



**Universidade Estadual de Campinas
Faculdade de Ciências Médicas
Departamento de Saúde Coletiva**



Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental e Coletiva

Vitor Hugo Gil Santana

**Entre a medicalização e a clínica - o diagnóstico como atravessador do cuidado no
campo da saúde mental infanto-juvenil**

**Campinas - SP
2022**



**Universidade Estadual de Campinas
Faculdade de Ciências Médicas
Departamento de Saúde Coletiva**



Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental e Coletiva

Vitor Hugo Gil Santana

**Entre a medicalização e a clínica - o diagnóstico como atravessador do cuidado no
campo da saúde mental infanto-juvenil**

Trabalho de conclusão apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental e Coletiva do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Coordenação: Prof^a Dr^a Rosana T. Onocko Campos

Orientador: Prof. Dr. Bruno Ferreira Emerich

Campinas - SP

2022

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO

- | | |
|--------------------------------|----|
| 1. A questão da medicalização | 4 |
| 2. A questão do diagnóstico | 12 |
| 3. Questionamentos e Objetivos | 18 |
| 4. Recorte Metodológico | 19 |

RESULTADOS E DISCUSSÃO

- | | |
|--|----|
| 5. Relato de Experiência - A residência e os campos de atuação | 20 |
| 6. Relato de Experiência – Dois exemplos clínicos | 27 |
| 7. Relato de Experiência – Pontos de Análise | 32 |
| 8. Considerações Finais | 37 |

REFERÊNCIAS

39

INTRODUÇÃO

1. A Questão da Medicalização

1.1. O conceito de medicalização:

Embora não muito frequente, vez ou outra escutamos por aí, em nossas realidades diárias, uma palavra comum em muitos debates dos meios acadêmico-científicos e profissionais (notadamente das áreas das ciências humanas, sociais e da saúde), mas talvez pouco habitual à quem se encontra excluído desses espaços: o termo *medicalização*. Recorrendo rapidamente ao dicionário, temos que medicalização pode ser entendido como o “ato ou efeito de *medicalizar*”, vocábulo este que, por sua vez, é utilizado para 1. “dar caráter médico ou medical”; 2. “tratar algo como problema médico”; ou 3. “dotar do que é necessário para prestar assistência médica” (Dicionário Priberam, 2021).

Em uma visão inicial, apreendemos então que a ideia de medicalização se encontra em muito ligada à perspectiva da medicina (e das demais ciências médicas) e ao processo recorrente, em muito utilizado por essas ciências, de caracterizar ou tratar determinados problemas da vida cotidiana e social como em sendo de ordem médica (conferindo-lhes assim um determinado nome e poder para atuar e intervir diretamente sobre eles). Quando adentramos nos terrenos férteis dos campos acadêmicos e profissionais da saúde por sua vez, tal entendimento sobre o que é ou se define por medicalização se amplia, passando a ser conceituado e estudado por muitos autores e pesquisadores.

Fazendo uma reconstituição histórica, pode-se compreender que o termo medicalização aparece explícito pela primeira vez no começo da década de 1970, quando o sociólogo Irving Kenneth Zola, utilizou-o em seu artigo “*A Medicina como uma Instituição de Controle Social*” (1972) para criticar a influência crescente da medicina e os efeitos iatrogênicos de sua prática na sociedade (Silva & Canavêz, 2017). Neste artigo, Zola demonstra como, pouco a pouco, a medicina foi adquirindo o papel de regulação e controle social, antes tradicionalmente ocupado pela lei e pela região, configurando-se assim como um novo “repositório da verdade”, e “tomando para si o lugar de avaliador moral, a partir da sua posição supostamente neutra e objetiva da ciência” (Zorzanelli, Ortega & Bezerra Júnior, 2014, p.1862) para determinar o que seria considerado normal ou saudável e o que seria considerado anormal ou patológico. Ainda para ele:

“Mais do que a tese de que a medicina passou a cobrir novos problemas, e de que “a sociedade” ou os médicos estão comprometidos em encontrar novas

doenças, para o autor, a questão central é a experiência de que é possível fazer algo para que nos tornemos melhores do que estamos. É uma crença, portanto, na “onipresença do transtorno” e na existência de uma lista crescente de comportamentos não saudáveis. Para Zola, a questão em torno da medicalização da sociedade seria igualmente relacionada, tanto ao poder médico quanto ao desejo entre indivíduos e grupos, de que a medicina faça uso de seu poder” (Zorzanelli et al, 2014, p. 1862).

Outro pesquisador importante, partidário desta mesma linha teórica, Ivan Illich é considerado um dos precursores e maiores referências do tema. Segundo Freitas & Amarante (2017), “em sua obra *Nemesis Médica* (Illich, 1976), o termo medicalização aparece nada menos que 48 vezes” (Freitas & Amarante, 2017, p. 25), de modo a evidenciar a importância que o autor dava a este fenômeno. Interessado no estudo das diferentes formas de iatrogenia das práticas médicas (sejam elas no âmbito da clínica, do social ou do cultural), Illich compreende a medicalização como um processo amplo e complexo, exercido a partir de diferentes estratégias da medicina para “rotular, descrever e autorizar experiências com o corpo, legando aos indivíduos uma perda da autonomia para lidar com seu sofrimento” (Zorzanelli et al, 2014, p.1862).

Contemporâneo de Illich, Peter Conrad é um outro teórico apontado também como um dos maiores especialistas e influenciadores do campo da medicalização. Ampliando o conceito formulado pelos primeiros autores, Conrad considera que a medicalização pode ser vista como uma questão sociocultural que ultrapassa as fronteiras das práticas médicas em si, uma vez que qualquer grupo que se utilize de uma linguagem médica poderia representar em última instância, uma força medicalizante (Zorzanelli et al, 2014).

Outro ponto importante de sua teoria é a afirmação de que a medicalização é um fenômeno que não é regular nem unânime, mas sim que varia de acordo com as diferentes populações e grupos sociais submetidos à ela (Silva & Canavêz, 2017). Partindo da perspectiva da medicalização como um processo no qual instâncias cotidianas da vida se tornam objetos da jurisdição médica (a partir de conselhos, advertências e informações circulantes no meio social sobre o que poderia ser considerado doença ou não), Conrad destaca ainda as dimensões da tecnologia, da colaboração e da ideologia médica como formas de viabilizar esse controle e poder nas sociedades atuais. Sobre este ponto, Silva & Canavêz (2017) destacam que:

“A tecnologia médica é o tipo mais comum de controle social de acordo com Conrad (1979), pois envolve a produção e comercialização de medicamentos para as mais diversas queixas. Desde remédios indicados para controle da doença mental até “desvios” comportamentais na infância. Essa forma de controle teria se popularizado devido à fácil administração dos medicamentos e ao fato deles serem

autorizados pelos profissionais da área médica. A colaboração médica se refere às parcerias entre o saber médico e outras autoridades/saberes, como a Justiça. Já a ideologia médica envolve a definição de um comportamento enquanto doença, principalmente por causa dos benefícios sociais e ideológicos que se pode obter. Dessa forma, a ideologia utiliza a autoridade médica através da linguagem, ou seja, adota o vocabulário ou imaginário médico para tratar um determinado problema” (Silva & Canavêz, 2017, p.122).

Partindo desta breve contextualização histórica e científica sobre o tema, podemos entender então que o conceito de medicalização é, em si, amplo, complexo e polissêmico, podendo ser compreendido e abordado de diversas maneiras e a partir de diferentes vieses adotados pelos pesquisadores que o estudaram. Entretanto, dentre todos eles, uma questão parece ser comum e emergir como ponto-chave para a sua compreensão: a de que a medicalização é, antes de tudo, um processo de poder e controle social, no qual determinadas questões ou fenômenos da vida passam a ser tomados e considerados objetos de estudo e intervenção das ciências e práticas biomédicas, alterando as definições sobre o que se pode ser considerado saudável ou patológico e ocasionando transformações importantes nos campos da saúde e da sociedade (Zorzanelli et al, 2014; Silva & Canavêz, 2017; Figueira & Caliman, 2014; Carvalho et al, 2015).

1.2. A medicalização da vida:

Uma vez revisado o conceito, cabe agora tentar compreender como a medicalização em si, enquanto processo, se relaciona com a vida e, mais especificamente, influencia e interfere no cotidiano das pessoas e sociedades, de modo geral.

Com enorme frequência, nos diferentes meios de comunicação, somos tomados por notícias, reportagens, artigos ou comentários diários que lemos, ouvimos ou assistimos sobre diversos assuntos relacionados à temática da saúde. Seja sobre a prática de exercícios físicos, a importância de uma alimentação adequada, sobre a descoberta e a catalogação de novas doenças (e de medicamentos usados para combatê-las) etc., a medicina e demais profissões biomédicas se fazem presente constantemente na mídia através de seus representantes e especialistas que adentram o imaginário popular com opiniões, recomendações e avisos sobre o que fazer para prevenir ou tratar uma enfermidade, desenvolver determinados hábitos considerados saudáveis e garantir mais anos e qualidade de vida, por exemplo.

É o que Freitas & Amarante (2017) denominam de “medicalização da existência” ou “medicalização da vida cotidiana”, como sendo o fenômeno este no qual muitas das situações e condições gerais do humano, anteriormente consideradas comuns, ordinárias e rotineiras, passam a

ser nomeadas, caracterizadas e tratadas pelo viés da medicina e da ciência, tornando-se assim, objetos de estudo, diagnóstico, prevenção e tratamento (Freitas & Amarante, 2017). Eles afirmam que, em decorrência disso:

“Mudanças substanciais passam então a ocorrer no modo como o diagnóstico e o tratamento de doenças são construídos. Não se trata apenas de coletar dados da maneira mais precisa possível, mas de estes aparecerem segundo perspectivas que envolvam o próprio estilo de vida de cada um, o que leva o médico a um exercício profissional que vai muito além de suas habilidades técnicas propriamente ditas. A medicina adquire assim o direito de determinar como se deve trabalhar, dormir, se divertir, comer, fazer amor. E de estabelecer também o modo como se deve pensar, sonhar, desejar etc. [...] A ideia matriz é de que nada pode escapar ao olhar da medicina, uma vez que tudo pode ser objeto desse viés investigativo em sua busca para distinguir o que é normal do que é patológico. Incorporam-se à jurisdição da medicina experiências de vida até então consideradas normais - como no caso do envelhecimento ou da gravidez” (Amarante & Freitas, 2017, p. 24).

Segundo Costa (2005, citado por Figueira & Caliman, 2014), tais processos, de agenciamento e controle de questões e problemas cotidianos pela medicina, acarretam reflexos importantes nas sociedades contemporâneas, nas quais as informações e afirmações médico-científicas passam a ocupar o lugar da verdade, do incontestável e do universal. Como consequência, comportamentos e estilos de vida pessoais e individuais, antes referendados por valores religiosos, éticos e políticos, passam a ser normatizados e referenciados através dos debates suscitados pelas ciências, principalmente as de bases biomédicas e neurocientíficas (Figueira & Caliman, 2014).

