalização do homem ao re-encantamento da natureza. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 12(2): 345-373, 2002.

_____; VENÂNCIO, Ana Teresa A. Classificando as pessoas e suas perturbações: a “revolução terminológica” do DSM III. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, IX (3), 2006. p.460-483.

SAMPAIO, José Jackson C. O processo saúde/doença mental (Capítulo 4). In: _____. *A epidemiologia da imprecisão: processo saúde/doença mental como objeto da epidemiologia* [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

SANCHES, Valéria N. L. Estudo sobre o processo de medicalização de crianças no campo da saúde mental em um serviço de atenção básica no Município do Rio de Janeiro [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fiocruz, 2011.

SANCTIS, Sante de [1925]. Demencia precocissima. *VERTEX Rev. Arg. de Psiquiat.*, vol. XXII:158-9, 2011.

_____ [1909]. Patrones clínicos de la demencia precoz en la infancia y la niñez. *VERTEX Rev. Arg. de Psiquiat.* vol. XXII: 155-7, 2011.

SANTIAGO, Ana Lydia. Prólogo: Da debilidade à inibição e retorno. In: _____. *A inibição intelectual na psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

SANTOS, Djanilson B.; BATISTA, Livia Aline de A.; LIMA, Luis Davi A.; COELHO, Helena L. Revisão sistemática de estudos descritivos sobre o uso de medicamentos em crianças hospitalizadas. *R. Bras. Farm. Hosp. Serv. Saúde*, São Paulo, 2(1):26-30, jan./abr. 2011.

SANTOS, Djanilson B.; COELHO, Helena L. L. Reações adversas a medicamentos em pediatria: uma revisão sistemática de estudos prospectivos. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife, 4(4):341-349, out./dez. 2004.

SAÚDE mental do Rio de Janeiro. *13 anos de existência do CAPSi Pequeno Hans*. 29 de setembro de 2011. Disponível em: <<http://saudementalrj.blogspot.com.br/2011/09/13-anos-de-existencia-do-capsi-pequeno.html>>. Acesso em: 21 mar. 2016.

SCHRAMM, Fermin R.; ESCOSTEGUY, Claudia C. Bioética e avaliação tecnológica em saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 16(4):951-961, out.-dez.2000.

SCHWARZ, Alan. Thousands of toddlers are medicated for A.D.H.D, report finds, raising worries. *The New York Times*, may 16, 2014. Disponível em:

<http://www.nytimes.com/2014/05/17/us/among-experts-scrutiny-of-attention-disorder-diagnoses-in-2-and-3-year-olds.html?_r=0>. Acesso em: 20 ago. 2014.

SECRETARIA Municipal de Saúde de São Paulo. Portaria n.986, de 12 de junho de 2014. Institui o Protocolo de Uso de Metilfenidato conforme os anexos A e B desta Portaria, que estabelece o protocolo clínico e a diretriz terapêutica para o emprego deste fármaco no âmbito da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo.

SECRETARIA Municipal de Saúde do Rio De Janeiro. Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/caps>>. Acesso em: 25 abr. 2014.

SERPA JR., Octavio D. Indivíduo, organismo e doença: a atualidade de “O Normal e o Patológico” de Georges Canguilhem. *Psicol. Clín.*15(1):121-135, 2003.

SILVA, Mônica E. Crianças invisíveis: reflexões sobre o percurso histórico de construção da política pública de saúde mental para crianças e adolescentes em Minas Gerais. *Perspectivas em Políticas Públicas*, Belo Horizonte, vol. IV, n. 7, p. 61-78, jan/jun 2011.

SILVA, Renata P. da. Medicina, educação e psiquiatria para a infância: o Pavilhão-Escola Bourneville no início do século XX. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 195-208, mar. 2009.

SINGH, Iilina. Beyond polemics: science and ethics of ADHD. *Nature Reviews Neuroscience*, v. 9: 957-964, dez 2008.

SINIBALDI, Barbara. Saúde mental infantil e atenção primária: relações possíveis. *Revista de Psicologia da UNESP*, 12(2), p. 61-72, 2013.

SIROTA, Régine. Emergência de uma sociologia da infância: evolução do objeto e do olhar. *Cadernos de Pesquisa*, 112: 7-31, mar. 2001.

SUMMERFIELD, Derek. Bosnia and Herzegovina and Croatia: the medicalization of the experience of war. *The Lancet*, vol. 354, issue 9180, page 771, Aug. 1999.

