

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE DIREITO**

Izabella Woyames Duarte Coelho

**Como compreender o papel do Estado Democrático de Direito na Proteção da Dignidade
da Criança e do Adolescente em relação à medicalização psiquiátrica**

**Juiz de Fora
Julho de 2014**

IZABELLA WOYAMES DUARTE COELHO

Como compreender o papel do Estado Democrático de Direito na Proteção da Dignidade da Criança e do Adolescente em relação à medicalização psiquiátrica

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Faculdade de Direito da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial para obtenção do grau de bacharel.

Orientador: Prof. Brahwlio Soares de Moura
Ribeiro Mendes

Juiz de Fora
Julho de 2014

IZABELLA WOYAMES DUARTE COELHO

Como compreender o papel do Estado Democrático de Direito na Proteção da Dignidade da Criança e do Adolescente em relação à medicalização psiquiátrica

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Faculdade de Direito da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial para obtenção do grau de bacharel.

Orientador: Prof. Brahwlio Soares de Moura Ribeiro Mendes.

Aprovado pela banca composta pelos seguintes membros:

Prof. Brahwlio Soares de Moura Ribeiro Mendes (UFJF) – Orientador

Prof. Fellipe Guerra David Reis (UFJF) – Convidado

Prof. Mário César da Silva Andrade (UFJF) – Convidado

Juiz de Fora, 18 de julho de 2014.

À minha avó Maria Pinto, que viveu toda uma vida de comprometimento com sua comunidade.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu orientador, Brahwlio, por sua compreensão e sensibilidade às temáticas heterodoxas; à minha amiga Gabriella pela ajuda impagável; e à minha mãe, por ter me ensinado a não me calar diante do incorreto e do injusto.

*“Ficar louco de vez em quando é necessidade
básica para permanecer são”
(Osho)*

RESUMO

A presente pesquisa tem como objetivo analisar a relação entre o direito e a psiquiatria, especificamente no que cerne aos diagnósticos, aos tratamentos e à medicalização psiquiátrica de crianças e adolescentes. Com base no conceito de dignidade proposto por Ronald Dworkin, visa buscar soluções protetivas para essa parcela da sociedade, aclarar sobre a (ir)responsabilidade do Estado Democrático de Direito em relação a esse tema e demonstrar que, à semelhança das atrocidades cometidas nos manicômios do século passado, estamos permitindo a castração química de crianças e adolescentes que se comportam de modo análogo aos padrões de doenças criadas por teorias extremamente refutáveis e cuja pesquisa “científica” foi amplamente estimulada pela indústria farmacêutica. Discute-se, ainda, a aceitação pelo Direito, sem a mínima contestação, de critérios postos em xeque diversas vezes pela crítica como parâmetro para a rotulação de uma criança/adolescente como doente mental.

Palavras-chave: Criança e adolescente. Dignidade. Doença mental. Proteção. Psiquiatria

ABSTRACT

This research aims to analyze the relationship between law and psychiatry, specifically in the core diagnostic, treatment and psychiatric medicalization of children and adolescents. Based on the concept of dignity proposed by Ronald Dworkin, aims to seek protective solutions for this segment of society, clarify about the (ir) responsibility of the democratic rule of law in relation to this issue and demonstrate that, similar atrocities committed in the asylums last century, we are allowing chemical castration of children and adolescents who behave analogously to those of diseases created by extremely falsifiable theories and whose "scientific" research was largely stimulated by the pharmaceutical industry. It discusses also the acceptance by law, without the slightest defense of posts on various criteria Sheikh times by critics as a parameter for the labeling of a child / teen as mentally ill.

Keywords: Child and adolescent. Dignity. Mental illness. Protection. Psychiatry.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	09
2 DIGNIDADE EM DWORKIN	12
3 PSIQUIATRIA INFANTIL E O SISTEMA DE SAÚDE MENTAL BRASILEIRO ...	15
4 O DSM E A OUTRA VERTENTE DE CLASSIFICAÇÃO PSIQUIÁTRICA	17
5 LEGISLAÇÃO PROTETIVA REFERENTE À SAÚDE MENTAL DO MENOR	20
6 A RELAÇÃO ENTRE O DIREITO E A PSIQUIATRIA E UMA PROPOSTA PROTETIVA DIVERSA NA REALIDADE ATUAL.....	23
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	26
REFERÊNCIAS	28

1 INTRODUÇÃO

Fui convidado por uma empresa a dar uma palestra sobre saúde mental. Aceitei sem pensar muito. Sou psicanalista e devo saber o que é saúde mental. Quando a data se aproximava, pus-me a pensar e descobri que eu não sabia o que era saúde mental. Para uma empresa, quando é que um funcionário tem saúde mental? Ele tem saúde mental quando os seus pensamentos e emoções não interferem no seu desempenho na empresa: não falta, produz, tem boas relações. A empresa usa para avaliar o seu funcionário os mesmos critérios de avaliação da “saúde” de uma peça de uma máquina. Peça boa é aquela que não exige reparos e funciona sempre. Para que isso aconteça é preciso que a peça esteja totalmente ajustada à “ideia” da máquina. Assim, um funcionário com saúde mental é aquele cuja alma está ajustada à alma da empresa. Ajustamento produz contentamento. Aí comecei a pensar nos homens que tenho no meu coração. Foram todos desajustados e infelizes. Van Gogh, Walter Benjamin e Maiakovski cometeram suicídio. Nietzsche ficou louco. Fernando Pessoa era dado à bebida. Então, as pessoas que amo não tinham saúde mental. Não eram ajustadas. Então, por que as amo? Pelas coisas que elas produziram. As pessoas ajustadas são indispensáveis para fazer as máquinas funcionarem. Mas só as desajustadas pensam outros mundos. A criatividade vem do desajustamento. Imagine que nossa sociedade é louca. As evidências dizem que sim. Estar ajustado a essa sociedade é estar ajustado à sua loucura. Então, há um tipo de “saúde mental” que é uma manifestação de loucura. Mas aqueles que são lúcidos, que percebem a loucura da sociedade e sofrem com ela, desajustados, são os que verdadeiramente têm saúde mental (ALVES, 2008).

O trecho acima, extraído do livro *Ostra feliz não faz pérola*, de Rubem Alves¹, traz brilhante reflexão sobre o tema da (in)sanidade mental. Com respaldo de psicanalista e a sensibilidade de escritor, o autor põe em xeque a relação estanque entre saúde e doença mentais, e mais ainda, questiona o conceito de normalidade psíquica. Quem são os sãos? Quem são os doentes? Quem decide a fronteira entre esses dois polos?

Muito se discute quanto à cientificidade da psiquiatria. Questionam os críticos se uma área que se baseia em análises subjetivas de comportamentos humanos pode ser, de fato, considerada uma ciência e comparada aos demais ramos da medicina, que tratam doenças, doentes e diagnósticos com base em fatos – observação de padrões físico-químicos, exames clínicos e laboratoriais de toda natureza etc. Não há como se discutir se uma pessoa tem ou não câncer, apresentando-se um sofisticado exame de imagem como lastro; ao passo que um diagnóstico de *depressão*, *transtorno de déficit de atenção e hiperatividade* ou mesmo *esquizofrenia* pode ser facilmente refutado, como demonstrou, inclusive, a famosa experiência² feita por Rosenhan na década de 1970. Por conta do caráter de não cientificidade da psiquiatria, muitos críticos a chamam pseudociência.