Essa consideração implica também, no reconhecimento de que a medicalização promove, na atualidade, uma verdadeira espécie de “cultura somática” (Costa, 2005, citado por Figueira & Caliman, 2014) ou de “patologização da vida”, a partir da qual características, costumes e atitudes considerados “desviantes” passam a ser enxergados como sintomas a serem tratados e transtornos a serem curados. Assim, tal cultura se reverbera de modo profundo e sutil no meio social, interferindo na vida das pessoas de modo que o aumento no consumo de vitaminas, remédios e até mesmo “no número de pessoas diagnosticadas com alguma enfermidade a partir de revistas ou reportagens de televisão” (Silva & Canavêz, 2017, p.118), exemplificam e corroboram a tese.

Sobre este ponto, Freitas & Amarante (2017), também apontam que:

“Em vista disso, não é de se estranhar que em nosso cotidiano dificilmente haja algo que fazemos, sentimos ou pensamos sem que, de uma forma ou de outra, recorramos às representações e normas que nos são inculcadas a respeito do que é saudável ou patológico. [...] Não obstante, ao mesmo tempo que nos sentimos protegidos ao incorporar em nossa rotina o discurso médico e suas práticas afins, temos a tendência a nos considerar sempre na situação de pacientes. Somos movidos pelo medo e pela esperança. Algo que até então considerávamos saudável, comum, que nos deixava seguros de sermos *normais*, de uma hora para outra sofre uma mudança de valores [...] Por sua vez, a cada medo, criado ou revelado, há promessas de como atenuá-lo ou mesmo superá-lo. Oscilamos entre o medo e a esperança de que a ciência trará melhores dias” (Freitas & Amarante, 2017, p. 12).

Um dos reflexos mais comuns deste fenômeno, segundo diversos pesquisadores e estudiosos do tema, é a perda da autonomia dos sujeitos, que passam então a se submeterem às diversas formas de controle impostas pela lógica medicalizante, assim como a serem em grande parte responsabilizados e culpabilizados por problemas que, muitas vezes, se localizam na ordem dos níveis comunitário, social ou cultural (Freitas & Amarante, 2017). E é, de tal modo, que a saúde acaba se tornando uma mercadoria e os indivíduos consumidores de cuidados, incapazes de curarem a si ou aos seus semelhantes senão através de consultas, exames, procedimentos, medicamentos e demais terapias que lhes foram ensinadas desejar (Illich, 1976, citado por Freitas & Amarante, 2017).

1.3. A medicalização do sofrimento:

Em se tratando de questões que envolvem o sofrimento existencial, mental ou psíquico (como se prefira chamar), a temática da medicalização se amplia e se aprofunda ainda mais. Freitas & Amarante (2017) consideram que, embora a medicalização seja um processo que esteja muito além dos domínios da psiquiatria e da própria medicina, a forma como estas áreas têm transformado comportamentos individuais e sociais em doenças e transtornos mentais demonstra a dimensão de poder e controle que essas ciências vêm adquirindo nos tempos atuais (Freitas & Amarante, 2017).

Um dos principais autores desta linha teórica em específico, e partidário desta mesma tese, Thomas Szasz foi um psiquiatra húngaro, autor de célebres livros como “A fabricação da loucura” (1971) e “O mito da doença mental” (1974). Em seus textos, Szasz demonstra como a sociedade historicamente foi transformando determinados fenômenos considerados indesejáveis ou perturbadores, como a loucura, a homossexualidade, o uso de álcool e outras substâncias, bem como a angústia e o sofrimento psíquico, de modo geral, em doenças, deslocando-os de um viés político,

moral ou existencial para o viés da patologia (Szasz, 1971 citado por Freitas & Amarante, 2017; Szasz 1974, citado por Zorzanelli et al, 2014).

Em vista disso, como resultado:

“Tradicionais fronteiras entre a normalidade e o patológico foram desaparecendo: novos comportamentos e formas de sofrimento psíquico passam a ser incorporados ao campo da assistência em saúde, novos fenômenos começam a constituir objeto da psiquiatria, assim como novas profissões são criadas para a intervenção nos comportamentos e experiências psíquicas [...] Componentes inerentes à existência (o *Dasein* heideggeriano) ganham novas formulações: a *angústia*, por exemplo, se transforma em *transtorno de ansiedade*, e a *finitude* ou *ser-para-morte*, em transtorno com essa ou aquela designação científica (Freitas & Amarante, 2017, pp. 12 e 31).

Assim, a partir destas considerações, Szasz e outros autores demonstram como a psiquiatria, a ciência moderna e suas práticas afins passaram a dar respostas simplificadoras aos comportamentos incômodos e experiências indesejáveis, de mal-estar e sofrimento (antes considerados naturais), enfraquecendo as capacidades culturais e individuais de lidar com elas e convertendo-as em tentativas de transformá-las em mercadorias (Freitas & Amarante, 2017). A ideia central é de que determinados padrões comportamentais, estilos de vida, sensações e sentimentos (como a tristeza e a angústia, por exemplo), considerados destoantes e alheios às normas culturais (e improdutivos para os imperativos da sociedade), não podem ter lugar na coletividade e no corpo social e devem ser evitados a todo custo. É neste sentido que passa a se desenvolver também uma verdadeira epidemia de diagnósticos e transtornos como, por exemplo, a ansiedade e a depressão (Freitas & Amarante, 2017).

Como se não bastasse diagnosticar as experiências indesejáveis de mal-estar e sofrimento, é preciso também, na maior parte das vezes, medicalizá-las através de tratamentos com psicofármacos. Utilizando o conceito de “farmocracia”, Szasz afirma que as respostas médicas passam a se apresentar cada vez mais atreladas à intervenção da medicação, na medida em que se propaga a ideia da descoberta, invenção e expansão de uma lista de remédios supostamente capazes de tratar e curar certos problemas e sofrimentos cotidianos. De modo que, ainda que os dispositivos e tecnologias farmacológicas se apresentem onerosos do ponto de vista financeiro (e da perda da autonomia dos sujeitos), o poder da medicina vai crescendo se impondo como algo natural (Szasz, 1971; Freitas & Amarante, 2017).

Assim, resumidamente:

“Áreas tradicionalmente consideradas tabus são transformadas em território para o exercício da aliança entre medicina e indústria farmacêutica, como é o caso da infância, por exemplo. E, por fim, há a espantosa propagação do que para a medicina é considerada como boas práticas de vida. Como jamais ocorreu na história da civilização, perdemos a autonomia. Tendo em vista que para sermos sujeitos nos sujeitamos ao poder médico-farmacológico, conseqüentemente menos sujeitos somos em relação ao nosso pensamento, ao nosso modo de agir e ao que sentimos [...] Pois é no campo da saúde mental que a aliança entre medicina e indústria farmacêutica pode ser mais bem evidenciada como medicalização da nossa existência” (Amarante & Freitas, 2017, pp. 34 e 35).

1.4. A medicalização da infância e adolescência:

No campo infanto-juvenil, o fenômeno da medicalização da vida e do sofrimento é também foco de diversas e intensas reflexões, estudos, pesquisas e debates. Desde autores clássicos como Philippe Ariés (1981) e Michel Foucault (2001) até estudiosos mais recentes, muitos foram os artigos, livros e produções que se debruçaram sobre as mudanças e transformações ocorridas sobre a infância e adolescência ao longo dos séculos, em especial sobre a patologização e psiquiatrização destas fases de modo mais recente (Brzozowski & Caponi, 2013; Figueira & Caliman, 2014).

Partindo de uma breve reconstituição histórica sobre a percepção dos anos iniciais da vida, Ariés (1981) considera que o “sentimento de infância” teve início no século XIII, embora o seu estabelecimento e desenvolvimento de fato tenha ocorrido somente a partir dos séculos XVI e XVII. Antes percebida como uma etapa da vida sem importância, a ser superada (e a criança considerada meramente como um “pequeno adulto”), a infância foi se modificando socialmente com o passar dos anos e sendo vista, cada vez mais, como um “tempo particular da constituição humana, que necessita de preparo e de prevenção para produzir indivíduos capazes para o trabalho e saudáveis” (Brzozowski & Caponi, 2013, p. 211), instituindo-se a necessidade de ser gerida e controlada (e portanto, medicalizada).

Tendo como base um discurso higienista e o estabelecimento de uma aliança entre os saberes biomédicos e pedagógicos, já muito difundidos nos séculos XIX e XX, a infância começou também a ser configurada, interpretada e problematizada a partir do viés médico e psiquiátrico. Estes por sua vez, passaram a incidir e ter como foco a prevenção e a cura de comportamentos socialmente indesejados e condutas consideradas desviantes a partir de “explicações biológicas”, produzindo, como efeito, a ideia da existência de crianças e adolescentes “anormais” (Foucault, 2010; Caponi, 2007, citados por Figueira & Caliman, 2014).

Em linhas gerais, podemos identificar que o processo de medicalização, em especial na infância e adolescência, se encontra em muito relacionado ao conceito de “desvio” e à compreensão

do que se entende e se classifica como uma conduta ou característica desviante. De modo geral, o *desvio* consiste em uma categoria de julgamento moral/social, de teor negativo, que condena determinados membros de uma comunidade a partir de seus atributos ou comportamentos considerados destoantes do socialmente desejável (Conrad e Schneider, 1992, citado por Brzozowski & Caponi, 2013; Zorzanelli et al, 2014).

Segundo Silva & Canavez (2017), a psiquiatrização do desvio emerge então como uma forma de intervenção que busca “eliminar, modificar, isolar ou regular um comportamento socialmente definido como desviante a partir de significados médicos e em nome da saúde” (Silva & Canavez, 2017, p. 121). No caso das particularidades do mundo infanto-juvenil, podemos pensar que isso ocorre de diferentes formas, como quando uma criança é considerada hiperativa, desatenta ou tem dificuldades escolares, ou quando um adolescente é considerado desafiador, desrespeitoso ou que não sabe se adaptar e respeitar às regras, sendo encaminhado ao médico ou a outro profissional/serviço da saúde.

Assim, quando tais fatos ocorrem, geralmente o problema acaba sendo identificado e localizado de modo individual, na criança ou adolescente (majoritariamente a partir de explicações bioquímicas e neurológicas, como “desregulações cerebrais”), e o entorno desses sujeitos (condições de vida, família, escola) e a possibilidade desses comportamentos estarem relacionado a algum desses outros âmbitos da vida, muitas vezes é ignorado (Brzozowski & Caponi, 2013). E, como parte do roteiro da patologização da infância e da adolescência (e das diversas faces do fenômeno da medicalização), muitas vezes medicações são prescritas e um diagnóstico de transtorno mental é assim pensado e estabelecido precocemente.

Para Brzozowski & Caponi (2013), em resumo:

“Consideramos como desvio de comportamento qualquer conduta que destoe do que é socialmente desejável, mas que nem sempre representa uma entidade nosológica. Muitos desses desvios, porém, são considerados atualmente transtornos mentais (ou então seus sintomas), o que caracteriza um processo de medicalização desse tipo de conduta. Um exemplo de desvios medicalizados de comportamento medicalizado, principalmente a partir da metade do século XX, são a falta de atenção e a hiperatividade, sintomas principais do transtorno do déficit de atenção com hiperatividade (TDAH) [...] No caso das crianças, podemos pensar que isso pode ocorrer quando um indivíduo desatento na escola é encaminhado ao médico por não conseguir aprender como os seus colegas. Quando tal fato acontece, geralmente o entorno da criança (condições de vida, família e escola) e a possibilidade desse comportamento estar relacionado a esse entorno é ignorado. Para Illich (1975), nossa sociedade, superindustrializada e individualista, causa doenças, uma vez que as pessoas não conseguem adaptar-se a ela (p. 210)”.

