

CONSIDERAÇÕES SOBRE A PRESCRIÇÃO DE PSICOFÁRMACOS NA PRIMEIRA INFÂNCIA: O CASO DA DEPRESSÃO INFANTIL

CONSIDERACIONES SOBRE LA PRESCRIPCIÓN DE PSICOFÁRMACOS EN LA PRIMERA INFANCIA: EL CASO DE LA DEPRESIÓN INFANTIL

CONSIDERATIONS ON THE PRESCRIPTION OF PSYCHODRUGS IN EARLY CHILDHOOD: THE CASE OF CHILDHOOD DEPRESSION

Sandra CAPONI¹

RESUMO: Tomando como ponto de partida os motores para modelar pessoas propostos por Ian Hacking, analiso os motores envolvidos na definição de depressão infantil. Considero as classificações psiquiátricas, as escalas psicométricas, a hipótese de desequilíbrio neuroquímico, em particular o déficit de serotonina, bem como a suposta eficácia e efeitos adversos de antidepressivos como os Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (ISRS) (*Selective serotonin reuptake inhibitors* SSRIs). Argumento que estas estratégias induzem uma transformação completa na forma como as crianças pensam sobre si mesmas, causando um efeito looping na forma como definem o seu self, suas emoções e seus comportamentos, ao mesmo tempo que silenciam as causas sociais dos sofrimentos.

PALAVRAS-CHAVE: Depressão. Infância. Antidepressivos. DSM. Causas sociais.

RESUMEN: Tomando como punto de partida los motores para modelar a las personas propuestos por Ian Hacking, analizo los motores que intervienen en la definición de la depresión infantil. Considero las clasificaciones psiquiátricas, las escalas psicométricas, la hipótesis del desequilibrio neuroquímico, en particular el déficit de serotonina, así como la supuesta eficacia y los efectos adversos de los antidepressivos, como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS). Sostengo que estas estrategias inducen una transformación completa en la forma en que los niños piensan sobre sí mismos, provocando un efecto de bucle en la forma en que definen su yo, sus emociones y sus comportamientos, al tiempo que silencian las causas sociales de los sufrimientos.

PALABRAS CLAVE: Depresión. Infancia. Antidepressivos. DSM. Causas sociales.

¹ Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis – SC – Brasil. Departamento de Sociologia e Ciência Política. Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política (PPGSP) e Núcleo de Sociologia e história das Ciências da saúde (NESFhIS). ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8180-944X>. E-mail: sandracaponi@gmail.com



ABSTRACT: *Taking as a starting point the motors for modeling people proposed by Ian Hacking, I analyze the motors involved in the definition of childhood depression. I consider psychiatric classifications, psychometric scales, the neurochemical imbalance hypothesis, particularly serotonin deficits, as well as the supposed efficacy and adverse effects of antidepressants, such as selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs). I argue that these strategies induce a complete transformation in the way children think of themselves, causing a loop effect in the way they define their self, emotions, and behaviors, while silencing the social causes of suffering.*

KEYWORDS: *Depression. Childhood. Antidepressants. DSM. Social causes.*

Introdução

Cotidianamente observamos nos meios de comunicação, nas escolas, nas relações familiares e nas redes sociais, de que modo se naturalizou esse processo pelo qual emoções e comportamentos próprios da infância, que até pouco tempo atrás eram considerados normais, passaram a ser considerados como patologias psiquiátricas que podem ser diagnosticadas de acordo aos parâmetros de normalidade e desvio estabelecidos por Manuais de Diagnóstico como o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) ou a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10). Assim, qualquer desvio da suposta normalidade será apresentado como uma doença, afirmando-se que, do mesmo modo que qualquer doença orgânica cuja causa biológica já é conhecida, ela deverá ser tratada com intervenções médico-farmacológicas. Difundiu-se assim a prescrição de psicofármacos na primeira infância como um fato natural, argumentando-se que desse modo seria possível evitar a cronificação de uma patologia psiquiátrica irreversível na vida adulta.

Afirma-se, frequentemente, que esse aumento no número de diagnósticos se deve à aparição de mecanismos de identificação das doenças mais apurados que teriam possibilitado a detecção de sintomas subclínicos, que antes passavam desapercibidos na primeira infância, agora detectáveis a partir de testes e escalas psicométricas cada vez mais precisos. Esta perspectiva de análise, hoje hegemônica, ao mesmo tempo que despolitiza o sofrimento psíquico, ignorando os contextos sociais que provocam tristeza e desamparo, afirma que sempre existiram crianças com transtornos mentais, mas que só agora contamos com os avanços científicos que permitem identificar os sintomas de uma doença psiquiátrica que pode vir a causar um desenvolvimento anormal.

Autores provenientes do campo da psiquiatria crítica como Sami Timimi (2021; 2018) ou Allen Horwitz (2002) e cientistas sociais como Nicolas Rose (2019) e James Davis (2021), dentre outros, têm mostrado a debilidade de esse modelo explicativo baseado em categorias



médicas. Eles insistem nas escassas ou nulas evidências existentes sobre as supostas causas neuroquímicas que explicariam a origem desses transtornos mentais.