¹ Rubem Alves é referência literária nacional, renomado escritor, psicanalista, educador e teólogo; é membro da academia campinense de letras e professor emérito da UNICAMP.

² O chamado experimento Rosenhan, que recebeu esse nome por conta do psicólogo que o concebeu, foi uma pesquisa iniciada em 1972 e desenvolvida para por em xeque os diagnósticos psiquiátricos. A experiência consistia em os participantes irem até os hospitais psiquiátricos estadunidenses e relatar ouvir vozes que diziam

O documentário *O marketing da loucura*, produzido pela *Comissão dos Cidadãos para os Direitos Humanos* (Citizens Commission on Human Rights - CCHR) traz, a partir do exame histórico e contemporâneo da psiquiatria e dos tratamentos psiquiátricos utilizados hodiernamente, uma análise extremamente crítica e chocante da realidade das psicopatologias, sua criação, seus diagnósticos e tratamentos.

O principal objetivo do documentário é demonstrar que as doenças, os diagnósticos e tratamentos hoje existentes são resultado da propaganda intensa e mercadológica da indústria farmacêutica, que patologizou – através do patrocínio a “estudos” científicos promíscuos – comportamentos humanos normais, criando doenças e, por fim, produzindo uma geração de dependentes de fármacos psiquiátricos.

A CCHR, que se denomina como “um serviço de vigilância da saúde mental sem fins lucrativos, responsável por ajudar a aprovar mais de 150 leis que protegem os indivíduos de práticas abusivas ou coercivas [em vários países]”, produziu uma *Declaração dos Direitos Mentais*, em que determina os pilares da proteção à dignidade psicofísica dos seres humanos. Um dos principais artigos desta declaração determina que “A nenhuma pessoa, homem, mulher ou criança, pode ser negada a sua liberdade pessoal devido à suposta doença mental sem um julgamento justo pela justiça e com representação legal apropriada”.

Percebe-se, claramente, a relação íntima forjada pela organização – e latente quando se analisa profundamente o tema – entre o Direito e a proteção dos cidadãos no que tange à saúde mental.

A complexidade deste tema fica ainda mais evidente quando se trata de psicopatologias, diagnósticos e seus respectivos tratamentos em relação a crianças e adolescentes. Existem doenças, seguindo a classificação americana (que mais logo se vislumbrará) que acometem principalmente crianças, e para cujo tratamento se prescrevem fármacos psicotrópicos. Como controlar a aplicação dessas drogas em relação às crianças quando o controle de administração em adultos já se mostra tão ineficaz? A mencionada declaração da CCHR traz, ainda, em mais um de seus artigos, o mandamento de que “não

as palavras “oco” “vazio” e o som “tum-tum”. Dos oito pseudopacientes que fizeram parte da pesquisa (incluindo o próprio Dr. Rosenhan), sete foram diagnosticados com esquizofrenia e internados. Após a internação, os pacientes voltaram a agir normalmente, mas perceberam que em raríssimos momentos havia contato entre os profissionais da psiquiatria e os doentes. Tratava-se, mais do que um diagnóstico falho, refutável e leviano, de uma simples segregação daqueles que pareciam não se enquadrar ao padrão de normalidade estabelecido.

pode ser administrado a nenhuma pessoa tratamento psiquiátrico ou psicológico contra a sua vontade”.³

Ora, como administrar a liberdade, a dignidade e as vontades das crianças e dos adolescentes em relação aos tratamentos de doenças (ou supostas doenças) mentais? A quem incumbe essa proteção no caso da medicalização psiquiátrica?

Com foco nesse diapasão, o presente trabalho tem como objetivo analisar e discutir a responsabilidade do Estado Democrático de Direito (EDD) na proteção da saúde mental das crianças e adolescentes⁴, mais especificamente em relação à excessiva⁵ medicalização psiquiátrica infanto-juvenil que ocorre na atualidade, tendo como lastro teórico a noção de dignidade proposta por Ronald Dworkin no livro *Justiça para ouriços*.

A análise perpassa pela legislação brasileira e se atenta ao tipo de proteção que é concedida à saúde psicológica das crianças e adolescentes – Constituição Federal, Lei de Saúde Mental e Estatuto da Criança e do Adolescente –, além de tocar nas regulamentações internacionais determinando qual o nível da proteção legislativa concedida a esse público e o quão distantes os ditames normativos podem estar da realidade.

Através da sucinta apresentação do DSM (Manual de doenças psiquiátricas elaborado pela Associação Americana de Psiquiatria, que já está em sua quinta edição), com foco nas doenças psiquiátricas infanto-juvenis, o estudo proposto pretende demonstrar que a psiquiatria infantil “patologizou” comportamentos inerentes à infância e à adolescência – medicalizando e estigmatizando seres humanos cuja personalidade e dignidade ainda se encontram em construção – e de que forma o Direito absorve as concepções psiquiátricas (tão refutadas dentro do campo médico), sem nenhum tipo de análise crítica.

Por fim, critica-se não apenas o sistema de criação de uma nova patologia, análise e diagnóstico dos pacientes e medicalização (ir)responsável, mas também, e sobretudo, a absorção desse sistema pelo Direito, em detrimento das obrigações do Estado Democrático de Direito para com a proteção integral da criança e do adolescente.

³ Disponível em: <<http://www.cchr.pt/about-us/mental-health-declaration-of-human-rights.html>>. Acesso em 16 jun. 2014.

⁴ Vale ressaltar que o presente trabalho não tem como condão demonstrar e/ou discutir a situação da proteção à saúde mental infanto-juvenil como um todo. Essa análise teria de perpassar, necessariamente, sobre questões como a violência infantil e a dependência química de entorpecentes, bem como as alternativas atuais de tratamento, que não são foco deste estudo.

⁵ Embora haja posicionamento científico em contrário, grande parte da comunidade científica da área da saúde admite haver supermedicação psiquiátrica para crianças e adolescentes, assim como a população em geral. Como exemplo dos que creem não haver essa supermedicação, cita-se a carta à revista brasileira de Psiquiatria produzida por Paulo Mattos, Luis Augusto Rohde, Guilherme V. Polanczyk, em que os pesquisadores afirmam, através de uma análise matemática dos valores estatísticos associados ao TDAH e aos números da venda de pílulas, que não há tratamento medicamentoso alarmante para essa patologia, em especial.

2 DIGNIDADE EM DWORKIN

Antes de se iniciar a discussão acerca da proteção da saúde mental da criança e do adolescente por parte do EDD, deve-se ressaltar o direito à dignidade da criança, que encontra entraves já de antemão, uma vez que se trata de um ser humano em desenvolvimento, que (ainda) não se encontra na completude de suas faculdades psicofísicas para discernir sobre uma ou outra forma de lidar com seus males, sejam físicos ou psíquicos.

Um adulto que recebe de um psiquiatra uma receita médica, determinando o uso de substância psicotrópica para que seu comportamento se adeque àquilo que a sociedade espera, pode escolher ou não fazer uso dessa droga. Uma criança ou adolescente, ao contrário, ficará à mercê da decisão de seus garantidores, que são a família, a sociedade e o EDD, em grau mais elevado. Quem protegerá a dignidade desse ser em desenvolvimento? Aliás, como se compreenderá a dignidade da criança e do adolescente?