2. A Questão do Diagnóstico

2.1. O diagnóstico psiquiátrico:

Considerando a necessidade de trazer para o centro do debate a questão do diagnóstico (psiquiátrico) no campo da saúde mental, como reflexo e uma das diversas e muitas faces do fenômeno de medicalização da vida e do sofrimento, faz-se necessário inicialmente questionar: o que é diagnóstico e o que é o ato de diagnosticar?

De acordo com Silva e Ghazzi (2016), etimologicamente, o vocábulo “diagnóstico” se origina na palavra grega *Diagnóskein*, que significa “distinguir, discernir, diferenciar”, constituída pelos prefixos *dia* (através) e *gignóskein* (conhecimento), indicando que diagnóstico significa “através do conhecimento” (Consultório Etimológico, 2013, citado por Silva e Ghazzi, 2016, p. 136). Além disso, segundo alguns dicionários citados pelos autores, a expressão “diagnosticar” seria entendida como o ato do “fazer diagnóstico”, de “dar ou estabelecer como diagnóstico”, compreendido, por sua vez, como o “conhecimento ou determinação duma doença pelo(s) sintoma(s), sinal ou sinais e/ou mediante exames diversos”, a partir do “conjunto de dados em que se baseia essa determinação” (Ferreira, 2014, p. 671, citado por Silva e Ghazzi, 2016, p. 136).

Embora tais definições linguísticas apontem, em um primeiro momento, para um sentido genérico, amplo e impreciso do termo, nos campos da psiquiatria e da saúde mental, mais especificamente, o diagnóstico ganha feições diferentes, sendo permeado por muitas definições, modelos e nomenclaturas diversas, assim como recebendo importância, primazia e atravessando os limites das clínicas, instituições e do cuidado.

Remontando a discussões pregressas acerca da história da loucura, diversos estudiosos como Foucault e outros nos mostram como a produção social da chamada “doença mental” teve como origem, inicialmente, a noção de “alienação mental e moral”, introduzidas pela chamada psiquiatria clássica a partir dos séculos XVII e XVIII e prevalentes desde então. Com o passar dos anos, contudo, a psiquiatria se modernizou e passou a tomar, como foco, a definição de comportamentos transgressivos e desviantes das normas sociais (vigentes em determinados cenários sociohistóricos) como “transtornos mentais”, nomeando-os e diagnosticando-os por ação da psiquiatria moderna (Zorzanelli et al, 2014).

Neste mesmo sentido, Figueira & Caliman (2014) apontam que, ao largo do tempo:

“A psiquiatria transformou-se num domínio de saber tanto intra quanto extra-asilar, na medida em que passou a se referir tanto ao campo da alienação mental quanto aos variados problemas cotidianos da vida. Com essa nova organização, a psiquiatria passou a classificar como sintomas fenômenos que até

então não eram definidos como doença mental (...). A partir daí, todas as condutas desviantes da norma social tornaram-se possíveis de ser psiquiatrizáveis (Caponi, 2009; Foucault, 2010, citado por Figueira & Caliman, 2014, p. 21).

Questionando “como se efetua a passagem de uma condição social ou de um comportamento individual ao estatuto de patologia”, Freitas & Amarante (2017) respondem ao seus próprios questionamentos afirmando que a história da psiquiatria se confunde e é inseparável do panorama de construção de diversos modelos de classificação dos fenômenos considerados como indesejáveis ou perturbadores ao corpo social. Para eles ainda, a definição, a classificação e a generalização dos chamados “transtornos mentais” se encontrariam na base das práticas de medicalização da vida e do sofrimento mental, sendo o diagnóstico psiquiátrico um dos pilares que mais sustenta este processo (Freitas & Amarante, 2017).

Neste ínterim, Freitas & Amarante (2017) apontam para a questão dos manuais diagnósticos psiquiátricos (notadamente a *Classificação Internacional de Doenças - CID* e o *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*, conhecido em português pela sua sigla - DSM) como principais sustentáculos de definição e classificação dos transtornos e doenças mentais. Segundo eles, tais manuais, especificamente o DSM, assumiram, desde a segunda metade do século XX (quando começaram a serem produzidos), uma dimensão paradigmática e uma influência incontestável em todo o mundo, redefinindo os rumos da psiquiatria contemporânea e da classificação e diagnóstico das desordens mentais com base em critérios tomados como universais e absolutos.

O grande paradoxo disso, contudo, decorre do fato desses manuais já terem passado por inúmeras revisões (ao longo de pouco mais de 50 anos) e experimentado expressivas alterações a cada nova edição, fazendo-nos questionar o próprio teor de verdade e universalidade ao qual eles se propõem. Além disso, suas classificações podem ser entendidas ainda como meros resultados de um processo de construção social da realidade, isto é, enquanto constructos, definidos de forma arbitrária, a partir de inúmeras considerações, ponderações e negociações sobre o que deveria ser incluído ou excluído enquanto categoria diagnóstica (Freitas & Amarante, 2017).

Neste mesmo ponto, é possível notar, segundo Freitas & Amarante (2017), que a cada diferente versão produzida de um manual, o número de diagnósticos identificados cresce exponencialmente, “tendo esse aumento atingido mais de 200% entre o DSM-I e o DSM-IV-TR” e com um acréscimo, no DSM-5, “de aproximadamente 12% de categorias de diagnóstico com relação à versão anterior” (Freitas & Amarante, 2017, p. 63).

Assim, fazendo-nos questionar os limites da normalidade, do diagnóstico psiquiátrico e de sua generalização na sociedade, Brzozowski & Caponi (2013), consideram que:

“A medicalização dos desvios é possível por meio da flexibilização dos limites do que é considerado normal e do que não é. A era moderna da classificação diagnóstica em saúde mental se originou nos asilos, porém hoje os manuais diagnósticos não estão restritos a esses espaços. Suas categorias parecem englobar não somente uma pequena minoria da população, mas quase todos nós. Os diagnósticos psiquiátricos incluem uma variedade de condições que se situam (...) na fronteira da normalidade, tais como ansiedade, pânico, depressão leve a moderada, transtornos de personalidade, TDAH, transtornos de conduta e transtornos do espectro autista” (Brzozowski & Caponi, 2013, p.210).

De tal modo, parece ser possível concluir que se, por um lado, os movimentos de patologização da vida enfocam a necessidade de atribuição de diagnósticos psiquiátricos cada vez mais específicos e precoces (bem como de criação de terapias preventivas para eles), por outro, a difusão e generalização das categorias de transtornos mentais na contemporaneidade, assim como a falta de definição objetiva para muitos dos critérios utilizados, se apresentam enquanto uma questão paradoxal e controversa (como o próprio diagnóstico muitas vezes é). E, não sem repercussões, essa questão se apresenta também no âmbito do campo e dos serviços de saúde, influenciando de modo comum as práticas clínicas e fazendo com que, constantemente, os profissionais busquem enquadrar seus pacientes dentro de um possível diagnóstico mental, de modo que, “ser diagnosticado e tratado por um transtorno mental será, portanto, um evento que ocorrerá à maioria dos indivíduos” (Vaz, 2015, citado por Silva & Canavez, 2017, p.125).

2.2. O diagnóstico na infância e adolescência:

Considerado como um fenômeno do qual “ninguém pode escapar”, Freitas & Amarante (2017) postulam que a patologização e a psiquiatrização da vida parece ser um processo sem fim nem limites, na medida em que a indústria farmacêutica e o próprio mercado da saúde se expandem através da conversão de inúmeras experiências humanas em diagnósticos e doenças mentais, abrangendo quase todas as etapas da vida, desde o nascimento, a infância e a adolescência, até a vida adulta e a velhice (Freitas & Amarante, 2017).

Ainda segundo estes autores, dados epidemiológicos de diversos países (incluindo o Brasil) indicam que, ao menos $\frac{1}{4}$ de toda a população de crianças e adolescentes têm a experiência de manifestar um quadro de transtorno mental ou receber um diagnóstico ao longo do período de um ano, ao passo que, metade delas têm esta experiência até o final da infância ou adolescência. Dentre eles, quadros ligados à ansiedade parecem ser as condições psiquiátricas mais comuns de serem

diagnosticadas, “seguidos por transtornos de comportamento, transtornos de humor e transtornos por abuso de substância” (Freitas & Amarante, 2017, p. 109).

Diante de dados e números tão alarmantes, uma questão principal surge: o que esses dados indicam? Estaríamos vivendo uma verdadeira “epidemia de saúde mental” e de “transtornos psíquicos na infância e adolescência”, ou melhor, seria “uma epidemia de diagnósticos”? Nossas crianças e adolescentes têm adoecido psiquicamente de modo mais frequente nos últimos tempos e merecido os “rótulos diagnósticos”? Os sistemas de saúde e classificação têm avançado e conseguido identificar um maior número de doentes, ou retrocedido e utilizado critérios diagnósticos de modo generalizado, sem muita crítica e em larga escala? E, para fechar: O que na contemporaneidade tem provocado tudo isso?

Dentre tantas perguntas sobre as quais não temos resposta (nem pretendemos ter), uma delas parece mais importante de ser aprofundada, contudo: Como surgem as queixas e as demandas por diagnósticos para as crianças e os adolescentes?

Segundo Figueira & Caliman (2014), na atualidade, a grande maioria das queixas sobre crianças e adolescentes encaminhadas para especialistas e serviços de saúde tem sido formulada “em termos de falta, déficit, carência, anormalidade e patologia” (Figueira & Caliman, 2014, p.29). Isto é, tendo como motivação indicações comportamentais ou transtornos afetivos, as crianças e adolescentes caracterizados de modo comum como hiperativos, indisciplinados, desequilibrados, impulsivos, agressivos (dentre tantas mais denominações), ou ainda com atrasos no desenvolvimento, dificuldades escolares, familiares ou outras, são tomados de modo geral como indivíduos a serem avaliados, diagnosticados e ajustados, corrigidos ou ensinados, no âmbito dos serviços escolares, assistenciais, judiciais e da saúde (Figueira & Caliman, 2014; Freitas & Amarante, 2017).

Tal consideração, e de modo mais específico a concessão de um diagnóstico psiquiátrico na infância ou adolescência (muitas vezes de modo precoce, como uma resposta à queixa), não sem razão, costuma gerar alguns impactos e mudanças (tanto “positivas” quanto “negativas”) para os sujeitos que são diagnosticados e os seus entornos de vida.

Uma destas mudanças referidas é o desenvolvimento de uma “maior compreensão” para a criança ou adolescente, estudado por diversos autores como Zorzanelli et al (2014), Brzozowski & Caponi (2013), dentre outros. Segundo eles, o deslocamento na categorização de “comportamentos desviantes” para “condições médicas”, faz com que características antes consideradas “transgressivas às normas” passem a ser vistas como “doenças” (diminuindo o julgamento moral e o teor de responsabilidade individual que recai elas). Tal fato, afeta também todo o olhar do entorno (familiar, escolar e social) para aquela criança ou adolescente, fazendo com que passem a ser vistos

como pessoas que “necessitam de cuidado médico, e a tolerância de professores, diretores, colegas e, até, dos pais, se modifica, diante dessa nova descrição” (Zorzanelli et al, 2014, p.1862).