Timimi (2018), por exemplo, considera que existem outras duas possibilidades para explicar o dramático aumento de transtornos mentais na infância. A primeira é que, de fato é possível afirmar que existe um incremento real de sofrimentos psíquicos e de comportamentos socialmente indesejados na infância, mas que esse incremento estaria vinculado a mudanças sociais, econômicas e ambientais decorrentes das exigências e do espírito de concorrência próprio das sociedades neoliberais, cujos impactos diretos na forma de organizar a vida familiar e individual, foi bem estudado por autores como Christian Laval e Pierre Dardot (2016). A segunda possibilidade refere-se a uma mudança social no modo como administramos e gerimos nossas emoções e conseqüentemente, ao modo como nos vinculamos com as emoções e os comportamentos das crianças. Isso ocorre quando, pais e professores, transformam sentimentos de tristeza ou frustração, ou comportamentos indesejados de seus filhos, em problemas médicos.

Timimi (2018) entende que essas duas possibilidades, o aumento de sofrimentos psíquicos na infância, e a mudança no modo de nomear os sentimentos utilizando categorias médicas e de diagnóstico, não são excludentes, mas interatuam como duas fases de um mesmo fenômeno. Podemos dizer que atualmente, certas mudanças culturais e ambientais produzem o aumento de certos problemas emocionais e condutais na infância, mudando nossa percepção sobre a saúde mental de crianças e adolescentes. Lamentavelmente essa nova percepção privilegia uma abordagem médica dos sofrimentos, emoções e comportamentos, modificando nosso modo de gerir os conflitos e nossa práticas cotidianas de educação e cuidado. Essas modificações provocadas pela medicalização dos sofrimentos cotidianos, contribui, por sua vez, para criar novos problemas de saúde no domínio da infância (TIMIMI, 2018).

A iteração entre o modo como designamos os sujeitos e a o processo de subjetivação pode ser explorada a partir do que Ian Hacking (2007) denomina de *looping effect*. Ele dirá que para entender a verdadeira dimensão dessa interação entre o modo como denominamos as emoções e os comportamentos e o processo de construção da subjetividade é preciso situar um elemento chave entre o nome que damos às pessoas classificadas, neste caso às crianças, e os processos de subjetivação vinculados a esses nomes. Hacking (2007) considera que para que uma categoria, em nosso caso um diagnóstico, possa produzir efeitos nos sujeitos classificados é preciso contar com a mediação de um terceiro elemento, aqueles que são considerados como “expertos”, em saúde, educação ou desenvolvimento infantil.



Sabemos que, quando classificamos pessoas, quando lhes atribuímos um diagnóstico, inevitavelmente haverá consequências para esses sujeitos. Isto significa que, criar classificações, definir “tipos de gente”, implica necessariamente criar uma relação interativa. Mas, para que um nome ou uma categoria possa iniciar seu trabalho de criação (HACKING, 2006) resulta necessário, em primeiro lugar, que aquele que fala, aquele que enuncia uma classificação ou um diagnóstico, aquele que nos situa no interior dessa ou daquela categoria, esteja imbuído de um certo poder ou reconhecimento. Será necessário que exista certa autoridade conferida ao sujeito de enunciação, uma autoridade conferida por determinadas instituições, como por exemplo, a escola, o saber médico ou os saberes psi.

De modo que, para que uma classificação possa ter algum efeito sobre os sujeitos classificados existem pelo menos cinco variáveis que estão em jogo: (1) as pessoas situadas no interior da categoria, em nosso caso, as crianças identificadas com a categoria de depressão infantil; (2) a categoria depressão infantil que aparecerá com força nos anos 1990; (3) os peritos, (educadores, psicólogos, psiquiatras, pedagogos, neurologistas ou pediatras) capazes de classificar essas crianças como sendo depressivas; esses peritos devem estar situados em (4) instituições como escolas, hospitais, centros de saúde, etc. Essas instituições devem edificar suas classificações a partir de um certo tipo de (5) conhecimento (HACKING, 2007), construído a partir de testes, escalas de medição, curvas de normalidade e desvio, que permita diferenciar uma criança depressiva de uma criança não depressiva. Para esses peritos, hoje esse conhecimento se encontra definido de maneira objetiva no CID-10 e no DSM-5 (APA, 2013).

Nos últimos 20 anos, foi crescendo a importância dos saberes expertos no domínio da infância. Cada vez com maior frequência os pais, familiares e professores recorrem aos “expertos” para orientá-los na gestão dos processos de desenvolvimento e de educação das crianças. De acordo com Timimi (2018, p. 2, tradução nossa):

Parece-me que profissionalizamos o processo de crescimento a tal ponto que muitos pais e outros adultos em posições de cuidados (tais como professores) têm medo de intervir ativamente para orientar as crianças a seus cuidados. Eles podem sentir que precisam de um “especialista” para melhor compreenderem o que é o mais correto a fazer com seus filhos.

Pelos saberes expertos, as crianças são medidas, comparadas e classificadas por a partir de normas e pautas pré-definidas. Embora não seja possível afirmar que existem dois modos idênticos de construir classes de sujeitos, é possível identificar certas estratégias que esses saberes expertos utilizam para criar categorias de pessoas. Hacking (2006, 2007) deu a esse



conjunto de estratégias o nome de “motores para modelar pessoas” (HACKING, 2006, p 12; 2007, p. 14, tradução nossa).

Esses motores são descritos como: (1) Contar; (2) Quantificar; (3) Criar normas; (4) estabelecer correlações; (5) medicalizar; (6) biologizar; (7) transformar em genético; (8) Normalizar; (9) burocratizar; (10) reivindicar a identidade.