SWANSON, James M.; SCHUCK, Sabrina; PORTER, Miranda M.; CARLSON, Caryn; HARTMAN, Catharina A.; SERGEANT, Joseph A.; CLEVINGER, Walter; WASDELL, Michael; McCLEARY, Richard; LAKES, Kimberley; WIGAL, Timothy. Categorical and Dimensional Definitions and Evaluations of Symptoms of ADHD: History of the SNAP and the SWAN Rating Scales. *Int J Educ Psychol Assess* 10(1): 51–70, Apr 2012.

SZASZ, Thomas. *The medicalization of everyday life*. Syracuse: Syracuse University Press, 2007.

TARANTINO, Mônica. Uma virada histórica contra o autismo: Cientista brasileiro cria um

modelo de pesquisa e um tratamento – em teste – para a doença ainda sem cura. *Isto é online*, 7 jun. 2013. Disponível em: <http://www.istoe.com.br/reportagens/305061_UMA+VIRADA+HISTORICA+CONTRA+O+AUTISMO+>. Acesso em 16 abr. 2016.

TOCCI, G.; FERRUCCI, A.; GUIDA, P. et al. Impact of physician's age on the clinical management of global cardiovascular risk: analysis of the results of the Evaluation of Final Feasible Effect of Control Training and Ultra Sensitisation Educational Programme. *International Journal of Clinical Practice*, 65(6):649-657, June 2011 (resumo).

TOLSTÓI, Lev. *Infância, adolescência, juventude*. [Versão Kobo]. São Paulo: L&PM Pocket, 2013. Não paginado.

TORRE, Eduardo H. G.; AMARANTE, P. Michel Foucault e a "História da Loucura": 50 anos transformando a história da psiquiatria. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, Florianópolis, v. 3, n. 6:41-64, 2012.

_____. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(1):73-85, 2001.

TORRES, Lívia. Imagens mostram socorro a menino morto após ser baleado no Rio. *O Globo*, 24 set. 2015. Disponível em: <<http://g1.globo.com/rio-de-janeiro/noticia/2015/09/imagens-mostram-socorro-menino-morto-apos-ser-baleado-no-rio.html>>. Acesso em: 2 dez. 2015.

VALENÇA, Alexandre M.; MENDLOWICZ, Mauro V.; NASCIMENTO, Isabella; MORAES, Talvane M.; NARDI, Antonio E. Retardo mental: periculosidade e responsabilidade penal. *J Bras Psiquiatr.* 60(2):144-147, 2011.

VENANCIO, Ana Teresa A. Sem camisa de força. *Revista de História*, Rio de Janeiro, vol.55, p.65-9, abr. 2010.

VERAS, Claudia Maria T.; MARTINS, Mônica S. A confiabilidade dos dados nos formulários de Autorização de Internação Hospitalar (AIH), Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública* vol.10, n.3. Rio de Janeiro, jul./set. 1994.

VEYNE, Paul. Introdução. In: *Foucault: seu pensamento, sua pessoa*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001, p. 9-26.

VIAL, Monique. *Les enfants anormaux à l'école – Aux origines de l'éducation spécialisée 1882-1909*. Paris: Armand Colin, 1990.

VÍCTORA, Ceres Gomes. Uma ciência replicante: a ausência de uma discussão sobre o método, a ética e o discurso. *Saúde Soc.*, São Paulo, v.20, n.1, p.104-112, 2011.

_____.; KNAUTH, Daniela R.; HASSEN, Maria de Nazareth. *Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema*. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

VILLAR, Maria Auxiliadora Monteiro; CARDOSO, Maria Helena Cabral de Almeida. Residência médica em pediatria: no campo de prática. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 18(1):329-339, jan./fev., 2002.

VITIELLO, Benedetto. Pediatric psychopharmacology and the interaction between drugs and the developing brain. *Can J Psychiatry*, 43:582-584, 1998.

VOISIN, Auguste. Quinzième Leçon: Folie du jeune âge. In: _____. *Leçons cliniques sur les maladies mentales et sur les maladies nerveuses / professées à la Salpêtrière*. Paris: Librairie J.-B. Baillière et fils, 1883.

VOISIN, Félix [1830]. Applications de la physiologie du cerveau à l'étude des enfans qui nécessitent une education spéciale: examen de cette question: Quel mode d'éducation faut-il adopter pour les enfans qui sortent de la ligne ordinaire, et qui, par leurs particularités natives ou acquises, forment communément la pépinière des aliénés, des grands hommes, des grands scélérats et des infracteurs vulgaires de nos lois? In: BOURNEVILLE, Désiré M. (org.). *Recueil ...*, 1891.