Exatamente sobre isso, Brzozowski & Caponi (2013) afirmam que:

“O aumento de explicações médicas para problemas de comportamento vem mudando nossas ideias sobre liberdade de escolha, desejos e responsabilidade pessoal por nossos comportamentos. Isso quer dizer que, se se considera que o comportamento agressivo de uma criança seja causado por uma anormalidade neurológica, então esse comportamento é encarado como se nem a criança nem seus pais pudessem conscientemente controlá-lo e que, portanto, requeresse assistência médica (Timimi, 2010). Como resultado Brzozowski destaca que, quando uma criança encaminhada retorna à escola com um diagnóstico, ocorre uma mudança na forma de lidar com essa criança. Parece que o próprio diagnóstico gera um tipo de compreensão que estava até então ausente” (Brzozowski & Caponi, 2013, p.214).

Por um lado, embora o diagnóstico pareça gerar um novo olhar e uma forma de compreensão até então ausente, por outro, pode trazer impactos no sentido de se tornar um fator limitador à própria subjetividade e estimulação em relação às potencialidades da criança ou adolescente. É o que Brzozowski & Caponi (2013) ponderam quando se referem ao chamado “efeito de arco”, processo no qual os indivíduos interagem com a sua classificação, podendo gerar tanto um efeito de amenizar ou negar essas características, quanto de se identificar com elas, aumentá-las e exacerbá-las (Ian Hacking, 2006, citado por Brzozowski & Caponi, 2013).

Ainda neste sentido, estudos recentes consideram que tal processo costuma ocorrer com frequência nos casos de diagnósticos de transtornos mentais na infância e adolescência, mesmo em idades precoces. Isso porque, na maioria das vezes, ainda que a criança ou adolescente não consiga compreender totalmente o diagnóstico ou o seu sentido, ela tende a sentir, de modo geral, as mudanças e efeitos que ocorrem na família, na escola e em outros meios sociais, podendo sofrer tal efeito de arco inclusive no sentido de justificar e relacionar suas características e atitudes em razão dessa classificação (Brzozowski & Caponi, 2009, citado por Brzozowski & Caponi, 2013).

Diante de tudo isso, em resumo, pode-se dizer que:

“Por fim, outro fator importante a considerar quando falamos em medicalização da infância é o resultado que o diagnóstico, ou a classificação, pode ter para a própria criança classificada. (...) O número elevado de crianças encaminhadas ao profissional de saúde (...) alerta para uma das consequências de um excesso de medicalização dos comportamentos considerados anormais (...) tratar como patológicos comportamentos que, na realidade, são normais. Podemos ir além

e pensar quais as consequências de se designar alguém tão cedo com um diagnóstico desse tipo: (1) a criança pode justificar seu comportamento por meio do transtorno, (2) sua família e até ela mesma pode considerar-se capaz de determinadas atividades apenas se estiver em tratamento, (3) tudo isso pode fazer que a criança e, quando crescer, o adulto, se torne dependente (não no sentido de dependência física) do diagnóstico, agindo apenas de acordo com o que se espera dela como portadora do transtorno” (Brzozowski & Caponi, 2013, p.217).

3. Questionamentos e Objetivos:

Uma vez introduzidos os principais conceitos e temas a serem abordados e discutidos ao longo do estudo (a questão da medicalização, do diagnóstico psiquiátrico e da relação destes construtos com a infância e a adolescência), cabe também apresentar algumas (das muitas) perguntas e questionamentos que surgem a partir disso e que podem ser tomadas como norteadoras/disparadoras deste trabalho.

O primeiro questionamento que emerge então é: sob que circunstâncias ocorrem/têm se dado o encaminhamento de crianças e adolescentes para os serviços de referência do campo da atenção psicossocial infanto-juvenil? Ou, de modo mais específico, o que leva uma família, escola, profissional ou outro serviço (das áreas da saúde, assistência e justiça, por exemplo) a buscar e demandar por atendimento ou avaliação de saúde mental para uma criança ou adolescente?

Como se é olhado para a queixa, a pessoa e o seu entorno e pensado o cuidado e o acompanhamento nestes casos? A partir de qual momento se é sugerido/formulada uma hipótese ou diagnóstico psiquiátrico? E, essencialmente, como a questão do diagnóstico atravessa as discussões e a dinâmica clínico-institucional dos serviços que atendem crianças e adolescentes e, de modo mais profundo, a vida desses sujeitos?

Tendo em vista todas as questões e reflexões propostas, pode-se dizer que o presente trabalho de conclusão de residência tem como objetivo geral discutir, a partir da experiência enquanto residente, em diferentes pontos da RAPS (Rede de Atenção Psicossocial), o fenômeno da medicalização da vida através de uma de suas diversas faces: o diagnóstico psiquiátrico na infância e na adolescência.

4. Recorte Metodológico:

Para que tais questionamentos se efetuem e tais objetivos se cumpram, será adotada, como estratégia metodológica deste trabalho, a técnica do relato de experiência.

Jorge Larrosa Bondía (2002), compreende a experiência como aquilo que “nos passa”, “nos acontece”, “nos toca” ou ainda como “um encontro ou uma relação com algo que se experimenta, que se prova” (Bondía, 2002, p.25), contendo em si uma noção e uma dimensão intrínseca de encontro, experimentação e travessia. Já para Heidegger, a definição de experiência se atrela às ideias de exposição, receptividade e, principalmente, abertura, possibilitando aos sujeitos que a vivenciam, serem abordados, interpelados e transformados por ela (1987, citado por Bondía, 2002).

Ainda para Bondía (2002), a experiência funda uma ordem epistemológica e ética e se expressa em forma de práxis e de saber, sendo o saber da experiência algo particular e subjetivo que trata não do caráter empírico e objetivo dos fatos, mas sim do “sentido ou do sem-sentido do que nos acontece” (Bondía, 2002, p. 27). Neste ínterim, o relato de experiência emerge também como um método que visa o compartilhar de percepções e aprendizados pessoais frente a uma determinada situação ou temática, de caráter singular, mas ao mesmo tempo com grande validade e utilidade para fins do conhecimento.

De tal modo, se valendo da dimensão do saber da experiência, bem como da noção de itinerário de formação, proposta por Oury (1991), será realizado a seguir um relato de experiência a fim de debater o tema da medicalização e diagnóstico na infância e adolescência, tendo como percurso, inicialmente, a localização dos campos de atuação/da vivência da residência, além de narrativas clínico-institucionais e reflexões/críticas sobre como o diagnóstico atravessa o cuidado no campo da saúde mental e atenção psicossocial infanto-juvenil.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

5. Relato de experiência - A residência e os campos de atuação:

5.1. Localizando a experiência e a vivência da Residência de Saúde Mental:

Visando introduzir os assuntos a serem abordados a seguir, bem como evidenciar, no relato de experiência, os locais onde a(s) experiência(s) em questão se produz(em), será apresentado, inicialmente, um pouco da residência de saúde mental, do percurso formativo do residente e dos seus campos de estágio/atuação.

Historicamente, o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental, vinculado à Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), se insere no rol dos Programas de Residências Multiprofissionais em Saúde, cursos de pós-graduação *lato sensu* voltados para profissionais já formados e que desejam se especializar em alguma área. Validada e apoiada pelos Ministérios da Saúde (MS) e da Educação (MEC) desde os primórdios dos anos 2000, através de diversas portarias e projetos de lei, tal modalidade de formação tem como objetivo, de modo geral, “qualificar a formação de profissionais para a atuação nos campos da Saúde Pública Brasileira, sobretudo por meio das práticas supervisionadas em serviços” (Campos, Emerich & Ricci, 2019, p. 2).

Consideradas como estratégias de educação permanente na linha da Saúde e de formação de trabalhadores para este campo, as residências, segundo Campos et al (2019):

“(…) devem sustentar a formação a partir das realidades concretas em que os profissionais atuam, contribuindo para a construção e transformação dos cenários de práticas, ao mesmo tempo em que provocam a construção de uma práxis em saúde, baseada na sua atuação cotidiana e nas necessidades dos serviços e dos usuários. Busca-se, assim, a legitimação do conhecimento que é produzido nos territórios de práticas pelos diferentes atores, valorizando-se a interface entre ensino e serviço, na aposta da experimentação da coprodução de sujeitos e coletivos” (Campos et al, 2019, p.2).

No caso específico das residências em saúde mental, além do olhar para o processo de aprendizagem pelo trabalho, outras questões também se apresentam. Tendo como pressuposto indissociável a defesa dos valores éticos e políticos do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Reforma Psiquiátrica Brasileira, programas formativos nesta área devem convocar os profissionais a participarem de debates ligados à desestigmatização e à construção de um outro lugar social para o

sofrimento psíquico e para a loucura, assim como a questionarem constantemente as suas próprias práticas e dos serviços onde atuam, promovendo formas de cuidado mais acolhedoras e humanizadas. Neste ínterim, a instituição, o sujeito e o seu entorno (aqui entendido como o território de relações que abrange, de modo singular, cada pessoa e também cada serviço de saúde) passam a ser também objetos de análise, visando à uma maior qualificação clínica e institucional, “em consonância com o enfrentamento dos problemas de saúde da população e com o desenvolvimento do próprio SUS” (Emerich & Onocko-Campos, 2019, p. 1).

Partindo dessas bases, o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental da UNICAMP inicia suas atividades em 2012, influenciado por programas de aprimoramento na mesma área existentes ao longo de duas décadas anteriores. Contando com uma carga horária de 60 horas semanais (45h práticas e 15h teóricas) e como campos de atuação os serviços de saúde da Prefeitura Municipal de Campinas e do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, o programa constitui objetivos ligados à formação ética, clínica e institucional dos seus participantes, além de ter como perspectiva o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e do SUS. Já entre os seus recursos formativos, se encontram algumas atividades como aulas, supervisões individuais e em grupo, seminários clínicos, fóruns (com os residentes e a coordenação) e espaços de controle social (externos), além do desenvolvimento de um itinerário de formação, específico para cada residente (Campos et al, 2019; Emerich, Onocko-Campos, Ricci, & Benetti, 2017).

Proposto por Jean Oury (1991), o itinerário formativo é um instrumento capaz de permitir que o profissional em formação entre em contato com questões da sua própria singularidade, subjetividade e história de vida, fazendo memória e refletindo sobre elas e sobre o que destas questões o influenciam e o impulsionam em sua própria trajetória pessoal e profissional. Neste ponto, a formação em saúde mental é entendida como um processo que deve provocar sensibilizações e transformações profundas (Emerich et al, 2017; Campos et al, 2019), assim como implicar o próprio sujeito da experiência naquilo que é por ele vivido e sentido (Bondía, 2002).