Os quatro primeiros são motores de identificação e os quatro últimos são motores de intervenção, sendo o último um motor de subjetivação, aquele que se refere a (10) reivindicar a identidade. Ainda que, no momento de atribuir um diagnóstico a uma determinada criança os motores de identificação precedem os motores de intervenção, é preciso destacar que a construção histórica do diagnóstico de depressão infantil surgiu como consequência de uma inversão explicativa: foi a partir da aparição de um antidepressivo que podia ser considerado apto para consumo na infância, isto é, da preexistência dos motores de intervenção, que a categoria diagnóstica foi consolidada e difundida. Quando nos referimos, particularmente, ao diagnóstico de depressão infantil, e situamos essa categoria na rede de expertos vinculados à psiquiatria biológica hegemônica, veremos que a estratégia privilegiada de normalização de comportamentos será a prescrição de um antidepressivo. Pois a partir da aparição de um tipo de antidepressivo, os Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (ISRS), particularmente a partir da aparição do Prozac, o diagnóstico de depressão infantil passou a configurar-se como uma categoria médica cada vez mais difundida no campo da infância. Vemos que os motores de descoberta apresentados por Hacking (2006) aparecem distribuídos de modo muito peculiar quando nos referimos à categoria de depressão infantil.

Por outra parte, e considerando os efeitos colaterais graves dos antidepressivos na infância, assim como a insistente afirmação de que quadro de depressão acompanhará à criança ao longo de toda sua vida, parece inevitável imaginar que, tanto a enunciação do diagnóstico como o uso de fármacos, constituem severas limitações para a criação de um processo de subjetivação capaz de se opor ou de resistir a essa atribuição de identidade.

Os motores de identificação na depressão infantil

A depressão como um transtorno de humor em adultos é uma velha conhecida que aparece nos Manuais de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais referenciada, de um ou outro modo, desde 1952 (APA, 1952). No entanto a depressão infantil no campo da psiquiatria tem um momento histórico de nascimento, que é muito recente.



No DSM-3 de 1980 (APA, 1980), não existe nenhuma referência à depressão infantil; porém no DSM-IV (APA, 1994) se ampliam os sintomas antes apresentados para os adultos, também para as crianças. Será somente no ano 2013, no DSM-5 (APA, 2013), que o diagnóstico aparece com algumas características que o diferenciam do diagnóstico em adultos sob a denominação de Transtorno Disruptivo de Desregulação do Humor.

Para o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais-5º, o transtorno disruptivo de desregulação do humor é um novo diagnóstico referente à apresentação de crianças com irritabilidade persistente e episódios frequentes de descontrole comportamental. Essas características são referentes aos transtornos depressivos em crianças de 6 até 12 anos de idade (FERNANDEZ LIMA; SCHÜNKE; MOSMANN, 2020, p. 56).

A partir desse momento se repetirá, uma e outra vez, que os altos índices de depressão infantil encontrados pelos estudos nacionais e internacionais, justificam a necessidade de pesquisas que avaliem com maior precisão a depressão em crianças. Nesse mesmo sentido o site do Instituto de Psiquiatria do Desenvolvimento para a Infância e Adolescência (INPD) afirma que existem sintomas que diferenciam a depressão em adultos e crianças, eles são: “irritação exagerada, queda no rendimento escolar e retraimento social” (INPD, 2021, [n.d.]). Os mesmos sintomas identificados como centrais pelos expertos no campo da psiquiatria, reaparecem no campo da pediatria, defendendo a atribuição desse diagnóstico também a crianças muito pequenas, em idade pré-escolar.

Em crianças pré-escolares (menores de seis anos), a manifestação clínica mais comum é representada pelos sintomas físicos, tais como dores (principalmente de cabeça e abdominais), fadiga e tontura. Goodyer cita que aproximadamente 70% dos casos de depressão maior em crianças apresentam queixas físicas. As queixas de sintomas físicos são seguidas por ansiedade (especialmente ansiedade de separação), fobias, agitação psicomotora ou hiperatividade, irritabilidade, diminuição do apetite e alterações do sono (BAHLS, 2002, p. 260).

Podemos imaginar que a perda do prazer de brincar, as dificuldades na escola, as alterações de sono e apetite, a agitação, podem ser simples manifestações do fato de que essas pequenas crianças, com dificuldade para verbalizar suas emoções, podem estar passando por situações adversas, tais como, abuso sexual, isolamento, bullying, abandono parental, ser objeto de racismo, sentir tristeza por dificuldades que a família está atravessando, ou problemas de relacionamento com familiares e amigos.

A literatura do campo da psiquiatria, da medicina e da pedagogia, áreas que participam diretamente no processo de construção do diagnóstico de depressão na infância, por muito tempo sustentaram que a depressão só podia ocorrer em adultos. Posteriormente, se começou a



falar de depressão em adolescentes, a seguir de depressão de crianças em idade escolar, e nos últimos anos, começa a aparecer timidamente a literatura dedicada a falar da depressão em crianças menores de 6 anos, isto é, em idade pré-escolar. Ainda são poucos os estudos dedicados a essa faixa etária, como bem apontam Mariana Rangel Pande, Paulo Duarte de Carvalho Amarante e Tatiana Wargas de Faria Baptista (2020). Porém, a atribuição de diagnósticos ou a prescrição de psicofármacos na primeira infância parece ser um fato mais frequente do que mostra a literatura. Por exemplo, o trabalho de Joan Luby, publicado em 2010, *Preschool Depression: The Importance of Identification of Depression Early in Development*, aponta o que considera como um grave erro da psiquiatria e da psicologia. O erro é que eles não se ocuparam antes de identificar a existência de depressão em crianças muito pequenas, crianças de dois e três anos. Para Luby (2010, p. 91, tradução nossa): “A continuidade longitudinal da depressão pré-escolar até a idade escolar foi estabelecida, sugerindo que a depressão pré-escolar é uma manifestação precoce do transtorno infantil posterior”.