_____ [1834]. Etablissement orthophrénique. In: BOURNEVILLE, Désiré M. (org.). *Recueil ...*, 1891.

WASELFISZ, Julio J. *Mapa da Violência 2012: Crianças e adolescentes do Brasil*. Rio de Janeiro: CEBELA/FLACSO, 2012.

WAKEFIELD, Jerome C. The concept of mental disorder: on the boundary between biological facts and social values. *American Psychologist*, 47(3):373-388, 1992.

WAZANA, Ashley. Physicians and the pharmaceutical industry: is a gift ever just a gift? *JAMA*, v. 283, n. 33, Jan. 2000.

WHITAKER, Robert. *Anatomy of an Epidemic: Magic bullets, psychiatric drugs, and the astonishing rise of mental illness in America* [Versão Kobo]. New York: Crown Publishers, 2010. Não paginado.

WINNICOTT, Donald W. *Os bebês e suas mães*. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2013.

WORLD Health Organization (WHO). *Caring for children and adolescents with mental disorders: setting WHO directions*. Geneva, WHO: 2003.

_____. The International Classification of Diseases 11th Revision is due by 2018. Disponível em: <<http://www.who.int/classifications/icd/revision/en/index.html>>. Acesso em: 05 jul. 2016.

ZITO, Julie M; SAFER, Daniel J; DOSREIS, Susan; GARDNER, James F; BOLES, Myde; LYNCH, Frances. Trends in the prescribing of psychotropic medications to preschoolers. *JAMA*, v.283, n.8:1025-1030, Feb. 2000.

_____; _____.; VALLURI, Satish; GARDNER, James F.; KORELITZ, James J.; MATTISON, Donald R. Psychotherapeutic medication prevalence in Medicaid-insured preschoolers. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, vol.17, n.2, p.195-203, 2007.

ZOLA, Irving K. Culture and symptoms – an analysis of patients' presenting complaints. *American Sociological Review*, vol.31, nº5, Oct. 1966.

_____. In the name of health and illness: on some socio-political consequences of medical influence. *Soc. Sci & Med.*, p 83-87, 1975.

_____. Medicine as an institution of social control. *The Sociological Review*, v. 20, Issue 4, p.487–504, Nov. 1972.

_____. Pathways to the doctor – from person to patient. *Soc. Sci & Med*, vol. 7, p.677-689, 1973.

ZONFRILLO, Mark R; PENN, Joseph V; LEONARD, Henrietta L. Pediatric Psychotropic Polypharmacy. *Psychiatry*, Edgmont, 2(8): 14-19, Aug. 2005.

ZORZANELLI, Rafaela; ORTEGA, Francisco. Cultura somática, neurociências e subjetividade contemporânea. *Psicologia & Sociedade* 23(n. esp.), 30-36, 2011.

ZORZANELLI, Rafaela T.; ORTEGA, Francisco; BEZERRA JR., Benilton. Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p.1859-1868, jun.2014.

APÊNDICE 1

Roteiro de entrevistas semi-estruturadas com os psiquiatras

1. Esta pesquisa é sobre o diagnóstico e a prescrição de psicotrópicos para crianças pequenas. Como surgiu o seu interesse pela psiquiatria infantil?
2. Como é, no seu dia-a-dia, cuidar dessas crianças pequenas? O que é específico nessa faixa etária? Pode exemplificar com casos, situações?
3. Como você costuma chegar aos diagnósticos? (referenciais teóricos, colegas, bibliografia, exames, equipe, etc; normalXpatológico)
4. Você costuma priorizar alguns medicamentos? Como os elege? E se eles não são dispensados no serviço, como procede?
5. Como você vê os possíveis efeitos adversos dos medicamentos em crianças pequenas?
6. Como você percebe a posição dos pais, da escola, da pré-escola, psicólogos, outros médicos ou outras instituições? E como você lida com isso?
7. Você percebe alguma mudança no perfil da demanda e das crianças que chegam?
8. Algumas crianças costumam vir medicadas? Por quem?
9. Como trabalhar nesse serviço (CAPSi) contribui para a sua direção de trabalho?
10. Quais são os principais desafios no atendimento de crianças pequenas?
11. Esta pesquisa usa a técnica da bola de neve, em que cada profissional ou serviço indica um novo serviço onde há o atendimento e a prescrição de psicotrópicos para crianças pequenas. Nesta etapa, procuro psiquiatras também, mas principalmente neurologistas ou pediatras. Você tem alguma indicação de lugar ou profissional que eu possa entrevistar? Por que esta indicação?