Assim, logo de cara, ao me inserir na residência e me deparar com tais questões, pude refletir e relembrar sobre o meu percurso existencial, profissional e de vida, e colocar em análise diversos pontos que me trouxeram até a área da Saúde Mental. De modo mais específico, percebi uma grande familiaridade e desejo pelo campo da infância e adolescência, tendo já tido algumas experiências durante a minha graduação/formação, embora reconhecesse a necessidade de aprofundar o meu olhar para a clínica e as estratégias de trabalho com esse público. Para além disso, reconheci também presente, de igual modo, o meu interesse pelas práticas e debates da Saúde Mental, Pública e Coletiva (em diversos momentos do meu caminho formativo), sendo algo que me conectou profundamente também com os objetivos da residência e as possibilidades de atuação e vivências neste sentido.

Tendo essas considerações e perspectivas como base, além da expectativa por vivenciar a dimensão do território e da clínica ampliada (tão fundantes e caras à RAPS e ao própria SUS), escolhi, como campos de estágio/atuação na residência, um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPS-IJ) no primeiro ano (R1), e um Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) no segundo ano (R2). A fim de descrever e explicar um pouco mais sobre esses serviços, será realizada uma breve contextualização sobre eles a seguir.

5.2. Localizando o campo de atuação - Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPS-IJ):

Baseando-se na Lei 10.216 (2001), considerada a lei que consolida a Reforma Psiquiátrica Brasileira, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental no Brasil, a Portaria Nº 336 é estabelecida no ano de 2002, tendo como principal objetivo organizar este novo modelo a partir da definição dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Constituídos e ordenados a partir de parâmetros de porte, complexidade e abrangência populacional em cada município, os CAPS se diferenciam também entre si a partir do seu público-alvo (crianças/adolescentes, adultos, usuários de álcool e outras substâncias) e do tipo/modalidade de cuidado que se propõe a oferecer (tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo).

Voltado especificamente para a infância e a adolescência, o CAPS infanto-juvenil, nomeado na portaria de “CAPS i II”, é definido como um “serviço de atenção psicossocial para atendimentos a crianças e adolescentes, constituindo-se na referência para uma população de cerca de 200.000 habitantes, ou outro parâmetro populacional a ser definido pelo gestor local, atendendo a critérios epidemiológicos” (BRASIL, 2002). Já na Portaria Nº 3.088, de 2011, que instituiu a RAPS no âmbito do SUS, este é tratado como sendo um “serviço aberto e de caráter comunitário indicado para municípios ou regiões com população acima de cento e cinquenta mil habitantes” e que “atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas” (BRASIL, 2011).

Mesmo com uma pequena diferença quanto ao parâmetro populacional adotado, em ambos os casos os CAPS-IJ são evidenciados como serviços de referência no campo da atenção psicossocial infanto-juvenil, e responsáveis pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental de crianças e adolescentes no âmbito do seu território. Além disso, entende-se ainda que a assistência prestada aos usuários por esses serviços devem incluir atividades como: atendimentos individuais, em grupos, oficinas, visitas domiciliares, atendimento à família,

atividades comunitárias e ações intersetoriais, com áreas como as da assistência social, educação e justiça (BRASIL, 2002; 2011).

Passando à caracterização do serviço retratado neste trabalho, pode-se afirmar que se trata de um CAPS infanto-juvenil (CAPS-IJ), tipo II, do município de Campinas, estado de São Paulo, que é referência para uma população de pouco mais de 200 mil habitantes. Compõe-se por uma equipe multiprofissional de cerca de 20 profissionais (entre gestor, médicos pediatra e psiquiatra, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistente social, fonoaudiólogo, enfermeiro, auxiliar e técnicos de enfermagem) e tem funcionamento diário, de segunda à sexta-feira entre às 08h e às 18 horas. Já quanto ao seu trabalho, se destina ao acompanhamento, tratamento e reabilitação de crianças e adolescentes com algum transtorno mental, em uso de substâncias psicoativas ou em alguma situação de sofrimento psíquico considerada complexa, severa ou persistente (avaliada e discutida em equipe após um ou mais momentos de acolhimento inicial).

Embora tal conceito seja amplamente difundido para dentro do serviço, sua operacionalização não é tão simples assim. Isso porque, a definição de um sofrimento como sendo grave ou complexo, por exemplo, perpassa uma opinião/percepção que é subjetiva para cada pessoa/profissional, acarretando, de modo comum, em divergências entre os casos que devem ser inseridos e tratados no CAPS ou não (após chegada por demanda espontânea ou por encaminhamento de outros serviços de saúde). Além disso, as próprias estruturações e categorizações dos transtornos mentais nos contextos da infância e adolescência são muitas vezes abstratas, contraditórias e imprecisas, representando uma linha tênue e difícil de definir entre o que se é esperado do desenvolvimento/da idade e o que é considerado “atraso”, “anormal” ou “atípico”.

De modo geral, contudo, pode-se citar alguns exemplos de transtornos e/ou situações de sofrimento como sendo recorrentes dentre o público de usuários atendidos no contexto do serviço em questão. Dentre eles, se destacam os casos de autismo, deficiência intelectual (D.I.), déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), auto/hétero agressividade, automutilação, ideação/tentativa de suicídio, transtorno bipolar, esquizofrenia, uso abusivo de substâncias psicoativas (SPAs), dentre outros, englobando o acompanhamento de crianças desde os 3 anos de idade, até adolescentes com idade próxima aos 18 anos.

Já dentre as principais atividades oferecidas, se encontram atendimentos individuais e grupais às crianças e adolescentes, atendimentos às famílias e cuidadores, realização de ateliês, oficinas, e outras estratégias de cuidado como visitas domiciliares, discussões em/de rede, matriciamentos, entre outros, tendo em vista também a importância de trabalhar em conjunto com os serviços e territórios por onde a criança ou adolescente transita ou necessita ser inserido, visando a favorecer a reabilitação psicossocial dos mesmos.

No ano de 2020, contudo, devido à chegada da pandemia e aos impactos e mudanças atreladas a este novo contexto, muitos desses dispositivos de cuidado e estratégias de atuação se perderam ou precisaram ser modificados ou adaptados a uma nova realidade, tendo prevalecido ao longo do ano os atendimentos presenciais individuais, os atendimentos online (individual ou em grupo), às visitas domiciliares e às reuniões e discussões intra e intersetoriais.

5.3. Localizando o campo de atuação - Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF):

O Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), anteriormente chamado de “Núcleo de Apoio à Saúde da Família” é um dispositivo criado pelo Ministério da Saúde (MS) em 2008 com o objetivo de apoiar a Atenção Básica (AB) e a Estratégia de Saúde da Família no Brasil (ESF), ampliando o escopo das ofertas de cuidado, assim como a resolutividade, a abrangência e o alvo das ações na rede de serviços da atenção primária à saúde (APS).

Definido inicialmente através da Portaria Nº 154 (2008) e consolidado através de diversas portarias posteriores - como as de número 2.488 (2011), 548 (2013), 562 (2013) e 2.436 (2017) -, os NASFs são constituídos por equipes multiprofissionais (compostas por profissionais de diversas áreas da saúde) que atuam em parceria e de forma integrada com as equipes de Saúde da Família (eSF) e equipes da atenção básica (eAB), compartilhando e promovendo práticas em saúde nos territórios e atuando diretamente no apoio às equipes e Unidades nas quais o NASF se encontra localizado. Institucionalmente, os NASFs se dividem em diferentes modalidades (I, II e III) de acordo com a quantidade de equipes apoiadas/vinculadas, e sua composição em termos de núcleos e número de profissionais é definida pelos gestores municipais, seguindo critérios e prioridades identificados a partir de dados epidemiológicos e das necessidades de cada população. (BRASIL, 2008; 2021).

Baseando-se essencialmente na perspectiva do apoio matricial e de suas dimensões técnico-pedagógica e clínico-assistencial, as equipes NASF devem se responsabilizar por oferecer suporte técnico e compartilhar saberes e práticas com os profissionais das Unidades, além de ofertar atendimento clínico, individual ou coletivo quando demandado para casos específicos (Maffissoni et al, 2018). De acordo com a Secretaria de Atenção Primária à Saúde, vinculada ao Ministério da Saúde (2021), no que tange ao papel e atuação dos NASFs, em parceria com as equipes da atenção primária à saúde:

“Esta atuação integrada permite realizar discussões de casos clínicos; o atendimento compartilhado entre profissionais, tanto na Unidade de Saúde como nas visitas domiciliares e possibilita a construção conjunta de projetos terapêuticos de forma a ampliar e qualificar as

intervenções no território e na saúde de grupos populacionais. Essas ações de saúde também podem ser intersetoriais, com foco prioritário nas ações de prevenção e promoção da saúde” (BRASIL, 2021, s/p).

A Atenção Básica brasileira, por sua vez, é instituída formalmente através da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), aprovada inicialmente no ano de 2006 (através da Portaria Nº 648) e revisada nos anos de 2011 e 2017, pelas Portarias Nº 2.488 (2011) e 2.436 (2017). Baseando-se nos princípios do Sistema Único de Saúde, estabelecido pela Lei Nº 8080 de 1991, a AB:

“[...] caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos” (BRASIL, 2011).

Por tudo isso e por sua capacidade de capilarização, regionalização e territorialização, a AB é considerada como primeiro ponto de atenção e porta de entrada preferencial do SUS, devendo organizar os fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações, coordenando o cuidado, ordenando as redes e sendo resolutiva. Já como pressupostos, orienta-se pela perspectiva da clínica ampliada e pelos princípios da universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social, considerando “o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral” (BRASIL, 2011; 2017).

Em relação à PNAB ainda, esta define a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como o modelo prioritário para a expansão e consolidação da atenção primária no país, embora reconheça outras formas de organização da AB existentes nos diferentes municípios e territórios, desde que sigam todos os princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 2017).

Partindo destas considerações, o NASF em questão, evidenciado neste trabalho, localiza-se na cidade de Campinas, estado de São Paulo. No que tange à sua composição, é formado atualmente por uma equipe fixa de 3 médicas (2 pediatras e 1 G.O.), 1 assistente social, 1 terapeuta ocupacional, 1 farmacêutica e 1 nutricionista, além dos residentes que se inserem de modo temporário ao longo do ano. Sua principal função/objetivo é apoiar e ser referência para 7 equipes de atenção primária divididas em dois Centros de Saúde (assim denominadas as Unidades Básicas de Saúde do município) - um deles totalmente modelo ESF e o outro modelo tradicional da APS de Campinas.

Ambos os Centros de Saúde (C.S.) têm funcionamento diário, de segunda à sexta, das 07 às 17 horas, e ofertam atendimentos diversos (desde consultas individuais, atividades em grupos, realização de vacinas e exames, retirada de medicamentos, visitas domiciliares e ações de prevenção e promoção à saúde, dentre outros) à população dos territórios onde se localizam, sendo igualmente compostos por uma variedade de profissionais (entre médicos, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, farmacêuticos, odontólogos e outros) e referências para uma população adscrita de aproximadamente 30 mil habitantes (cerca de 15 mil em cada Centro de Saúde).

No que toca ao fluxo do apoio matricial e da saúde mental, os casos nos quais as equipes acolhem, percebem e analisam uma necessidade/demanda de um acompanhamento mais específico (de crianças, adolescentes, adultos, idosos, ou da própria família) são então compartilhados e discutidos com os trabalhadores da equipe NASF e, algumas vezes, encaminhados para atendimento com algum dos profissionais do núcleo. Entretanto, embora exista a proposta de que esse fluxo seja respeitado e as discussões ocorram de modo ampliado e aprofundado para dentro da unidade, muitas vezes alguns entraves (como a dificuldade de se sustentar uma postura empática/acolhedora com o usuário, o desconhecimento de alguns aspectos importantes da história e do contexto de vida das famílias, assim como a própria ausência das reuniões da equipe - que se tornou comum no atual contexto pandêmico) aparecem ou são colocados frente a esta tarefa.