Devemos então tocar no conceito que permeia a proteção de qualquer direito humano, tanto mais dos que se relacionam à afirmação do indivíduo como pessoa globalmente considerada e não apenas como ser vivo: a dignidade. Tal potencialidade, amplamente explorada por uma série de estudiosos, encontra numerosos e distintos conceitos. Utilizaremos, aqui, a noção de Ronald Dworkin (2012) sobre o que é o viver digno, precisamente a noção traçada na obra *Justiça para ouriços*.

Dworkin (2012) determina que uma pessoa vive bem – e nesse conceito estão abarcados os princípios morais e éticos do viver – quando sua vida é analisada com base no valor de desempenho e não de produto. Significa que o caminho traçado durante a vida é mais relevante do que os objetivos em si que se conquistam durante ela. Valendo-se de uma metáfora, o autor explica que uma obra de arte pode ter grande valor por ser bela (e esse seria o valor de produto), mas se se tratasse de uma cópia perfeita, não se poderia dizer que teria o mesmo valor, uma vez que a importância das coisas não está apenas no que elas são, mas sim no processo que houve para que fossem atingidas.

Assim, voltando às pessoas, considera Dworkin (2012) que suas vidas devem ser apreciadas pelo valor de desempenho, e não de produto. Ora, que podemos dizer das análises psiquiátricas sobre os indivíduos? Ao que parece, a psiquiatria, mais precisamente as análises baseadas no padrão americano de diagnóstico⁶ (DSM), percebe os pacientes de acordo com o valor de produto: a avaliação sobre sanidade ou insanidade é feita com base na

⁶ Veremos adiante as diferenças entre o padrão americano e o francês de análise das doenças psiquiátricas.

capacidade produtiva do sujeito, e não perpassa pelas situações sociais, familiares e por toda gama de estímulos que sofre um indivíduo em sociedade.

Para o autor, a ideia de dignidade está irremediavelmente ligada a dois princípios éticos que são fundamentais para se viver bem. Tais princípios são o autorrespeito e a autenticidade. Nas palavras do filósofo, o primeiro determina que “Cada pessoa deve levar sua própria vida a sério: tem de aceitar que é importante que a sua vida seja uma realização bem sucedida e não uma oportunidade perdida” (DWORKIN, 2012). Enquanto que o segundo prescreve que “Cada pessoa tem a responsabilidade especial e pessoal de criar essa vida por meio de uma narrativa ou de um estilo coerente que ela própria aprova” (DWORKIN, 2012). Unidos, ambos os princípios determinam a dignidade humana.

Ora, analisando esses dois corolários de acordo com a psiquiatria, poderíamos afirmar que o padrão americano de análise de psicopatologias fere sobremaneira o conceito de dignidade dworkiana. Isso porque, ao determinar que um conjunto de ações do indivíduo significa (quase que matematicamente) a presença de uma patologia, o padrão desconsidera completamente a autenticidade desse indivíduo.

Como pode o indivíduo responsabilizar-se por viver bem (de acordo com o valor de desempenho e não com o de produto) se lhe é tolhida a liberdade de fazê-lo, com base em um diagnóstico que, muitas vezes, por si, o incapacita? Ademais, além de o próprio diagnóstico ser incapacitante muitas das vezes, os tratamentos químicos o são quase que em sua totalidade, vez que tiram do indivíduo a potencialidade de autorrespeitar-se e de ser autêntico com aquilo que crê.

Naturalmente, não se está defendendo aqui que se um indivíduo crê estar, suponhamos, em uma guerra e que todos sejam seus inimigos, possa ele agredir aos demais em respeito à sua autenticidade. O que se quer, e o exemplo acima descrito teve de ser abusivo para se ilustrar, é que o indivíduo seja analisado como um todo complexo e multifacetado e não como uma mente em apartado que padece de alguma anormalidade porque não se enquadra no duvidoso padrão de sanidade adotado por nosso sistema psiquiátrico (acatado pelo Direito como correto sem que haja contestação).

Se a apreciação da relação entre diagnóstico e tratamento das psicopatias para com a dignidade da pessoa humana em Dworkin já parece bastante complexa, mais tortuosa ainda é quando a pessoa em análise está em formação física, mental, e psicossocial. Como compreender a dignidade das crianças e dos adolescentes na ótica de Dworkin?

Tomando-se como base o fato de as crianças e adolescentes ainda não terem pronta sua capacidade de agir conforme o autorrespeito e a autenticidade dworkiana, pode-se

conceber que deva haver uma proteção externa. Em uma criação despreziosa, poderíamos propor que houvesse uma assistência integrada entre aqueles que já têm suas faculdades morais completas (ainda que em constante aprimoramento e/ou mutação) e aqueles que ainda não as têm em sua completude.

Se ao adulto cabe, em função do autorrespeito ou da autenticidade, insurgir-se contra tratamentos e diagnósticos psiquiátricos que o diminuam enquanto ser humano integral, cabe ainda a responsabilidade de proteger aqueles que não podem fazê-lo. Seja pessoalmente, por um dever moral, seja institucionalmente, através de ferramentas estatais. As propostas sobre quais seriam essas alternativas serão abordadas adiante.

3 PSQUIATRIA INFANTIL E O SISTEMA DE SAÚDE MENTAL BRASILEIRO

Entramos na primeira sala, o quadro mais doloroso até então. Uma sequência de caminhas de madeira, tipo berço, com crianças dentro. Crianças de dois, três, quatro, cinco e até seis anos de idade. A maioria com pernas e braços bastante crescidos, pro lado de fora, por não terem outro espaço. Uma coisa muito triste, difícil de se acreditar.

- Elas ficam nessas caminhas a vida inteira?

A única funcionária da enfermaria, para olhar por todas aquelas crianças, respondeu:

- A gente põe as caminhas todo dia lá pra fora, pra elas tomarem um solzinho.

- Mas essas crianças não têm famílias, parentes?

- A gente nem sabe quem são, como chamam, de onde vêm – respondeu a atendente.

- Mas elas não crescem? Não saem daqui?

- Crescem sim. Mas só vão até os 18, 19, 20 anos. Não passam disso.

- E o que acontece com elas?

- Ué, elas morrem (FIRMINO, 1982).

O relato supracitado, extraído do livro *Nos porões da loucura*, de Hiram Firmino (1982), retrata como era a ala infantil do hospital psiquiátrico de Barbacena (MG) – o Colônia – na década de 1970. Apesar de nos causar profundo mal estar, este está longe de ser o retrato de um passado superado. Embora a luta antimanicomial das últimas décadas tenha alterado significativamente a forma como o doente mental brasileiro é tratado, ainda há muito que ser feito. Em relação às crianças e adolescentes, notadamente, a proteção ainda necessita se alargar em abrangência e eficácia.

Há, ainda hoje, profundas agressões ao sistema normativo que determina o tratamento de saúde mental humanizado, multidisciplinar, e não segregador que emergiu do movimento amplamente chamado *reforma antimanicomial*.