Esses argumentos são incansavelmente repetidos para justificar a identificação de patologias psiquiátricas na infância, embora existam múltiplas referências a que a psiquiatrização precoce de problemas de comportamento ou emocionais, pode vir a ser a porta de entrada de uma sucessão de novos diagnósticos psiquiátricos a ser tratados com novos fármacos. Isso é o que aparece retratado no estudo analisado por Pande, Amarante e Baptista (2020) no texto “Este ilustre desconhecido”. A pesquisa de Silva *et al*, ali referenciada parece indicar que é necessário ter muita cautela quando afirmamos que a identificação precoce é uma estratégia protetora para a vida das crianças. Lemos ali que:

Foram analisados 348 prontuários de um serviço de saúde no Rio Grande do Sul, entre 1998 e 2008. O estudo demonstrou que as crianças (em idade pré-escolar) que faziam uso dos medicamentos permaneciam por mais tempo em atendimento no serviço, e tinham menos registros de alta e melhora do que aquelas somente em psicoterapia. Identificou também que, com o passar dos anos, diminuiu o número de crianças que ingressaram ao serviço, mas aumentou o número daquelas medicadas (PANDE; AMARANTE; BAPTISTA, 2020, p. 2307).

Esse estudo indica que não parece ser tão efetivo antecipar e diagnosticar uma criança na primeira infância, pois elas podem permanecer mais tempo com o diagnóstico e, conseqüentemente, mais tempo utilizando antidepressivos. Por outra parte, parece ser difícil separar este novo diagnóstico de outras doenças psiquiátricas prevalentes na infância. Existem superposições, comorbidades e diagnósticos múltiplos, um fato que parece inevitável quando consideramos a semelhança dos sintomas que definem quadros psiquiátricos na infância, tais



como o Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH), ansiedade, depressão, e o Transtorno Opositor Desafiador (TOD) ou depressão infantil.

Assistimos assim a uma verdadeira inflação diagnóstica no campo da infância. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) até 20% de crianças e adolescentes apresentam doenças mentais incapacitantes no mundo. No Brasil os dados são semelhantes, “um documento do Ministério da Saúde de 2005 revelou que entre 10 e 20% de crianças e adolescentes sofreriam de transtornos mentais e, dentre estes, de 3 a 4% precisariam de tratamento intensivo” (PANDE; AMARANTE; BAPTISTA, 2020, p. 2306). Um fato que se agravou severamente quando se aproxima o fim da pandemia.

Fala-se da necessidade de identificar a depressão na primeira infância porque se dirá que essa é uma doença que afeta diretamente o cérebro e que pode interferir no desenvolvimento. Porém, a psiquiatrização precoce de problemas de comportamento ou emocionais parece ser a porta de entrada de uma sucessão de novos diagnósticos psiquiátricos, que serão tratados com novos fármacos.

Vemos assim que o ponto de partida dos motores de identificação é a criação das normas definida pelos DSM. A partir desses diagnósticos se procederá a contar os casos, insistindo na importância de realizar uma detecção precoce, cada vez mais cedo, apresentando números alarmantes do impacto que seria na adolescência e na sua vida adulta, deixar de intervir e tratar as crianças. Por exemplo, o site da Sociedade Brasileira de Pediatria, informa em 2019, que: “Embora a prevalência real da depressão infantil ainda seja desconhecida no Brasil, estima-se que a doença está se tornando um problema de saúde pública, pois dados de tentativas ou consumação de suicídios têm aumentado na adolescência e em idade cada vez mais precoce”. (SBP, 2019, [n.d.]).

Argumentos como esse levam a criar uma verdadeira indústria de identificação de casos de depressão infantil cada vez mais precoce. Pois, se dirá que de esse modo se poderá evitar ou antecipar a ocorrência de tentativas de suicídio na adolescência. Nesse contexto de alarma, os esforços por enumerar (contar) a quantidade de crianças que supostamente padecem de transtornos psiquiátricos na primeira infância, se multiplicou na literatura ao longo dos últimos 10 anos, apresentando dados e estudos realizados com crianças cada vez mais jovens. Por exemplo:

No estudo coorte de nascimento realizado em Pelotas no Rio Grande do Sul, com o intuito de investigar o início precoce de transtornos psiquiátricos em 2004, 4.231 bebês foram avaliados, juntamente com suas mães, nas primeiras 24 horas de vida. [...] 3.585 crianças (84,7% das crianças de coorte originais) foram reavaliadas quanto tinham 6 e 7 anos de idade. A prevalência de



transtornos mentais foi de 13,2%, e os quadros mais frequentes foram os transtornos de ansiedade, *déficit* de atenção/hiperatividade, o transtorno opositivo desafiador ou de conduta o transtorno depressivo. Sendo 17% apresentavam alguma comorbidade (FERNANDES LIMA; SCHÜNKE; MOSMANN, 2020, p. 55).