6. Relato de experiência - Dois exemplos clínicos:

Para basear e ilustrar a discussão acerca do diagnóstico no campo da atenção psicossocial e saúde mental infanto-juvenil, serão descritos/narrados brevemente a seguir, dois casos clínicos - um deles atendido no âmbito da atenção básica, em um dos Centros de Saúde (C.S.), e o outro acompanhado no CAPS-IJ, durante a minha passagem enquanto residente por esses serviços. Em ambos os casos, alguns dados principais foram omitidos e os nomes reais foram substituídos por nomes fictícios, a fim de preservar, de forma ética, o sigilo e a identidade dos sujeitos envolvidos.

6.1. O caso de Maria:

Próximo ao final do meu período de estágio nos Centros de Saúde, enquanto psicólogo residente e membro da equipe NASF, sou solicitado, por um dos médicos de uma das Unidades Básicas, a discutir o caso de Maria, uma adolescente de 15 anos, do sexo feminino, que havia passado por um acolhimento/atendimento recente, há cerca de 1 semana.

Segundo relato, Maria foi levada pelo pai até o serviço, queixando-se de dores estomacais persistentes, iniciadas há cerca de 1 mês. Neste meio-tempo, chegou a ir até a Unidade de Pronto-Atendimento (UPA) e ser avaliada pela equipe de lá, que orientou a buscar o C.S. para seguimento clínico.

Em consulta médica, de acordo com a evolução de prontuário do profissional que a atendeu, Maria se apresentou bastante chorosa e revelou que as dores se iniciaram após fazer uma tentativa de suicídio (T.S.) por ingestão de medicamentos. Na ocasião, disse que tentou o suicídio por não conseguir ver razões para viver, tendo ficado muito triste e traumatizada com a maneira com que os pais a trataram ao descobrir que ela estava namorando, não aceitando o seu relacionamento e a impedindo de usar o celular e de sair de casa. Além disso, contou também ter uma relação conturbada com os pais, um dos irmãos, e alguns outros familiares, tendo apenas uma amiga que confia e se dá bem, apesar de não se abrir tanto com ela.

Ao final da consulta, embora tenha dito ainda pensar em morrer, mas não ter nenhum planejamento no momento, nem pretender fazer uma nova TS, foi prescrito para Maria o uso de um antidepressivo (sertralina, 50mg), tendo em vista o seu quadro de humor avaliado como “depressivo” (sic prontuário). Além disso, foi acordado ainda um novo retorno e planejada a discussão do caso com a equipe de saúde mental.

Após conversa e pedido por parte do médico/da equipe, que avaliaram a necessidade de um atendimento de saúde mental para Maria, me propus então a ofertar um espaço de

acolhimento/escuta inicial para ela, a fim de tentar entender melhor o seu contexto e suas questões, além de acompanhar/ajudar no que fosse necessário ao caso.

Embora um pouco tímida/reservada e com discurso mais entristecido inicialmente, Maria conseguiu, com o desenrolar do atendimento, contar um pouco mais sobre si, seu contexto de vida e sua dinâmica familiar, relatando situações de conflitos constantes com seus pais e um dos irmãos, com quem convive dentro de casa. Disse não se sentir acolhida pela família em seus momentos de tristeza, se sentindo sozinha com frequência e controlada pelos pais, que, segundo Maria., brigam muito com ela e não a deixam “fazer nada”, tendo chegado inclusive a remover a porta do seu quarto, a tomar e olhar o seu celular diariamente, além de proibi-la de sair de casa, encontrar com seus amigos e até mesmo de ir à escola por uns dias.

Quanto à T.S. realizada, Maria contou ter ingerido os remédios num ato impulsivo/de desespero (após seus pais terem descoberto o seu namoro, agido de modo agressivo com ela, e a proibido de ter contato com o rapaz com quem estava se relacionando), mas que se arrependeu e que não deseja mais fazer isso, se sentindo também culpada pela situação. Neste ponto, trouxe também que sua irmã mais velha já havia passado por isso quando adolescente, tendo feito também uma T.S. e necessitado de atendimento devido a um quadro semelhante ao seu de “ansiedade, tristeza e depressão”, nas palavras dela.

Embora eu tenha sentido, em um primeiro momento de escuta, que os sintomas e o sofrimento trazidos por Maria pudessem estar sendo muito mais causados e localizados em questões dos próprios pais e do seu contexto de vida e dinâmica familiar, decidi sustentar o espaço do acompanhamento com ela, devido ao seu desejo, e com o objetivo de conseguir acolhê-la e oferecer algum suporte emocional. Assim, após o primeiro momento de acolhimento, realizei ainda mais 4 atendimentos com ela até o encerramento, em minha última semana como residente no Centro de Saúde.

Nos atendimentos que se seguiram, Maria se apresentou, com o passar do tempo, mais tranquila e contou e refletiu um pouco mais sobre sua história de vida e relações com figuras significativas para ela, como o pai, a mãe, os irmãos, tios, outros familiares e amigos. Afirmou ter uma relação mais próxima com alguns deles, principalmente com a sua madrinha, mas bastante conflituosa com os pais (principalmente com a mãe) e um dos irmãos, relatando momentos de conflitos constantes dentro de casa, nas quais, muitas das vezes, sentia que ela era colocada num lugar de culpa e responsabilização constante em que tudo “sobrava pra ela”, mesmo que não estivesse envolvida diretamente na situação.

Além disso, trouxe também que se achava muito “ansiosa e impulsiva” e que não sabia controlar direito suas emoções, guardando muitas das coisas que a incomodavam (por não ter com quem conversar ou se abrir), e acabando “explodindo” depois. Entretanto, referiu, ao final do

acompanhamento, estar tentando lidar melhor com tais emoções e momentos de conflitos desde que começou a ser acompanhada e a tomar a medicação, que, segundo ela, a deixava mais calma, tranquila e “na dela”, apenas “ouvindo e aceitando” tudo que seus pais tinham a lhe reclamar ou dizer, alternando entre momentos de maior e menor angústia pessoal.

Durante a última semana de atendimento a Maria, tive ainda a oportunidade de conversar com os seus pais e com a equipe de referência do caso. Na conversa com os familiares, o pai e a mãe de Maria trouxeram que a filha tinha o costume de sempre “provocar” momentos de conflito dentro de casa, sendo desobediente e pouco afetiva em muitos momentos e tendo comportamentos desafiadores e opositores com frequência, “não facilitando as coisas”. Apesar disso, também disseram estar tentando entendê-la, acolhê-la e conversar com ela mais, principalmente desde que passou a ser acompanhada, dando mais atenção e buscando estar mais próximos a ela.

Já durante a devolutiva dos atendimentos para a equipe de referência, comentei de algumas questões que me pareceram pertinentes, como os conflitos intrafamiliares constantes e a necessidade de se pensar o caso a partir desta questão, fazendo um trabalho de orientação, manejo e intervenção com os pais, uma vez que os sintomas trazidos pareciam estar mais localizados no contexto do que na adolescente. Além disso, perguntei também acerca do porquê da prescrição medicamentosa para ela, tendo o médico que a acompanha dito ter sido uma resposta à tristeza e à angústia trazida por ela inicialmente, mas ser algo que iria rever, uma vez que sua “rápida melhora” não teria como estar associada ao remédio (que levaria mais tempo para fazer efeito).

Já no que tange à questão diagnóstica, embora Maria não tenha chegado a receber um diagnóstico “fechado”, por assim dizer, várias nomenclaturas e categorias nosográficas lhes foram dadas a cada consulta no sistema de prontuário eletrônico do serviço. Dentre elas, termos e expressões como “problemas de relacionamento com familiares”, “sensação de ansiedade/nervosismo/tensão”, “tristeza/depressão” e “perturbações depressivas” apareceram, evidenciando um importante ponto de análise no que parece à tendência medicalizante de localizar o sintoma e a doença de modo individual, na adolescente, mesmo em vistas às considerações do entorno/dinâmica familiar conflituosa.

6.2. O caso de João:

João, 12 anos, sexo masculino, por sua vez, foi um caso acompanhado por mim no CAPS-infante-juvenil (CAPS-IJ) e que, de igual modo, suscitou discussões importantes quanto à sua questão diagnóstica e da medicalização infantil.

Anteriormente, quando na idade dos 8 anos, João já havia sido acolhido e inserido em acompanhamento no serviço. À época, as queixas trazidas em relação à ele (pela família, escola e

outros profissionais e serviços de saúde pelos quais tinha passado) giravam em torno de episódios de choros excessivos e de ideias e sentimentos considerados estranhos, como o pensamento de que mataria toda a família, o relato de escutar vozes de pessoas falando em sua cabeça e o medo de ficar louco. Além disso, havia a queixa de que ele trazia também muitos questionamentos e pensamentos sobre questões de sexualidade (tais como dúvidas se havia sofrido abuso ou abusado de alguém), ademais da lembrança de um episódio traumático, no qual algumas crianças/colegas o trancaram no banheiro da escola, não querendo mais frequentá-la após isso.

Neste período, várias hipóteses diagnósticas chegaram a ser questionadas/pensadas para João, tais como os diagnósticos de transtorno fóbico-ansioso (CID 10 F40), transtorno obsessivo-compulsivo (CID 10 F42) e transtorno psicótico agudo (CID 10 F23), na perspectiva considerada de um quadro de psicose infantil. Devido a isso e às queixas trazidas, João foi acolhido e acompanhado no CAPS-IJ durante algum tempo, participando de atividades como atendimentos individuais e em grupo, assim como oportunizados também espaços de atendimento/escuta para os seus pais, embora, após um tempo, ele e seus familiares tenham deixado de frequentar o serviço.

Quatro anos depois, já na idade dos 12 anos, João voltou a ser recolhido pela instituição, encaminhado por uma profissional de saúde mental do Centro de Saúde (C.S.) de seu território, que relatou “pensamentos e comportamentos considerados estranhos”, interrogando um quadro de transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) grave e de psicose infantil, para avaliação do CAPS.

Assim, neste segundo momento, ao chegar para um novo acolhimento no CAPS-IJ, João (e sua mãe) foram atendidos por mim e por outros profissionais, trazendo novas queixas e situações de sofrimento a partir de algumas situações cotidianas/de vida, notadamente de alguns pensamentos e comportamentos que os incomodavam. Neste ponto, João comentou da sensação de não ter muito controle sobre o seu pensar, questionando-se constantemente sobre as suas reflexões e ideias, julgando se elas seriam “reais”, “verdadeiras” e “válidas” ou não (ou apenas fruto da sua fantasia), assim como esforçando-se de modo frequente para negar ou afirmar seus raciocínios, se sentindo inseguro/perdido quanto a isso em muitos momentos, apesar de ter certeza que tais concepções eram suas, negando ouvir vozes ou ter outras alucinações de qualquer ordem.