APÊNDICE 2

Roteiro de entrevistas semi-estruturadas com os neuropediatras

1. Esta pesquisa é sobre o diagnóstico e a prescrição de psicotrópicos para crianças pequenas. Como surgiu o seu interesse pela neuropediatria?
2. Quais são diferenças no processo de diagnosticar e de tratar crianças neuropatas daquelas com problemas mentais e comportamentais?
3. Como é, no seu dia-a-dia, cuidar dessas crianças pequenas? O que é específico nessa faixa etária? Pode exemplificar com casos, situações?
4. Como você costuma chegar aos diagnósticos? (referenciais teóricos, colegas, bibliografia, exames, equipe, etc; normalXpatológico)
5. Você costuma priorizar alguns medicamentos? Como os elege? E se eles não são dispensados no serviço, como procede?
6. Como você vê os possíveis efeitos adversos dos medicamentos em crianças pequenas? Há diferenças entre as crianças neuropatas das demais? (curto/longo prazo) (Resolução SMS/SP sobre o uso da ritalina.)
7. Como você percebe a posição dos pais, da escola, da pré-escola, psicólogos, pediatras, psiquiatras, ou outras instituições? E como você lida com isso?
8. Você percebe alguma mudança no perfil da demanda e das crianças que chegam?
9. Algumas crianças costumam vir medicadas? Por quem?
10. Como trabalhar nesse serviço (ambulatório do hospital) contribui para a sua direção de trabalho?
11. Quais são os principais desafios no atendimento de crianças pequenas?
12. Quando você decide medicar ou decide não medicar?
13. Esta pesquisa usa a técnica da bola de neve, em que cada profissional ou serviço indica um novo serviço onde há o atendimento e a prescrição de psicotrópicos para crianças pequenas. Nesta etapa, procuro neurologistas, psiquiatras ou pediatras. Onde há o atendimento das crianças pequenas por esses profissionais? Por que esta indicação?

APÊNDICE 3

Roteiro de entrevistas semi-estruturadas com os pediatras

1. Esta pesquisa é sobre o diagnóstico e a prescrição de psicotrópicos para crianças pequenas. Para começar, como surgiu o seu interesse pela pediatria?
2. Na sua prática, você costuma se deparar com problemas mentais e comportamentais de crianças pequenas? Como costuma agir nesses casos? Pode exemplificar com casos, situações?
3. Como você percebe a posição dos pais, da escola, da pré-escola, psicólogos, psiquiatras, neurologistas, demais pediatras e outras instituições? E como você lida com isso?
4. Quais são as vantagens e desafios no processo de diagnosticar e de tratar crianças com problemas mentais e comportamentais?
5. Como você costuma chegar a esses diagnósticos? (referenciais teóricos, colegas, bibliografia, exames, equipe, etc; normalXpatológico, CIDxDSM)
6. O que é específico nessa faixa etária, em relação às crianças maiores?
7. Em que casos você decide por medicar? Você costuma priorizar alguns medicamentos? Como os elege? E se eles não são dispensados no serviço, como procede?
8. Algumas crianças costumam vir medicadas? Por quem?
9. Como você vê os possíveis efeitos adversos dos medicamentos em crianças pequenas com problemas mentais e comportamentais? Há diferenças entre elas e as demais? (curto/longo prazo; resolução SMS/SP sobre o uso da ritalina)
10. Você percebe alguma mudança no perfil da demanda e das crianças que chegam com esse tipo de queixa?
11. Como trabalhar nesse serviço (centro de saúde) contribui para a sua direção de trabalho?
12. Esta pesquisa usa a técnica da bola de neve, em que cada profissional ou serviço indica um novo serviço onde há o atendimento e a prescrição de psicotrópicos para crianças pequenas. Nesta etapa, procuro neurologistas, psiquiatras ou pediatras. Onde há o atendimento das crianças pequenas por esses profissionais? Por que esta indicação?

APÊNDICE 4

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado(a) participante,

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “**O processo de diagnóstico e prescrição de psicotrópicos para crianças de 0 a 5 anos, em alguns serviços do Município do Rio de Janeiro – visão do prescritor**”, desenvolvida por Mariana N. R. Pande, discente de Doutorado em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação do Prof.Dr. Paulo Amarante e co-orientação da Profa. Dra. Tatiana Vargas.