A grosso modo, o Governo Federal instituiu a redução dos leitos de internação hospitalar psiquiátrica para que houvesse a “desinstitucionalização” dos doentes mentais já internados e a não internação de novos pacientes, já que o asilamento se mostrou, além de desumano e medieval, em inúmeros casos como o mencionado no início desse capítulo, completamente ineficaz no que cerne à recuperação do doente.

Através da instituição dos CAPSs - Centros de Atenção Psicossocial⁷, e especificadamente dos CAPSis, destinados ao tratamento exclusivo de crianças e adolescentes – o sistema de saúde mental brasileiro molda-se às alternativas contrárias à obsolescência das internações em instituições de tratamento. Infelizmente, porém, a teoria em muito se distancia da prática vivida no sistema de saúde pública nacional.

Assis et al (2009), em estudo sobre a situação de crianças e adolescentes brasileiros em relação à saúde mental e à violência, explicam, num breve histórico, que:

⁷ Regulamentados pela Portaria nº 336-02 do Ministério da Saúde.

No caso do Brasil, os cuidados com a saúde mental de crianças e adolescentes nunca foi tomado como prioridade. Tentamos, ainda timidamente, atender aos casos mais graves de transtornos desenvolvimentais, deixando de perceber e atuar frente aos problemas emocionais e comportamentais. No contexto nacional, fala-se pouco em promoção de saúde mental e prevenção de transtornos mentais.

Outra faceta dos cuidados em saúde mental no país é que parte dele esteve, historicamente, voltado para o controle da infância e adolescência internada ou abrigada, especialmente através da prescrição medicamentosa ou da institucionalização.

O quadro de escassa consciência do problema e de oferta de serviços é evidente, embora avanços venham ocorrendo desde a implementação da reforma psiquiátrica que visou superar a violência asilar em favor da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde mental.

Na década de 1990, passaram a entrar em vigor no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros núcleos ou centros de atenção psicossocial (NAPS/CAPS) e hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos (ASSIS et al, 2009).

Em brilhante estudo acerca das internações de crianças e adolescentes em Hospital Público Psiquiátrico, Flávia Blikstein (2012) demonstra o quanto estamos longe de abandonar as práticas assustadoras do antigo Hospital Colônia. Através da análise de 451 prontuários de internação de crianças e adolescentes no Hospital Pinel, no Rio de Janeiro, entre janeiro de 2005 e dezembro de 2009, a autora percebeu que as internações eram feitas com base em diagnósticos falhos, lastreados por comportamentos de crianças que apenas refletiam a desgraça social, econômica e afetiva em que viviam. Muitas delas, depois de tanto tempo de internação, já não conseguiam se adaptar a nenhum outro lugar que não fosse o hospital, e ficavam fadadas ao completo abandono quando atingiam a maioridade.

O estudo de Blikstein (2012) comprova que crianças e adolescentes tiveram suas infâncias ceifadas, foram privados do convívio familiar e social, da educação institucional e de sua dignidade, enfim, por conta de internações (grande parte delas efetuadas por ordem judicial) em instituições psiquiátricas sem que houvesse diagnóstico que justificasse o procedimento.

Mas, o que é necessário para que se diagnostique uma criança como portadora de psicopatologia que justifique ou enseje medicalização psiquiátrica e até mesmo internação? A resposta é curta, como o padrão utilizado: constar seu comportamento em alguma das listas de transtornos mentais do DSM. O que é e como se pode analisar o DSM e suas consequências, por vezes desastrosas, serão tratadas no capítulo seguinte.

4 O DSM E A OUTRA VERTENTE DE CLASSIFICAÇÃO PSIQUIÁTRICA

A lista de doenças psiquiátricas que podem acometer crianças e adolescentes, bem como toda a vasta gama de patologias psiquiátricas existentes, está descrita no DSM⁸ - *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, em português *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*.

O Manual, que já está na sua quinta (e mais robusta) edição, é elaborado desde 1952 pela Associação Americana de Psiquiatria, e tem foco apenas nas (supostas) doenças mentais e no tratamento, prioritariamente medicamentoso, a elas associados. O Brasil – assim como a maior parte dos países do globo – utiliza o padrão americano do DSM para avaliar, diagnosticar e tratar doenças mentais, tanto as relacionadas aos adultos, quanto ao público infante-juvenil.

A padronização americana de diagnóstico e tratamento levanta uma série de críticas e retaliações por parte da comunidade científica, por valer-se de critérios absolutamente subjetivos, confusos e muitas vezes banais para a criação e caracterização de uma patologia psiquiátrica. Nota-se que a classificação do DSM não analisa as questões psicossociais e culturais relacionadas aos sintomas, mas apenas as questões clínicas e seus equivalentes farmacológicos.

É, outrossim, um patamar que não considera o doente (se é que se pode falar em doente quando há tanta controvérsia científica), mas apenas as doenças e seu tratamento medicamentoso, como se fosse possível fazer essa dissociação sem gerar um tratamento desumano. Aliás, essa é uma mazela de que padece toda a área de saúde, e não apenas a psiquiatria.

Há, no penúltimo texto⁹ do DSM, datado de 1995, um leque de doenças psíquicas que podem acometer as crianças, como o TDAH (Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade), os distúrbios de conduta e transtornos do funcionamento social. Numa análise um pouco menos rasa sobre o TDAH, cujo diagnóstico e medicalização tornou-se um verdadeiro surto nos últimos anos e cuja principal medicação tratativa associada é a Ritalina¹⁰, percebe-se algo que a mídia chegou até mesmo a noticiar nos últimos meses: que há um

⁸ O DSM é duramente criticado pelas doutrinas da psiquiatria e da psicologia humanizadas e por grande parte da academia médica. O manual, que pode se chamar simplista, rotula doentes mentais a partir de características e circunstâncias extremamente questionáveis. Não por outro motivo há, atualmente, uma série de movimentos organizados contra o DSM. Um dos principais é liderado pela já citada CCHR.

⁹ A última edição, de 2013, ainda não tem tradução para o português.

¹⁰ Chamada pela crítica de droga da obediência, a Ritalina, composto químico usado no “tratamento” do TDAH, deixa as crianças menos agitadas e, portanto, mais fáceis de controlar, mas traz como preço uma série de complicações que podem gerar sequelas mentais irreversíveis no paciente.

disparate entre as estatísticas de crianças diagnósticas em países como Estados Unidos e Brasil em comparação com a França.

A terapeuta familiar Marilyn Wedge (2013), em artigo para o site americano *Psychology Today*, relata que, nos Estados Unidos, cerca de 9% das crianças em idade escolar receberam diagnóstico de TDAH e estão sendo tratadas com medicamentos, enquanto na França a percentagem de crianças diagnosticadas e medicadas para o transtorno é menor a 0,5%. No Brasil, os índices são análogos aos americanos. Dessa forma, qual o motivo de tamanha diferença entre eles?

O padrão americano de análise de doenças psiquiátricas adultas e infantis (DSM) não considera questões sociais, familiares, e tudo aquilo que envolve a vida do indivíduo para caracterizá-lo como portador ou não de uma doença mental. O padrão francês, por sua vez, percebe a criança para além de seus comportamentos: compreende-a como um ser que sofre influências de toda sorte do meio em que está inserido: familiares, sociais, raciais, sexuais, econômicas, entre outras. E essas influências e estímulos podem explicar uma série de ações e reações dos pacientes.