Se analisamos esses dados a partir dos motores para modelar pessoas, propostos por Hacking (2006), veremos que para poder contar os casos (motor 1) e estabelecer correlações (motor 4), a partir da definição de um conjunto de normas (motor 3), será preciso proceder a quantificar (motor 2) essas normas que foram definidas pelo DSM, a partir de certos instrumentos específicos. Esse segundo motor, a quantificação, transformou-se num verdadeiro campo de batalha para construir e validar instrumentos de avaliação da depressão infantil.

Assim, um conjunto de estratégias psicométricas de avaliação foi construída, cabendo aos países periféricos, como Brasil e outros países de América Latina, limitar-se a realizar o processo de validação dos testes e escalas realizadas nos centros de pesquisa internacionalmente reconhecidos. Desconsidera-se o fato que esses testes e essas escalas, foram criados em contextos sociais e culturais que pouco ou nada tem a ver com o dia a dia das crianças brasileiras ou latino-americanas. Ao mesmo tempo, proliferaram estudos que se dedicaram a mostrar as sutis diferenças existentes entre as escalas de avaliação para depressão em adultos e crianças.

Existem inventários ou escalas de avaliação realizados por profissionais da saúde ou da educação e inventários de autoavaliação. A escala de autoavaliação mais utilizada em contextos educacionais e de saúde é a *Children's Depression Inventory (CDI) I e II (CDI.II, 2022)*, considerado como o instrumento mais comum na identificação de sintomas depressivos na infância e cuja aplicação tem um tempo estabelecido entre 5 e 15 minutos. Esse é o primeiro instrumento elaborado para estudar os sintomas de depressão na infância, foi proposto por Maria Kovacs em 1979, e se utiliza até hoje. Essa escala de autoavaliação conta com 27 itens e está destinada a identificar os sintomas de depressão em crianças em idade escolar, o objetivo dessa padronização não se limita à realização de estudos epidemiológicos, populacionais e comparativos entre diferentes países, eles têm uma pretensão clínica muito clara, chegando a ser considerada como a melhor estratégia para realizar um diagnóstico de depressão infantil. Para muitos profissionais da área de educação e do campo psi, “as avaliações objetivas, como questionários, escalas de autoavaliação e inventários, são instrumentos mais aplicados e são preferidos em relação às entrevistas clínicas” (CRUVINEL; BORUCHOVITCH; SANTOS, 2008, p. 472).

Existem diversos trabalhos que se dedicaram a validar as escalas de avaliação de depressão infantil internacionais no Brasil, como por exemplo, o *Inventário de depressão*



infantil - CDI: estudo de adaptação com escolares de João Pessoa (GOUVEIA *et al.*, 1995) ou *Escala de Avaliação de Depressão para Crianças* (BARBOSA *et al.*, 1997). Porém, esses e outros trabalhos semelhantes compartilham preocupações exclusivamente técnicas. Os problemas apresentados para escolher uma ou outra escala de avaliação são de ordem exclusivamente quantitativa e estatística. Indicam-se dados tais como os fatores de risco, ponto de corte, análise fatorial exploratória e de consistência interna, variáveis envolvidas, mas nada se fala sobre o mundo ou sobre o contexto de vida das crianças. A preocupação está em oferecer testes e instrumentos cada vez mais apurados do ponto de vista estatístico, que garantam sua adequação às diferentes etapas de vida de um indivíduo, desde a infância até a vida adulta. Referindo-se à depressão em idade pré-escolar Joan Luby (2010, p. 92, tradução nossa), argumenta que:

Um avanço importante que levou a essa descoberta (da depressão na primeira infância), foi o desenvolvimento de entrevistas psiquiátricas apropriadas para a idade, que podem avaliar os sintomas depressivos da forma como se manifestariam em uma criança pequena, em oposição à forma como se manifestariam em um adulto. Essas chamadas “traduções de sintomas ajustados à idade” são a chave para capturar a depressão e outros transtornos mentais em crianças pequenas.

A adaptação dos instrumentos de avaliação para depressão infantil internacionalmente utilizados para diferentes países e para diferentes faixas etárias é considerada, por muitos, como sendo a estratégia fundamental de identificação, para definir o diagnóstico.

No caso concreto da validação de testes para depressão infantil em alunos da pré-escola, a literatura aponta algumas dificuldades para aplicar escalas de autoavaliação, considerando que crianças muito pequenas podem ter dificuldade para entender o responder algumas perguntas. A solução encontrada pelos pesquisadores foi utilizar escalas de avaliação externas. Um estudo elaborado por Andriola e Cavalcante (1999) que é amplamente referenciado na literatura sobre depressão infantil, propõe transformar o instrumento CDI, para que ele possa ser respondido, já não pelos alunos de pré-escola, mas sim por seus professores. O instrumento proposto contava com 22 itens e cada uma das professoras devia escolher cinco ou seis alunos, de acordo a um critério muito ambíguo como alunos próximos à professora (ANDRIOLA, CAVALCANTE, 1999), para garantir respostas mais fidedignas. A amostra foi composta de 345 crianças pré-escolares da cidade de Fortaleza (CE), com idade média de 5 anos, sendo em sua maioria meninas. Para que a avaliação possa ser considerada fidedigna os autores afirmam que pelo menos uma suposição tem que ser feita: “a variável medida (depressão) pode ser

dicotomizada, isto é, os sujeitos têm depressão ou não” (ANDRIOLA; CAVALCANTE, 1999, [n.d.]) Após a aplicação desse instrumento os pesquisadores concluíram que:

O dado de que 3,9% das crianças em idade pré-escolar, na cidade de Fortaleza, possuem prevalência à depressão, está na mesma faixa percentual encontrada pelos estudos da *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* (1996), cujos valores flutuaram entre três e seis por cento. [...] Esses dados destacam a importância que assume o diagnóstico da depressão infantil, pois segundo a *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, sem a ajuda necessária, danos graves podem vir a ocorrer na vida da criança, comprometendo a sua autoestima, o desempenho escolar e os relacionamentos pessoais (ANDRIOLA; CAVALCANTE, 1999, p. 6).