Sua mãe, por sua vez, durante o momento de escuta direcionado para ela, comentou que não sabia o que fazer diante de tudo isso e que tinha muita dificuldade em lidar com o filho, achando-o muito “infantilizado” em suas atitudes e comportamentos e sentindo medo de alguns de seus pensamentos (como o de que poderia fazer algum mal para ela ou para alguém da família). Trouxe também outras queixas e questões como o fato dele passar o dia só usando o celular, jogando videogame ou assistindo filmes e séries, de sentir receio de sair de casa, de não ter muito contato afetivo com o pai e de ter presenciado uma situação/cena de violência intensa quando mais novo, se questionando se tudo isso teria repercutido de modo profundo nele com o tempo. Além disso,

questionava também de modo constante à equipe e os profissionais sobre “o que ele tinha” ou “qual era seu diagnóstico/distúrbio”, a fim de que isso diminuísse um pouco de sua angústia.

Diante das novas queixas, relatos e situações trazidas, o caso de João passou então a ser bastante comentado para dentro do serviço, durante as passagens de plantão e reuniões de equipes, principalmente quanto à sua definição diagnóstica. De modo comum, tanto os profissionais que estavam atendendo-o neste segundo momento, quanto os que já o conheciam durante sua primeira passagem pelo CAPS-IIJ, comentavam sobre suas percepções e teciam hipóteses e opiniões (muitas delas diferentes) sobre qual seria o transtorno e diagnóstico de João, a fim de melhor compreender/nomear o caso a partir de alguma categoria e, a partir disso, planejar novas condutas (inclusive medicamentosas) para ele.

Assim então, João foi acolhido e inserido novamente no serviço, sendo o seu diagnóstico final definido como um quadro de transtorno obsessivo-compulsivo (CID 10 F42). Já como ofertas de cuidado, foram pensadas a introdução de um medicamento antidepressivo, a fim de diminuir os sintomas relatados (principalmente os ligados aos pensamentos e comportamentos intrusivos e obsessivos), além da realização de atendimentos individualizados, tendo em vista o contexto de restrições de grupos e outras atividades devido à pandemia.

7. Relato de experiência - Pontos de Análise:

De modo geral, pode-se considerar que os casos de João e Maria são bastante emblemáticos e significativos para discutir alguns temas ligados à medicalização, à clínica e ao diagnóstico psiquiátrico no campo da saúde mental infanto-juvenil. Embora diferentes entre si e singulares em muitos aspectos, ambos os relatos trazem e evidenciam pontos em comuns importantes para a análise do fenômeno estudado, a partir de questões como o surgimento da queixa/demanda, a forma das equipes/serviços/instituições de saúde lidarem e pensarem o diagnóstico, e as repercussões de tudo isso para as crianças, adolescentes e suas famílias, colocadas em análise.

7.1 Como surge a demanda (por atendimento, avaliação e diagnóstico)?

O primeiro ponto em comum, a ser analisado, é o questionamento de como surgem as queixas e demandas por atendimento, avaliação e diagnóstico nos campos da saúde mental infanto-juvenil.

Considerando o relato de experiência e os casos narrados, pode-se dizer que o pedido por atendimento surgiu de diferentes formas para Maria e João. No caso de Maria, a demanda surgiu após repercussões clínicas de uma tentativa de suicídio realizada pela adolescente e ocasionada, em grande parte, por um contexto familiar conflituoso, violento e não acolhedor/apoiador. Já para João, a demanda veio à tona devido a queixas de comportamentos considerados estranhos, inadequados e perturbadores por parte da criança, levando à família a buscar por atendimentos para ele.

Assim, no campo de práticas da saúde mental, pode-se pensar e observar que, tal como apresentado nos textos iniciais (Brzozowski & Caponi, 2013; Figueira & Caliman, 2014; Zorzanelli et al, 2014), as demandas por atendimento de crianças e adolescentes nascem de formas muito diferentes e diversas, dentre as quais, pode-se citar, questões ligadas ao contexto de vida, a comportamentos e desvios, assim como a atrasos no desenvolvimento.

No primeiro caso, de questões ligadas ao contexto (familiar, escolar, social, dentre outros), é possível perceber, de modo frequente, que situações como conflitos intrafamiliares ou com figuras significativas (como pais, irmãos, professores e outras autoridades) e de violências (as quais a criança/adolescente muitas vezes sofre ou presencia, sendo uma vítima direta ou indireta delas) são fontes comuns de encaminhamento de pessoas menores de idade aos serviços de saúde (pela família ou por outros profissionais).

Do mesmo modo, no segundo aspecto, características e comportamentos tomados como desvios/desviantes (e nomeados muitas vezes como “infantilizados”, “estranhos”, “desafiadores” ou “agressivos”) são também motivos majoritários de pedidos por atendimentos e avaliações de saúde,

ainda que muitos deles se localizam como situações consideradas/esperadas do desenvolvimento e das fases da infância e adolescência (como episódios de “agitação” e “rebeldia”, por exemplo, constantemente utilizados como queixas por familiares e profissionais).

Já no que diz respeito ao terceiro aspecto, atrasos diversos no desenvolvimento infantil (em termos de escolarização, socialização e linguagem, por exemplo), são também constantes demandas que aparecem e repercutem nos serviços de saúde, sendo comumente identificados, avaliados e categorizados/organizados em diagnósticos, muitas vezes com fins de construção de rede ou encaminhamento para outros serviços.

Tais questões se coadunam com os achados da literatura que apontam para o fato de que a maior parte das queixas e demandas (encaminhadas para atendimentos e avaliações por profissionais e serviços de saúde) tem origem na percepção de déficits, anormalidades e desvios por parte das crianças e adolescentes, que passam assim a serem vistos como pessoas a serem ajustadas, corrigidas ou ensinadas (Figueira & Caliman, 2014).

Em ambos os relatos trazidos, é pertinente dizer ainda que João e Maria tiveram a atenção primária como porta de entrada no sistema de saúde, na linha de cuidado da saúde mental, sendo atendidos inicialmente pela equipe de saúde da família/equipe de atenção básica, para depois serem encaminhadas para acompanhamento de um profissional/serviço especialista (equipe NASF ou equipe do CAPS), o que, em tese, segue o fluxo do cuidado pensado para o Sistema Único de Saúde (SUS). Entretanto, vale comentar, que assim como nos casos citados, é comum que o encaminhamento de uma criança ou adolescente para um especialista venha revestido não somente de um pedido de acompanhamento, mas também de um pedido por uma avaliação e um diagnóstico (psiquiátrico), revelando mais uma vez a primazia deste no campo da saúde mental e atenção psicossocial da infância e adolescência.

7.2 Como as equipes/serviços lidam com a demanda/o diagnóstico (e como esse é construído)?

Uma vez que compreendemos como a maior parte das demandas (por atendimento e avaliação de crianças e adolescentes) chegam até os serviços de saúde, cabe também tentar entender, de modo geral, como os profissionais/equipes lidam com elas, principalmente a partir da questão diagnóstica.

No caso narrado de Maria, foi possível perceber que, inicialmente, a conduta da equipe partiu de um viés medicalizante, de ofertar atendimentos individuais para a adolescente e de medicá-la a partir dos sintomas/queixas relatados, não havendo, em um primeiro momento, uma intervenção direcionada à sua família e ao contexto social conflituoso. Já no que concerne à questão

diagnóstica, embora ela não tenha chegado a receber um diagnóstico fechado/estruturado, várias nomenclaturas e categorias nosográficas foram citadas, com ênfases e menções a sintomas de “perturbações ansiosas e depressivas”.

Na análise do relato de João, por sua vez, é possível considerar que a questão diagnóstica adentrou o caso de modo mais profundo, norteando o encaminhamento para o CAPS-IJ, assim como inúmeras discussões para dentro do serviço sobre “o que ele teria” e qual seria o seu diagnóstico final, se valendo essencialmente desta categoria para se pensar o seu cuidado, por fim definido em termos de atendimentos individualizados e, de igual modo, prescrição medicamentosa.

Tais narrativas corroboram ainda as ideias de vários autores como Szasz (1971, citado por Freitas & Amarante, 2017), no que diz respeito à patologização do sofrimento cotidiano e da transformação de situações adversas (porém, muitas delas, esperadas) da existência/experiência humana (como a tristeza e o desamparo) em transtornos mentais diagnosticáveis e, para além disso, passíveis de serem tratados e curados a partir de fármacos e outras tecnologias medicalizantes.

A partir destas considerações bem como de toda a residência, pude notar ainda algumas similaridades e diferenças no que tange às formas de cada uma das equipes/serviços lidar com a questão do diagnóstico no campo da saúde mental de crianças e adolescentes.

Inicialmente, no âmbito da Atenção Básica, percebi de modo comum a identificação com as queixas e demandas trazidas, bem como a dificuldade em se tomar conhecimento e se apropriar das histórias de vida (dos sujeitos) e contexto (das famílias) durante algumas discussões dos casos com as equipes. De igual modo, percebi também que os profissionais tendem a não se referir muito a diagnósticos estruturados, embora façam constante referências a algumas categorias e sintomas associados, comumente registrando nomenclaturas diagnósticas nos prontuários (o que também acaba sendo um item obrigatório no sistema) e encaminhando pacientes para avaliação em uma equipe ou serviço de especialidade com alguma frequência.

Já no CAPS-IJ, percebi uma postura mais crítica e analítica durante as discussões de caso, assim como uma maior referência a termos técnicos e categorias diagnósticas e estruturadas de transtornos mentais (no modelo dos manuais, notadamente o CID e o DSM). Assim, de modo frequente, na chegada de um paciente ao serviço, é comum que a análise e discussão do seu caso, história de vida, contexto familiar e sofrimento se dê em termos nosográficos (ou seja, da psiquiatria moderna), repercutindo também muitas vezes, em um processo de construção e estruturação de um diagnóstico para aquela criança ou adolescente, muitas vezes com fins de justificar a sua inserção e acompanhamento na instituição ou de construir rede/encaminhá-lo para outro serviço.

Embora comum, percebo também que o processo de construção de um diagnóstico, não raro, ocorre com muitos percalços, tendo em vista as diferentes percepções, concepções e opiniões dos

profissionais que avaliam uma determinada criança/adolescente. Isso porque, além das diferenças teóricas entre cada profissional, outras questões também entram em cena, como a análise do contexto (familiar, escolar, etc.), os juízos éticos e morais de cada avaliador (sobre o que é tomado como normal ou anormal, saudável ou patológico, esperado ou desviante), dentre outras questões, resultando em um diagnóstico final muitas vezes questionado e ainda interrogado, corroborando o expresso por Freitas & Amarante (2017) de que o fenômeno de classificação de um transtorno mental quase sempre é um constructo e não uma verdade.

Neste íterim, cabe pensar também que um diagnóstico (e a medicação, como uma de suas maiores aliadas) emerge muitas vezes como uma resposta simplificada e individualizada para um sofrimento que, na maior parte das vezes, é complexo e multifacetado, mas acaba sendo pensado, analisado e localizado apenas na perspectiva individual de uma criança ou adolescente. Assim, na maior parte dos casos, carece um olhar ampliado e coletivo para o contexto de vida e desconsidera-se qualquer possibilidade deste sofrimento estar relacionado ao seu entorno, ratificando as ideias e críticas expressas na literatura sobre isso (Brzozowski & Caponi, 2013; Silva & Canavez, 2017).