Assim, quando uma criança apresenta comportamento que possa sugerir dificuldades de aprendizado e ou pouca atenção nas tarefas escolares, o sistema francês de classificação busca apurar quais os fatores podem influenciar a criança para além da escola e reverter esse conjunto de situações que pode ser desfavorável ao assistido. Busca, então, melhorar todo esse conjunto de elementos, e não medicar a criança/adolescente em apartado, como se tal medida fosse “solucionar” o sintoma que ensejou o tratamento. Daí a quantidade substancialmente menor de casos de TDAH na França, em comparação com EUA e Brasil.

Resta claro que o padrão americano, unido à Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID), publicada pela OMS¹¹, tornou-se também o padrão do mundo ocidental como um todo. Logo, a visão francesa não é comumente trazida à tona.

Tendo em vista as diferenças gritantes de diagnóstico e, conseqüentemente, de tratamento, advindas da adoção de um ou outro sistema, questiona-se: até que ponto a medicalização de nossas crianças com base em diagnósticos levianos e pouquíssimo aprofundados não está causando a elas limitações físico-químicas cujas conseqüências são semelhantes às sofridas pelas crianças do Colônia?

¹¹ Organização Mundial da Saúde.

Esse questionamento afligiu também Mariana de Araújo Fiore (2005), que ponderou:

O discurso médico, de orientação fiscalista, produz ressonância no senso comum porque nele predomina a solução imediata através de mecanismos simples e concretos, sendo assim mais acessível e de mais fácil absorção. A dimensão concreta do corpo individual e os parâmetros de concretude das ciências biológicas têm se tornado fontes de certeza e estabilidade para o homem contemporâneo, pela descoberta de novas tecnologias, pela emergência das neurociências, pela possibilidade de prolongamento da vida das pessoas e pela promessa de redução de seus sofrimentos. A lógica do consumo, que até então se dava no plano dos objetos parciais e externos, agora se está interiorizando cada vez mais no sujeito – ao escolhermos nosso corpo, ao colocarmos e retirarmos pedaços dele, corrigindo seus supostos defeitos. De forma correlata podemos, através de medicamentos, controlar nosso padrão de atenção, nossos impulsos, nossas ansiedades, nossos medos. Ou seja, assim como corrigimos nosso corpo, corrigimos nossos modos de existência de acordo com um padrão que, de natural, não tem nada. Se a dimensão biológica do sujeito refere-se à vida, não poderíamos deixar de considerar os modos pelos quais ela tem se constituído. Cabem, então, mais perguntas: troca-se o seio e acaba-se com o sofrimento? O remédio tarja preta faz com que crianças parem de sofrer? A solução rápida dos problemas, esse imediatismo que estamos vivendo, se relaciona com a velocidade da contemporaneidade, com um afastamento das reflexões, que passam a dar lugar a um ritmo de informações acelerado e irrefletido, mas assimilado. A provisoriedade, a regra do viver o agora, tem se confundido com as síndromes do pânico, agorafobia, depressão, stress e hiperatividade. Como essa dimensão da provisoriedade se manifesta na infância e que produções acarreta? A medicalização, como consequência dessa concepção fiscalista, suscita preocupações tanto físicas quanto psíquicas, em relação aos efeitos de longo prazo que implica, das relações que produz, dos rótulos que se instalam e das dificuldades que o sujeito encontra a partir deles, determinados por uma série de obstáculos e sofrimentos que se interpõem na relação do sujeito com o mundo que o cerca (FIORE, 2005).

Decotelli et al (2013) prosseguem na crítica:

Uma medicação¹² que deveria ser exceção [...] talvez **digna de ser prescrita por uma junta multidisciplinar de profissionais**¹³, acaba sendo prescrita à revelia, quase como uma vitamina, incrementando os índices epidêmicos do TDAH10, sob os indícios perscrutados pelo professor e para alívio dos pais, pois, afinal de contas, o filho não é mal-educado, ele é doente. Desse modo, o ‘problema é médico, é de remédio’ (DECOTELLI et al, 2013).

Por ser silenciosa, a violência química sofrida pelas crianças e adolescentes passa despercebida e sorrateira aos olhos do EDD e do aparato jurídico protetivo, ainda que, como se verá a seguir, exista robusta legislação genérica que prima pela dignidade e saúde integrais do menor.

¹² Os autores fazem referência à medicação utilizada nos casos de TDAH, notadamente a Ritalina.

¹³ Grifo nosso. Nota-se que a sugestão do autor vai ao encontro da que se fará, mais adiante, neste estudo.

5 LEGISLAÇÃO PROTETIVA REFERENTE À SAÚDE MENTAL DO MENOR

Desde a edição do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)¹⁴, houve uma transformação nos parâmetros de proteção desse público no cenário legislativo brasileiro. Embasado pelas vertentes protetivas já tratadas pela ONU desde a década de 1950, através principalmente da Declaração Universal dos Direitos da Criança¹⁵, o ordenamento brasileiro fez emergir o conceito de *proteção integral*, que determina que além de evitar que as crianças e adolescentes sejam expostos a qualquer tipo de violação, devem ser estimulados enquanto seres humanos para que se desenvolvam em sua plenitude física, psicológica, cultural, educacional e social.

Determina o Princípio II da mencionada declaração que toda criança tem “Direito a especial proteção para o seu desenvolvimento físico, mental e social”. E segue elucidando, que

a criança gozará de proteção especial e disporá de oportunidade e serviços a serem estabelecidos em lei e por outros meios, de modo que possa desenvolver-se física, mental, moral, espiritual e socialmente de forma saudável e normal, assim como em condições de liberdade e dignidade. Ao promulgar leis com este fim, a consideração fundamental a que se atenderá será o interesse superior da criança (DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA, 1959).

O conceito de interesse superior da criança, trazido na declaração, está intimamente ligado à ideia de *proteção integral*, que abrange, como já citado, mais do que ações que impeçam a criança e o adolescente de sofrerem violações, mas sim a efetivação de ações – estatais e da sociedade civil – que lhes permitam o amplo desenvolvimento.

No escopo dessas premissas, a Constituição Cidadã de 1988 trouxe, em seu Artigo 227, que integra capítulo intitulado “Da família, da criança, do adolescente, do jovem e do idoso”, norma que determina ser

dever da família, as sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988).

Nota-se que, além de tratar da saúde amplamente, a norma constitucional se preocupa em abarcar a proteção à dignidade das crianças e adolescentes. Ainda que o texto constitucional não se preste a estabelecer o que é exatamente a dignidade, o conceito proposto

¹⁴ O ECA foi instituído pela Lei 8.069 de 13 de julho de 1990.

¹⁵ A Declaração Universal dos Direitos da Criança foi proclamada pela ONU, através da Resolução da Assembleia Geral 1386 (XIV), de 20 de Novembro de 1959. Determina garantias à criança, tendo como escopo basilar os direitos a liberdade, à educação, ao lúdico e convívio social através de dez princípios protetivos.

por Dworkin (2012) – e elegido neste estudo como parâmetro – parece bastante satisfatório, compreendendo os princípios do autorrespeito e da autenticidade.