O objetivo central do estudo é compreender o processo de diagnóstico e prescrição de medicamentos psicotrópicos para crianças menores de 6 anos. O convite a sua participação se deve à sua atuação como médico(a) e prescritor(a), com prática em atendimento infantil.

Sua participação é voluntária, não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir dela. Mas ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa, e o material será armazenado em local seguro.

Rubrica pesquisador: _____

Rubrica participante: _____

(p.1de3)

A qualquer momento, durante a pesquisa ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

Sua participação consiste em responder perguntas de um roteiro de entrevista, com duração aproximada de 45 minutos. A entrevista será registrada em gravadores digitais, transcrita e armazenada em arquivo digital e registros textuais físicos. Poderão ser feitas anotações à mão no decorrer da entrevista. Somente terão acesso à entrevista a pesquisadora, seus orientadores e um profissional que realizará as transcrições. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/ENSP.

O benefício relacionado à sua entrevista será a identificação de dados que contribuirão para a produção de conhecimentos para a área da saúde pública e mais especificamente sobre a saúde mental infantil.

Qualquer pesquisa envolvendo seres humanos é capaz de trazer riscos aos participantes. Esta entrevista poderá comprometer o tempo que você estaria dedicando ao seu trabalho no serviço. Existe a possibilidade de você sentir-se constrangido a responder perguntas que de alguma maneira comprometeriam a instituição onde trabalha. Mas todos os cuidados serão tomados a fim de diminuir esse risco. Além disso, não haverá qualquer referência que possa identificar o serviço nem a sua participação como entrevistado, sendo mantida a confidencialidade.

Os resultados serão divulgados através da tese e de artigos científicos. Não serão divulgados dados pessoais ou que possam trazer danos a você, entrevistado, nem ao serviço onde trabalha.

Caso sofra qualquer tipo de dano, previsto ou não neste termo, resultante de sua participação no estudo, você terá direito à assistência integral e à indenização, conforme itens III. 2.0, IV.4.c, V.3, V.5 e V.6 da Resolução CNS 466/12.

Este termo é redigido em duas vias: uma ficará com você e outra com a pesquisadora. Todas as páginas deverão ser rubricadas por ambos, e assinadas ao final.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o

Rubrica pesquisador: _____

Rubrica participante: _____

(p.2de3)

Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. Ele é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Ele avalia e monitora o projeto de modo a respeitar os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Comitê de Ética em Pesquisa/ENSP

Telefone e Fax - (0XX) 21- 25982863

E-Mail: cep@ensp.fiocruz.br

<http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210

LAPS – Avenida Brasil, 4036/sala 506. CEP: 21040-361- Rio de Janeiro/RJ

Telefones: (21)38829105/(21)22605999

nogueirarangel@gmail.com

Mariana Nogueira Rangel Pande (pesquisadora)

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

(Assinatura do participante da pesquisa)

Rio de Janeiro, ____ de _____ de _____.

(p.3de3)

ANEXO 1

Modelos de Receita “A” e Receita “C1”, usados respectivamente para a prescrição do metilfenidato e da risperidona (Anvisa, 1998)

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA UF: _____ NÚMERO: _____ A Data: ____ de ____ de ____ Paciente: _____ Assinatura do Emitente: _____ Endereço: _____	IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE _____ _____ _____	ESPECIALIDADE FARMACÉUTICA Nome: _____ _____ Quantidade e Apresentação _____ Forma Farm. Concent. /Unid. Posologia
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR Nome: _____ Endereço: _____ Identidade Nº: _____ Órgão Emissor: _____ Telefone: _____	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR _____ _____ Nome _____ Data	

Dados da Gráfica: Nome - Endereço Completo - CGC

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE Nome Completo: _____ CRM: _____ UF: _____ Nº: _____ Endereço Completo e Telefone: _____ Cidade: _____ UF: _____	1ª VIA FARMÁCIA 2ª VIA PACIENTE
--	--

Paciente: _____
Endereço: _____
Prescrição: _____

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR Nome: _____ Ident.: _____ Órg. Emissor: _____ End.: _____ Cidade: _____ UF: _____ Telefone: _____	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR _____ _____ ASSINATURA DO FARMACÊUTICO DATA: ____/____/____
--	---