7.3. Quais os impactos da questão do diagnóstico (no paciente, na família e no entorno)?

Por fim, no que tange aos impactos e repercussões que um diagnóstico pode trazer para uma criança, adolescente, sua família e o seu entorno de vida (como a escola, o meio social e até o mesmo os serviços de saúde onde se insere), muitas são as questões que se apresentam, embora algumas delas já tenham sido bem fundamentadas na introdução e ao longo do trabalho.

No caso de Maria, durante os seus atendimentos, era comum que a adolescente trouxesse alguns pensamentos, ideias e falas correlatas/associadas aos sintomas e categorias diagnósticas mencionadas, fazendo alusão de modo constante ao fato de ter uma personalidade “ansiosa”, “impulsiva” e “depressiva” em alguns momentos, sentindo ser alguém que precisava também de um remédio para “controlar-se”. De igual modo, sua família, quando escutada, colocou M. no lugar de alguém que precisava de ajuda, tendo em vista seus “transtornos” e “dificuldades”, mas que, contraditoriamente, passou a ser melhor tratada, acolhida e compreendida depois de ser medicada e ingressar em acompanhamento .

Já no segundo caso, por sua vez, embora João não trouxesse expressamente em sua fala questões ligadas à identificação com alguma categoria diagnóstica em específico, durante os seus atendimentos, comumente, ele dizia concordar com o fato de sentir que precisava de um acompanhamento, apesar de parecer incomodado sempre que era largamente questionado sobre seus pensamentos, comportamentos e outras questões relativas a si. Além disso, seus familiares, assim

como a equipe do serviço, pareciam também trazer uma grande angústia com a indefinição quanto ao que J. teria ou qual seria seu diagnóstico, empreendendo um amplo esforço a fim de nomear o seu sofrimento em termos nosográficos.

Assim, dentre os pontos principais de análise trazidos no relato de experiência, podemos vislumbrar que a identificação com os sintomas e as categorias diagnósticas pensadas (depressão e ansiedade no caso de Maria. e transtorno fóbico, obsessivo-compulsivo e psicótico no caso de João.) reverberam de algum modo para dentro da equipe/serviço, assim como na família e em todo o entorno. Isso porque, no caso dos familiares e profissionais, além de preencher um vazio ou uma angústia, que é muitas vezes não ter um código ou não saber lidar com o sofrimento sem nomeá-lo psiquiatricamente, o diagnóstico entra por vezes também, como uma forma de prover uma explicação/justificativa ou promover uma maior compreensão para as crianças e adolescentes, ainda que se diminuam as expectativas quanto à elas e os seus potenciais de vida.

Já em relação às próprias crianças e adolescentes diagnosticadas, vale pensar que muitas das vezes o diagnóstico pode se enquadrar de modo profundo nas suas subjetividades e construção de suas identidades (tendo em vista também a especificidade das fases da infância e adolescência neste processo), influenciando não só nas suas identificações com os sintomas e categorias nosográficas, mas também todas as suas relações sociais e com o mundo, que podem se desencadear a partir disso.

Todas estas questões, ainda, estão de acordo com as ideias evidenciadas na literatura (a partir de autores como Brzozowski & Caponi, 2013; Zorzanelli et al, 2014) acerca dos impactos e consequências (sejam eles “positivos” ou “negativos”) que pode trazer um diagnóstico psiquiátrico durante a infância e a adolescência. Seja no sentido de promover uma maior compreensão por parte do entorno familiar e social (e, por sua vez, maiores níveis de tolerância e apoio) ou de se reverberar na identidade da pessoa diagnosticada (acarretando em riscos como estigmatização e dependência - inclusive de dispositivos e serviços de tratamento), o diagnóstico parece interferir e atravessar de modo profundo as vidas de pacientes e familiares, bem como as dinâmicas de cuidado no campo da saúde mental e atenção psicossocial infanto-juvenil (Brzozowski & Caponi, 2013; Figueira & Caliman, 2014; Zorzanelli et al, 2014).

8. Considerações Finais:

O presente trabalho teve como objetivo, de modo geral, analisar e discutir como o fenômeno da medicalização da vida e, mais especificamente, o diagnóstico psiquiátrico, atravessa o cuidado no campo da saúde mental e atenção psicossocial na infância e na adolescência. Embora se trate de um recorte de experiência - e, portanto, não generalizável, tendo em vista um conjunto de outras experiências vividas no âmbito dos diferentes serviços de saúde -, algumas reflexões e considerações finais são possíveis de serem suscitadas, a partir da temática e das narrativas apresentadas.

Em primeiro lugar, cumpre pensar o quanto certas etapas e processos próprios da aprendizagem e do desenvolvimento na infância e adolescência são esquecidos ou negligenciados e colocados frente ao imaginário e às expectativas da família, escola, serviços de saúde e da sociedade em geral, que comumente esperam que as crianças ou adolescentes não sintam o que sentem ou não se comportem como se comportam (ou como as crianças e os adolescentes que são). Assim, algumas questões esperadas no processo de crescimento e (como momentos de agitação, conflitos, alterações de humor, episódios de tristeza, medos, inseguranças e dificuldades) quando aparecem, muitas das vezes são mal vistas e transformadas em adoecimentos e situações difíceis de lidar, se não por meio de alguma forma de tratamento.

Dito isso, não se pretende negar que as experiências de mal-estar e sofrimento psíquico em crianças e adolescentes obviamente existam e sejam, de fato, manifestadas muitas das vezes através de expressões reais de ansiedade, preocupação, dúvida, pânico, medo, tristeza, dentre outras (Freitas & Amarante, 2017). Contudo, compreendê-las como parte da experiência humana, bem como reconhecer a existência e a dimensão de um sofrimento e buscar aproximar e acolher, sem necessariamente nomear como um transtorno ou classificar, parece ser um caminho possível e efetivo de cuidado em grande parte dos casos.

Isso porque, embora muitas das vezes, um diagnóstico psiquiátrico na infância e adolescência seja um instrumento capaz de abrir portas (para encaminhamento e inserção em diferentes serviços de saúde, por exemplo) e necessário para avaliar e tomar certas condutas no âmbito clínico, por outro também pode ser um instrumento que fecha, tendo em vista os seus impactos/reflexos negativos na subjetividade de crianças, adolescentes e familiares, especialmente quando utilizado indiscriminadamente e feito de modo precoce e estruturado (sem ser reavaliado ao longo do tempo).

Além disso, é importante também refletir que o diagnóstico emerge ainda como parte e uma das (muitas) faces de um fenômeno muito maior e complexo de medicalização e patologização (da vida, do sofrimento e da infância/adolescência), que não se restringe ao âmbito do exercício da

medicina e que é, ao mesmo tempo, de ordem cultural, política, econômica (Freitas & Amarante, 2017) e sanitária. Assim, corriqueiramente, tal fenômeno atravessa os serviços de saúde, bem como nossa atuação enquanto profissionais (muitas das vezes de modo despercebido), sendo difícil de lidar e se tornando um desafio pensar em outros termos ou fora de categorias, se não as convencionadas pelo poder biomédico e científico (ou psiquiátrico, no caso das categorias e classificações nosográficas).

Entretanto, fugir do formalismo psiquiátrico moderno de CID's e DSM's (colocando os sintomas e queixas “entre parêntesis” como procedimento metodológico - tal como proposto por Basaglia) e apostar na dimensão de uma clínica essencialmente ampliada (que tome o fenômeno que se apresenta não como individual ou isolado, mas sim dentro de um contexto maior, familiar, comunitário e social) parece ser uma saída possível, valorizando ainda tecnologias leves de cuidado como o encontro, a escuta, o acolhimento e a relação como essenciais.

No caso de crianças e adolescentes, mais especificamente, cabe também o olhar e a intervenção para as situações que envolvem as dimensões familiar, escolar e de todo os seus entornos de vida como pontos a serem enxergados, analisados, compreendidos e integrados no âmbito clínico. Além disso, quando em contextos e situações em que uma nomenclatura ou laudo se faça necessário (como para acesso a outros serviços e benefícios sociais, por exemplo), é importante que o diagnóstico seja construído a partir de uma escuta cautelosa e sem precipitação, devendo este não ser estruturado de modo duradouro, mas sim repensado e revisado continuamente.

Por fim, cumpre falar que o atual trabalho apresenta em si algumas limitações, como o fato de se tratar de um recorte ou parte de uma experiência/percepção pessoal do autor, não abrangendo, portanto, percepções e opiniões de outros profissionais sobre o assunto, além de não abarcar também a diversidade de experiências, modelos teóricos e categorias diagnósticas em suas especificidades. Tais limitações, contudo, podem se constituir como pontos para reflexões outras e contínuas dentro da temática do diagnóstico na infância e adolescência e das suas interfaces com os estudos sobre a medicalização da vida e o campo da saúde mental e atenção psicossocial infanto-juvenil.

REFERÊNCIAS:

Brzozowski, F. S., & Caponi, S. N. C. (2013). Medicalização dos Desvios de Comportamento na Infância: Aspectos Positivos e Negativos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 33(1), 208-221.

Bondía, J. L. (2002). Notas sobre a experiência e o saber de experiência. *Revista Brasileira de Educação*, nº 19, 20-28.

Carvalho, S. R., Rodrigues, C. O., Costa, F. D., & Andrade, H. S. (2015). Medicalização: uma crítica (im)pertinente? Introdução. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 25(4), 1251-1269.

Campos, R. O., Emerich, B.F., & Ricci, E.C. (2019). Residência Multiprofissional em Saúde Mental: suporte teórico para o percurso formativo. *Interface*, 23:e170813, 1-13.

Da Silva, H., & Ghazzi, M. (2016). Diagnóstico na Infância: Quais as Implicações Possíveis? *Interação em Psicologia*, 20(2), 135-143.

Emerich, B.F., & Onocko-Campos, R. (2019). Formação para o trabalho em Saúde Mental: reflexões a partir das concepções de Sujeito, Coletivo e Instituição. *Interface*, 23: e170521, 1-15.

Emerich, B.F., Onocko-Campos, R.T., Ricci, E.C., & Benetti, Â.S. (2017). Manual do programa de residência multiprofissional em saúde mental. Recuperado em 04 de dezembro, 2021 de https://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/2018/page/manual_do_programa_de_residencia_multiprofissional_em_saude_mental_-_digital.pdf

Figueira, P. L., & Caliman, L. V. (2014) Considerações sobre os movimentos de medicalização da vida. *Psicologia Clínica*,. 26(2), 17-32.

Freitas, F., & Amarante, P. (2017). *Medicalização em Psiquiatria*. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz.

Medicalização. (2021). in *Dicionário Priberam da Língua Portuguesa*. Recuperado em 01, novembro, 2021 de <https://dicionario.priberam.org/medicaliza%C3%A7%C3%A3o>.

Oury, J. (1991). Itinerários de Formação. *Revue Pratique*, nº 1, 42-50.

Silva, L. M., & Canavêz, F. (2017). Medicalização da vida e suas implicações para a clínica psicológica contemporânea. *Revista Subjetividades*, 17(3), 117-129.

Zorzanelli, R. T., Ortega, F., & Bezerra-Júnior, B. (2014). Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(6), 1859-1868.