Tomando por base essa definição de dignidade, cabe ao Estado Democrático de Direito garantir, através de ferramentas reais e não apenas da constância do tema em legislação, mecanismos que possibilitem às crianças e adolescentes desenvolverem em si duas noções inafastáveis ao ser humano pleno: a de respeitar-se enquanto membro de uma sociedade plural e a que determina a autenticidade de nós mesmos, como elencado no segundo capítulo desta pesquisa. Trataremos, mais à frente, do papel do Direito, frente à psiquiatria, como garantidor da dignidade das crianças e dos adolescentes.

Compondo o sistema legal nacional de proteção à criança e ao adolescente, o ECA elenca determinações específicas de proteção à saúde mental, bem como à dignidade dos mesmos. Vejamos, *ipsis litteris*:

Art. 4º É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária.
[...]

Art. 7º A criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência.
[...]

Art. 15. A criança e o adolescente têm direito à liberdade, ao respeito e à dignidade como pessoas humanas em processo de desenvolvimento e como sujeitos de direitos civis, humanos e sociais garantidos na Constituição e nas leis.
[...]

Art. 18. É dever de todos velar pela dignidade da criança e do adolescente, pondo-os a salvo de qualquer tratamento desumano, violento, aterrorizante, vexatório ou constrangedor (ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE, 1990).

Percebe-se claramente a importância que o ordenamento jurídico nacional direciona à saúde (compreendida de maneira global e não apenas como saúde físicoquímica ou orgânica) e à dignidade das crianças e dos adolescentes.

Voltando à legislação internacional, há que se falar, ainda, nos *Princípios para a proteção das pessoas com doença mental e para o melhoramento dos cuidados de saúde mental*, adotados pela resolução 46/119 da Assembleia Geral das Nações Unidas, de 17 de Dezembro de 1991, que dispôs especificamente sobre essa temática de forma inovadora, já que, até então, a ONU não tinha se manifestado sobre um conjunto específico de patologias.

O princípio segundo da resolução, que trata especialmente dos menores, dispõe:

Em conformidade com os objetivos dos presentes Princípios e no contexto da legislação interna relativa à proteção de menores, deve ser prestada especial atenção à proteção dos direitos dos menores, providenciando-se, designadamente e

se necessário, pela nomeação de um representante pessoal que não seja membro da família (RESOLUÇÃO 46/119 DA ASSEMBLEIA GERAL DA ONU, 1991).

E segue o item 2 do Princípio, incrementando a temática que a nós interessa, determinando que “Cada paciente será protegido contra quaisquer malefícios, incluindo medicação injustificada, maus tratos cometidos por outros pacientes, pelo pessoal ou por terceiros, ou outros atos causadores de sofrimento mental ou desconforto físico” (PRINCÍPIOS PARA A PROTEÇÃO DAS PESSOAS COM DOENÇA MENTAL E PARA O MELHORAMENTO DOS CUIDADOS DE SAÚDE MENTAL, 1991).

A resolução demonstra claramente que o Estado deve destinar especial atenção às crianças e adolescentes, e não é preciso grande esforço para entender o porquê dessa desigualdade de tratamento.

Em 2001, como resultado da intensa luta antimanicomial, ocorreu a promulgação da Lei 10.216, que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (LEI 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001) . Apesar de não mencionar especificamente a proteção à criança e ao adolescente, em seu artigo primeiro, o código determina que:

Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra (LEI 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001).

Ao trazer o mandamento de que a proteção aos direitos dos portadores de doenças mentais se estende a todos, independentemente de *idade*, a lei, obviamente, incluiu, em seu rol protetivo, os menores.

Pois bem: a legislação – tanto internacional quanto a nacional – cumpre seu papel, ainda que se possa, criticamente, afirmar que faltam regulamentações mais específicas no âmbito nacional para determinar, por exemplo, até onde os representantes legais podem decidir acerca dos tratamentos prescritos aos menores. Mas como ocorre a proteção factual da dignidade, mais precisamente da saúde psíquica de nossas crianças e adolescentes? É o que veremos a seguir.

6 A RELAÇÃO ENTRE O DIREITO E A PSIQUIATRIA E UMA PROPOSTA PROTETIVA DIVERSA DA REALIDADE ATUAL

De modo geral, quando se trata de casos extremos, que resultam em infrações penais ou no uso patológico de drogas ilícitas, o judiciário é elevado à figura de garantidor, através do Ministério Público, especificamente aquele destinado à criança e ao adolescente (nas localidades em que existe), para dar seu parecer sobre a necessidade ou não de tratamentos mais agressivos, como internações involuntárias ou compulsórias. Ainda assim, há julgamento judicial da demanda desses casos de internações.

Esse tema, extremamente polêmico e alvo de inúmeras críticas, trouxe enorme alarde nos últimos tempos, por conta da possibilidade de internação nos moldes anteriores à reforma psiquiátrica, para parte da doutrina. Não pretendemos, aqui, tratar das atrocidades que as internações compulsórias podem encobrir, num país de mazelas sociais tão gritantes como o Brasil. O que se pretende é retroceder no grau de intervenção na seara individual e questionar: qual entidade/órgão/representante do poder público tem o papel de fiscalizar a medicalização psiquiátrica à qual se submetem nossas crianças e adolescentes?

Não tratamos aqui de menores em situação já calamitosa, como os dependentes químicos patológicos ou aqueles que são reféns da marginalização social desde sua concepção, mas sim daqueles que, muitas vezes, passam despercebidos ao olhar protetor do Estado, vez que parecem estar amparados pelo seio da família e da sociedade.

Longe de julgar pais e responsáveis civis como culpados pela ministração de drogas psiquiátricas às crianças, o objetivo aqui é questionar se pode o EDD se sujeitar às determinações da psiquiatria como se fossem ditames inquestionáveis. A quem incumbe a proteção de nossas crianças quando a violência é sutil e vem disfarçada em forma de cápsula?

Retomando a assertiva proposta no manifesto da CCHR, citado na introdução desse trabalho: “A nenhuma pessoa, homem, mulher ou criança, pode ser negada a sua liberdade pessoal devido à suposta doença mental sem um julgamento justo pela justiça e com representação legal apropriada”.

A organização, ativa pesquisadora sobre as moléstias que a psiquiatria e notadamente a indústria farmacêutica psiquiátrica podem trazer a comunidades e indivíduos, concluiu sabiamente que cabe ao direito proteger as pessoas da violência causada pelos tratamentos a doenças psiquiátricas que são, antes de mais nada, questionadas do ponto de vista científico. O artigo do manifesto – assim como a resolução 46/119 da Assembleia das Nações Unidas – traz ainda especificação sobre as crianças, demonstrando a preocupação

alargada em relação a este público, que, como dito e repetido, está ainda em processo de formação de suas individualidades.

Mas como o Direito pode proteger nossas crianças da medicalização psiquiátrica? Como alterar o cenário de aceitação passiva daquilo que declaram os psiquiatras em seus laudos incompletos e falhos?