Por fim, o que é que os autores propõem como sendo uma intervenção necessária, dado esse número elevado de casos de depressão em alunos de pré-escola que parecem ter identificado? Bem, a solução proposta para esse complexo problema estatístico e matemático proposto pelos autores, não será outra que farmacológica.

Ocorre que, quando a criança não é tratada a tempo, poderá desenvolver padrões de comportamento que se tornam resistentes a mudanças. Em casos específicos, quando a criança apresenta um quadro de certa gravidade. Recomenda-se tratamento medicamentoso e/ou psicoterápico, devido, principalmente à presença de comportamentos e/ou pensamentos ligados ao suicídio. (AMARAL; BARBOSA, 1990 apud ANDRIOLA; CAVALCANTE, 1999, p. 3).

Passamos assim dos motores de identificação aos motores de intervenção, que se centram, em sua grande maioria, em intervenções terapêuticas psicofarmacológicas.

Os motores de intervenção na depressão infantil

O marketing centrado na divulgação do diagnóstico de depressão infantil, apresenta uma e outra vez um mesmo argumento: “Ao contrário do que muitos pensam, criança também sofre de depressão”. Afirma-se que a depressão, que sempre pareceu um mal exclusivo dos adultos, hoje em dia afeta muitas crianças e adolescentes no mundo e que é necessário identificar precocemente a depressão infantil para prevenir problemas futuros pois deve considerar-se como um precursor da depressão adulta.

Como já foi dito, os psiquiatras começaram a prescrever fluoxetina inicialmente aos adultos, logo aos adolescentes menores de 18 anos e, finalmente, “começaram a experimentar a prescrição de ISRS em crianças, incitando às empresas farmacêuticas a promover produtos destinados à infância, como uma versão líquida de Prozac para permitir a prescrição de doses inferiores à capsula padrão de 20 miligramas” (TIMIMI, 2021, p. 83, tradução nossa). Desse

modo entre os anos 1992 e 2001 tanto nos Estados Unidos quanto na Inglaterra as prescrições a crianças e adolescentes aumentaram dez vezes, independente de existir ou não autorização da *U.S. Food and Drug Administration (FDA)* para uso dessa droga na infância. Nesse mesmo período a indústria farmacêutica patrocinou pesquisas para verificar a eficácia da droga no tratamento de crianças.

Entre os ISRSs a fluoxetina é o único agente aprovado pela *Food and Drug Administration (FDA)* para uso na depressão em crianças a partir dos 8 anos de idade. É considerada a medicação de primeira escolha para tratar crianças e adolescentes com depressão por sua eficácia e sua segurança comprovadas (CURATOLO; BRASIL, 2005, p. 173).

O argumento para a rápida difusão dos ISRS, está dado pela hipótese serotoninica da depressão, a ideia de que existiria um desequilíbrio nos neurotransmissores, mais especificamente um déficit de serotonina, que poderia ser restabelecido com o medicamento. A referência ao modelo médico, mas particularmente a um desequilíbrio neuroquímico, e a insistência em que a depressão na infância é uma doença que pode ser curada com um fármaco, constitui o eixo em torno do qual se constroem os modelos de intervenção na depressão infantil, mesmo que essa hipótese de uma causa biológica (neuroquímica) da depressão, não tenha sido demonstrada.

Autores como Robert Whitaker (2015), Peter Gotszche (2016) e Sami Timimi (2021), centraram seus trabalhos nas contradições existentes nas publicações científicas dedicadas a avaliar os efeitos adversos dos antidepressivos, particularmente em crianças, e os estudos duplo cego que mostraram a pouca eficácia dos antidepressivos quando são comparados ao uso de placebo.

Quando saíram ao mercado o Prozac e outros ISRS, qualificados como miraculosos, se disparou a prescrição de antidepressivos em crianças. A porcentagem de crianças medicadas com esses fármacos triplicou-se entre 1988 e 1999, no ano 2002 um de cada 40 crianças tomava antidepressivos nos EEUU (WHITAKER, 2015, p. 279).

De acordo com Gotszche (2016) esse aumento se deveu a uma imensa campanha de marketing, sustentada em publicações científicas que tinham ocultado a realidade dos dados das pesquisas. Os efeitos adversos eram subestimados ou omitidos exaltando supostos benefícios não comprovados. Perante a aparição desses estudos a FDA aprovou o uso de Prozac na infância, porém, pouco mais tarde começaram a aparecer cada vez mais evidências de casos de crianças que se suicidaram ou tiveram ideações suicidas.