Como mencionado *en passant* anteriormente, haveria formas de se proteger a minoridade de diagnósticos e tratamentos psiquiátricos a ela prescritos. A exemplo do trabalho multissetorial já realizado pelos CAPSi (ainda que em pequena escala dada a enorme necessidade de um país com dimensões continentais), poderíamos pensar em conselhos formados por profissionais de áreas que representassem os principais aspectos que refletem influência no menor, para que pudessem analisar todas as prescrições de medicamentos psiquiátricos para crianças e adolescentes.

É complexo propor esse tipo de solução quando conhecemos a realidade da saúde pública no país, e ainda mais complexo quando se trata do sistema assistencial à saúde mental, que somente recebeu maior importância governamental no fim da década passada, com a emergência da luta antimanicomial e das novas vertentes de tratamento inclusivo.

Mais complexo ainda é propor proteção a uma série de pacientes que não se encontram em situação limítrofe de risco, ou seja: não necessitam internação, não são casos extremamente complexos, não oferecem risco à sociedade etc. Esses casos, por parecerem menos graves que os demais, não são alvo da mesma proteção estatal.

Não se pode olvidar essa parcela da população por conta da menor necessidade protetiva em comparação com outros casos. Deve o Estado promover a assistência dos menores nessa situação, aliás, assistência que se perfaria antes como *prevenção* de resultados desastrosos à saúde global de nossas crianças e adolescentes do que como remédio a uma agressão já efetuada.

Os propostos conselhos multissetoriais, formados por médicos psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, pedagogos, educadores, representantes das famílias da comunidade, enfermeiros, representantes do judiciário ligados à infância e juventude, membros dos Conselhos Tutelares e afins, deveriam analisar, caso a caso, todas as prescrições psicotrópicas feitas à minoridade, determinando se seriam ou não cabíveis, através de uma análise global do paciente, visto em sua integralidade. Deveria haver ferramentas para os casos de urgência, bem como adaptações de pessoal para as localidades em que a formação desses conselhos com tamanha variedade profissional e funcional não fosse possível.

Sobre as dificuldades acerca da implantação de uma rede de proteção à saúde mental dos menores, em artigo especial para Revista Brasileira de Psiquiatria, intitulado *A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios*, Maria Cristina Ventura Couto, Cristiane S. Duarte e Pedro Gabriel Godinho Delgado (2008), determinam que:

No que tange à intersetorialidade no cuidado à saúde mental de crianças e adolescentes, o principal problema brasileiro parece estar situado na presença desarticulada de serviços públicos para infância e adolescência, e não na ausência absoluta de recursos. O exame panorâmico e preliminar realizado neste artigo indica que há no país base concreta para construção de caminhos consequentes e efetivos em prol de uma rede pública ampliada de atenção à saúde mental das crianças e jovens. A transformação desta matéria bruta, mas potencial, em realidade assistencial depende, no entanto, de que as estratégias de cuidado à saúde mental infantil e juvenil possam ser expandidas e articuladas nas diferentes ações setoriais, considerando as diferenças regionais e os mandatos próprios a cada setor.

Constitui, assim, um desafio central, relacionado diretamente ao fundamento intersetorial do sistema de cuidados, a necessidade de integração e articulação efetivas entre os diferentes serviços e programas existentes com as ações de saúde mental. O exame da realidade brasileira, baseado em dados oficiais, indicou haver serviços públicos em diferentes setores dirigidos à infância e juventude na extensa maioria dos Estados, sem que se possa afirmar a existência no país uma rede consequente de cuidados.

A constatação da existência de serviços é fundamental para a superação de imobilidades políticas e gestoras, dentre outras – sempre possíveis quando apenas ausências são reiteradas -, substituindo-as por proposições afirmativas, e realísticas, de estratégias capazes de articular uma rede assistencial. Esta articulação vem sendo sublinhada nas recomendações mais recentes em prol da melhor cobertura em saúde mental para crianças e adolescentes, mas é visceralmente dependente do vigor de uma política pública de saúde mental dirigida a este segmento. Integrar as intervenções de saúde mental infantil com todos os outros programas setoriais, sem descaracterizá-los, depende de uma direção pública clara e afirmada, cuja garantia é dada pela vigência real de uma política de âmbito nacional (COUTO, DUARTE e DELGADO, 2008).

A conclusão do estudo dos pesquisadores demonstra que há sim aparato estatal para que haja a proteção adequada às crianças e adolescentes, apesar de não haver integração entre eles. A inexistência de relação harmoniosa entre as organizações protetivas é que impossibilita, muitas das vezes, a ministração do tratamento adequado ao paciente menor nos moldes propostos pela lei e pela política pública de assistência ao doente mental. Ora, se os pesquisadores puderam determinar que a eficiência da assistência seria possível através da integração dos mecanismos já existentes, propõe-se aqui que, integrado, esse aparato protetivo possa ter também uma nova função, qual seja a análise da necessidade de medicalização psicotrópica à criança e ao adolescente.

Sabe-se, porém, tratar-se apenas de um esboço, uma ideia que pode servir de resposta ao problema apresentado.

Não obstante, demonstrando a factibilidade de ações análogas, a prefeitura da cidade de São Paulo (SP) instituiu, em meados do ano corrente, um sistema muito similar à proposta ora feita. Através da promulgação da Portaria 989/14 – SMS determinou a utilização de um protocolo para a prescrição de Ritalina no Sistema Único de Saúde (SUS), segundo o qual uma equipe multidisciplinar deve analisar caso a caso e, apenas se concluir pela medicalização, ela deve ocorrer. Parece, decerto, um grande passo no caminho da proteção dos menores face à violência química dos diagnósticos e tratamentos psiquiátricos.

Ratificando a opinião parcial e extremamente questionável da ciência psiquiátrica, a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) lançou nota em seu site repudiando a determinação da Secretaria Municipal de Saúde da cidade de São Paulo. Na nota, psicólogos chegaram a acusar o governo local de adotar essa medida para reduzir os gastos, como também alegaram se tratar de uma violação ao direito de tratamento das crianças (pobres) que são alvo do tratamento público oferecido pelo SUS.

Essa situação consegue demonstrar claramente a dicotomia entre o que as medidas efetivamente protetivas requerem do Estado e o que os psiquiatras e a indústria farmacêutica defendem.

A Portaria 989/14 – SMS da cidade de São Paulo demonstra que a proteção multissetorial de nossas crianças é possível e pode se alargar em proporção e eficiência.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Evidentemente que a temática da saúde mental das crianças e adolescentes necessita muito mais do que uma análise rasa, dada a complexidade da análise e as múltiplas faces que esse assunto pode contemplar. O que se buscou, aqui, foi apenas apresentar um panorama geral de como funciona a assistência da Saúde Pública brasileira nesse campo, e, principalmente, determinar qual seria o papel do Direito na proteção à dignidade dos menores, segundo a ótica da saúde psíquica.

Há muito o que pesquisar e trabalhar para que se diagnostique melhor as mazelas do sistema, e, conseqüentemente, possa se atingir uma proteção mais eficiente. A maioria dos estudos em saúde mental infantil (numa visão sistêmica e não sobre as doenças e tratamentos em si) trazem consigo a reclamação de que os dados para pesquisa são lacunosos, muitas vezes completamente contraditórios e falhos. Falta, obviamente, interesse governamental e social na busca por informações a esse respeito e no estudo dos fenômenos sociais relacionados como um todo com a saúde mental dos menores.