As críticas e as denúncias sobre os efeitos adversos dos antidepressivos no campo da infância se multiplicaram rapidamente. Alguns estudos, como o “Estudo 329” publicado no ano 2001 e analisado por Peter Gotszche (2016), em *Psicofármacos que matam y denegación organizada*, foi financiado pelo laboratório *Glaxo Smith and Klein*. Esse estudo afirmava que a paroxetina (Paxil), um ISRS era bem tolerado em adolescentes, estudos posteriores realizados sobre esses mesmos dados evidenciaram que de fato o resultado tinha sido fraudado e que não existia diferença entre o grupo que utilizou a droga e o grupo que utilizou Placebo (GOTSZCHE, 2016). Outras falsas alegações foram descobertas nesse período e foram retratadas em um documentário da BBC de Londres, denominado *Panorana* que atingiu uma enorme difusão. No livro *Insaine Medecine*, Timimi (2021) comenta que depois de exibido o documentário, a BBC recebeu milhares de ligações de pacientes que afirmavam sentir os efeitos colaterais descritos, ansiedade, impulsos agressivos e sentimentos suicidas, depois de tomar antidepressivos. Perante essas informações no ano 2003 o Reino Unido emitiu novas orientações aos médicos afirmando que os antidepressivos não deviam ser prescritos para crianças menores de 18 anos, um fato que conseguiu diminuir a prescrição por um período. Voltando, pouco tempo depois, aos parâmetros anteriores de prescrição e consumo.

Nos Estados Unidos ocorreu um movimento semelhante, as críticas foram acumulando-se, até que no ano 2004 a FDA emitiu um comunicado conhecido como “alerta de caixa preta”, um aviso que deveria ser apresentado em fundo preto, com o cabeçalho em maiúscula e texto impresso com letras em negrito. Essa faixa deveria estar presente na ordem de prescrição da medicação, indicando que o medicamento tem efeitos colaterais graves, neste caso concreto trata-se de divulgar o risco que o medicamento apresenta para incitação ao suicídio, ou ideias suicidas, quando prescrito para crianças e adolescentes menores de 18 anos. O comunicado “alerta de caixa preta” surgiu como resposta a um estudo realizado por nove empresas farmacêuticas que concluiu que o tratamento com ISRS duplicava o risco de suicídio em crianças, quando comparados com o grupo que recebeu placebo. Outras evidências contrárias à eficácia do uso de antidepressivos na infância se acumularam nos últimos anos. Recentemente, Peter Gotszche (2021) apresentou uma meta-análise mostrando que existiam evidências consistentes de efeitos colaterais graves dos antidepressivos em crianças medicadas com ISRS, destacando seus efeitos viciantes e incapacitantes, e reiterando que os ISRS podem ser a causa do aumento de suicídios em crianças.

Apesar das evidências acumuladas os antidepressivos continuam sendo prescritos para adolescentes, crianças em idade escolar, e crianças em idade pré-escolar, em todo o mundo.



No caso concreto de Brasil é possível observar uma verdadeira publicidade encoberta dos antidepressivos para a infância e a primeira infância, com permanentes alertas dirigidos aos pais sobre o risco que implicaria não diagnosticar e tratar precocemente a doença. Mesmo que não existam publicações científicas sobre a prescrição de antidepressivos na primeira infância, o tratamento preconizado está centrado na conjunção entre terapia comportamental e drogas psiquiátricas, afirmando que os ISRS permitem reestabelecer o equilíbrio alterado dos neurotransmissores, particularmente da serotonina. Um dos exemplos dessa indicação aparece no artigo “Depressão na infância: peculiaridades no diagnóstico e tratamento farmacológico”:

Os antidepressivos inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRSs) atualmente são considerados os agentes de primeira escolha no tratamento da depressão na criança. Esses agentes são prescritos com mais frequência em virtude de sua eficácia comprovada nessa população, assim como pelo seu perfil mais favorável de efeitos adversos (CURATOLO; BRASIL, 2005, p. 172).

Considerações finais

Observamos assim os motores que participam na descoberta da depressão infantil: a normalização, pela definição do diagnóstico; a biologização, pela identificação com a aplicação de escalas psicométricas; a cerebralização, pela construção da hipótese do desequilíbrio neuroquímico, neste caso déficit de serotonina; a farmacologização, pela suposta eficácia dos Inibidores Seletivos de Recaptação da Serotonina (ISRS). Essas estratégias induzem uma completa transformação do modo como a criança se pensa a si mesma, provocando um efeito looping no modo de definir seu *self*, suas emoções e comportamentos. Esse efeito looping nunca é unívoco, pode levar à que a criança se identifique com o rótulo, traduzindo sua tristeza em termos médicos e considerando-se doente ou pode fazer que essa criança tenha uma reação de não reconhecimento de si como depressivo enunciando aquelas situações que provocaram o sofrimento, situações como bullying, racismo, sexismo ou abuso moral ou sexual, fatos que uma vez enunciados permitirão entender suas emoções em um contexto não médico e desse modo politizar o sofrimentos.

Como já foi dito, as classificações, uma vez integradas à vida dos indivíduos, modificam o modo como eles se observam a si mesmos. Certamente existem múltiplas formas de interação entre o sujeito e a classificação, porém, quando se trata de crianças e ainda mais de crianças em idade pré-escolar, uma vez definido o diagnóstico de depressão, elas se verão forçadas a participar de um ritual de identificação, justamente porque existem instâncias de burocratização (motor 9), que operam em âmbitos como a escola, a família ou as redes de assistência social,



instâncias que levarão a criança a pensar seu sofrimento em termos biológicos, como uma doença que deve ser tratada com um fármaco. Esse processo de identificação pode criar um rótulo e um estigma de doente mental em crianças que estão vivenciando situações de profunda tristeza por contextos de vida adversos, que serão silenciados e permanecerão inalterados a partir do momento que o sofrimento se individualiza, se biologiza e se medicaliza.