A proposta que se faz de proteção eficaz à criança e ao adolescente face à medicalização psicotrópica é também feita, com maiores ou menores alterações, por quem analisa mais profundamente o tema. Não é difícil concluir que a análise multissetorial do tema é a melhor alternativa protetiva para a demanda.

Ademais, antes mesmo de proteger nossas crianças e adolescentes contra as mazelas da medicalização psiquiátrica, devemos compreender suas vozes e entender que as (supostas ou não) psicopatologias são resultado, cada vez mais, de uma sociedade doente, que não dá atenção à infância, que renega a educação somente à escola e que, acima de tudo, não compreende o papel que todos têm para com a formação integral dos seres humanos que ainda estão em desenvolvimento.

Ao Estado, mais que promulgar leis protetivas, cabe fazer valer essas leis, através de um sistema de assistência que seja de fato eficaz e eficiente. Mais que isso, cabe juntar as peças soltas de um mecanismo protetivo que muitas das vezes já existe, mas não se perfaz num sistema, não se integra.

Desafios são muitos, propostas, algumas. O que não se pode permitir é que a saúde mental da criança e do adolescente seja vista como era vista a proteção a eles antes do ECA: protegia-se o menor carente, o menor infrator, o menor abandonado. Hoje, protege-se a criança que tem patologia mental severa, a que está institucionalizada, a que oferece risco à

sociedade por algum tipo de comportamento agressivo. O que se quer, de fato, é que a saúde mental de TODAS as crianças seja protegida.

REFERÊNCIAS

ALVES, Rubem. **Ostra feliz não faz pérola**. São Paulo: Editora Planeta do Brasil, 2008.

ARBEX, Daniela. **Holocausto Brasileiro**. 3 ed. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

ASSIS, Simone Golçalves de. Et al. **Situação de crianças e adolescentes brasileiros em relação à saúde mental e à violência**. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000200002&script=sci_arttext>.

Acesso em: 29 mai. 2014.

BARROS-BRISSET, Fernanda Otoni de. **Por uma Política de Atenção Integral ao Louco Infrator**. Belo Horizonte: Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, 2010.

BERRIOS, German E. **Classificações em psiquiatria: uma história conceitual**. Disponível em: <<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol35/n3/113.htm>>. Acesso em: 5 jun. 2014.

BERTOLETE, José M. **Legislação relativa à saúde mental: revisão de algumas experiências internacionais**. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89101995000200013&script=sci_arttext>. Acesso em: 5 jul. 2014.

BLIKSTEN, Flávia. **Destinos de crianças: Estudo sobre as internações de crianças e adolescentes em Hospital Público Psiquiátrico**. 2012. 95f. Dissertação de Mestrado (Mestrado em Psicologia Social) – Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2012.

BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, e dá outras providências. Disponível em:

<<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8069-13-julho-1990-372211-publicacaooriginal-1-pl.html>>. Acesso em: 15 jun. 2014.

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em:

<<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8080-19-setembro-1990-365093-publicacaooriginal-1-pl.html>>. Acesso em: 15 jun. 2014.

_____. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde

mental. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm>. Acesso em: 15 jun. 2014.

_____. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental em Dados - 8**, Ano VI, nº 8, janeiro de 2011. Brasília, 2011. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. 24p. Disponível em <www.saude.gov.br/bvs/saudemental>. Acesso em: 15 jun. 2014.

COLLUCCI, Cláudia. **Prefeitura restringe acesso a remédio para crianças hiperativas**. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2014/07/1486061-prefeitura-restringe-acesso-a-remedio-para-criancas-hiperativas.shtml>>. Acesso em: 19 jul. 2014.

COUTO, Maria Cristina Ventura; DUARTE, Cristiane S.; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. **A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios**. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v30n4/a15v30n4>>. Acesso em: 3 jul. 2014.

DECLARAÇÃO da Saúde Mental pela Comissão dos Cidadãos para os Direitos Humanos. Disponível em: <<http://www.cchr.pt/about-us/mental-health-declaration-of-human-rights.html>>. Acesso em: 15 jun. 2014.

DECOTELI, Kely Magalhães. Et al. **A Droga da Obediência: Medicalização, Infância e Biopoder – Notas Sobre Clínica e Política**. Revista Psicologia, Ciência e Profissão, vol. 33, nº. 2, 2013, pp. 446-459.

DWORKIN, Ronald. **Justiça para ouriços**. Tradução de Pedro Elói Duarte. Coimbra – Portugal: Almedina, 2012.

IORE, Mariana de Araújo. **Medicalização do corpo na infância: Considerações acerca do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade**. Disponível em: <http://www.mnemosine.com.br/ojs/index.php/mnemosine/article/view/56/pdf_42>. Acesso em: 15 jun. 2014.

FIRMINO, Hiram. **Nos porões da loucura: reportagem**. 2 ed. Rio de Janeiro: Codecri, 1982.

GARDENAL, Isabel. **A ritalina e os riscos de um 'genocídio do futuro'**. Disponível em: <<http://www.unicamp.br/unicamp/noticias/2013/08/05/ritalina-e-os-riscos-de-um-genocidio-do-futuro>>. Acesso em: 15 jun. 2014.

GUARIDO, Renata. **A medicalização do sofrimento psíquico:** considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na Educação. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ep/v33n1/a10v33n1.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2014.

LUENGO, Fabiola Colombani; CONSTANTINO, Elisabeth Piemonte. **A vigilância punitiva:** a postura dos educadores no processo de patologização e medicalização da infância. Disponível em: <http://medicalizacao.com.br/wp-content/uploads/2012/08/Fabiola_Colombani_Medicalizacao_Patologizacao.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2014.

MATTOS, Paulo; ROHDE, Luis Augusto; POLANCZYK, Guilherme V. **O TDAH é subtratado no Brasil.** Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v34n4/pt_v34n4a23.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2014.

PREFEITURA DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Portaria nº. 986, de 12 de junho de 2014. Estabelece o protocolo clínico de uso para o metilfenidato. **Diário Oficial do Estado de São Paulo**, São Paulo, 12 jun. 2014.

PRINCÍPIOS para a protecção das pessoas com doença mental e para o melhoramento dos cuidados de saúde mental. Disponível em: <http://direitoshumanos.gddc.pt/3_7/IIIPAG3_7_6.htm>. Acesso em: 5 jul. 2014.

SOUSA, Emília Alves de. **Como se fabricam crianças loucas.** Disponível em: <<http://www.redehumanizaus.net/85090-como-se-fabricam-criancas-loucas>>. Acesso em: 1 jun. 2014.

TRANSTORNOS do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/f90_f98.htm>. Acesso em: 31 mai. 2014.

VINOCUR, Evelyn. **TDAH:** A doença pode ter diferentes visões e abordagens no mundo. Disponível em: <<http://www.minhavidacom.br/familia/materias/16813-tdah-a-doenca-pode-ter-diferentes-visoes-e-abordagens-no-mundo>>. Acesso em: 4 jun. 2014.

WEDGE, Marilyn. **Por que as crianças francesas não têm Deficit de Atenção?** Disponível em: <<http://equilibrando.me/2013/05/16/por-que-as-criancas-francesas-nao-tem-deficit-de-atencao/>>. Acesso em: 24 mai. 2014.