Limitar-se a contar sintomas a partir de escalas psicométricas que definem que o é normal e o que é patológico de acordo aos critérios estabelecidos pela APA, pode levar a silenciar os problemas reais e a naturalizar situações de violência, abuso, racismo, extrema pobreza, solidão ou bullying. Pois, como já foi dito, nessas escalas não existe espaço para deter-se nos relatos da vida das crianças.

O nome que damos às pessoas, neste caso o diagnóstico de depressão infantil, pode ter um impacto decisivo no modo como cada indivíduo se constitui como sujeito (motor 10). Por essa razão, parece ser cada vez mais necessário politizar o sofrimento psíquico e pensar nas dificuldades individuais e nos problemas sociais que estão implícitos na utilização dessa tecnologia de atribuição de identidades que leva a desconsiderar o conteúdo da queixa dos pacientes e a registrar somente aquilo que foi definido a priori como relevante pelas escalas de avaliação.

AGRADECIMENTOS: O presente trabalho foi financiado com recursos do projeto CAPES/Cofecub: *Os saberes expertos no domínio da infância*.

REFERÊNCIAS

APA. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-1)**. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 1952.

APA. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition (DSM-III)**. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 1980.

APA. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV)**. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 1994.

APA. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)**. Arlington. Arlington: American Psychiatric Association, 2013.

ANDRIOLA, W. B.; CAVALCANTE, L. R. Avaliação da depressão infantil em alunos da pré-escola. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 12, n. 2, 1999. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/prc/a/6RZ6Vncq9yYcqMhJcqfLg7b/?lang=pt>. Acesso em: 27 jul. 2022.



- BAHLS, S.-C. Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 78, n. 5, p. 359-366, 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jped/a/XNZvJXVVDXtP9xm6ddZbsWg/?lang=pt>. Acesso em: 18 jul. 2022.
- BARBOSA, G. *et al.* Escala de Avaliação de Depressão para Crianças. **Revista de Neuropsiquiatria da Infancia e da adolescência**, v. 5, n. 1, 1997.
- CDI.II. **Children's Depression Inventory**. APA American Psychiatric Association. Disponível em: <https://www.apa.org/obesity-guideline/depression-inventory.pdf>. Acesso em: 15 maio 2022.
- CRUVINEL, M.; BORUCHOVITCH, E.; SANTOS, A. A. A. Inventário de depressão infantil (CDI): Análise dos parâmetros psicométricos. **Fractal-Revista de Psicologia**, Niterói, v. 20, n. 2, p. 473-490, 2008.
- CURATOLO, E.; BRASIL, H. Depressão na infância: peculiaridades no diagnóstico e tratamento farmacológico. **Jornada Brasileira de Psiquiatria**, v. 54, n. 3, p. 170-176, 2005.
- DAVIES, J. **Sedated**. How Modern Capitalism created our mental health crisis. London: Atlantic books, 2021.
- FERNANDES LIMA, M. O. F.; SCHÜNKE, L. K.; MOSMANN; C. P. Instrumentos de avaliação da depressão infantil: revisão integrativa da literatura. **Revista Brasileira de Psicoterapia**, Porto Alegre, v. 22, n. 1, p. 53-69, 2020.
- GOTSZCHE, P. **Psicofármacos que matam y denegación organizada**. Barcelona: Los Libros del Lince, 2016.
- GOTSZCHE, P. Lixo dentro, Lixo fora: A Mais Nova Metanálise Cochrane de Comprimidos da Depressão para Crianças. **Mad in Brasil**, 21 ago. 2021. Disponível em: <https://madinbrasil.org/2021/08/lixo-dentro-lixo-fora-a-mais-nova-metanalise-cochrane-de-comprimidos-da-depressao-para-criancas/>. Acesso em: 13 maio 2022.
- GOUVEIA, V. *et al.* Inventário de depressão infantil - CDI: Estudo de adaptação com escolares de João Pessoa. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 4, n. 7, 1995.
- HACKING, I. **Neuf impératifs des sciences qui classifient les gens**. Paris: College de France, 2006.
- HACKING, I. **Kinds of People: Moving Targets**. British Academy Lecture, 2007.
- HORWITS, Allen. **Creating mental illness**. Chicago: The University of Chicago Press, 2002.
- INPD. Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia de Psiquiatria do Desenvolvimento para a Infância e Adolescência. **Depressão é um transtorno que afeta, sim, crianças e adolescentes**. São Paulo: INPD, 2021. Disponível em: <http://inpd.org.br/?noticias=depressao-e-um-transtorno-que-afeta-sim-criancas-e-adolescentes>. Acesso em: 15 maio 2021.



LAVAL, C.; DARDOT, P. **A nova razão do mundo**. Ensaio sobre a sociedade neoliberal. São Paulo: Boitempo, 2016.

LUBY, J. Preschool Depression. Current Directions. **Psychological Science**, v. 19, n. 2, p. 91-95, 2010.

ROSE, N. **Our psychiatric future**. Cambridge: Polity Press, 2019.

SBP. Sociedade Brasileira de Pediatria. **Aumento da depressão na infância e adolescência preocupa pediatras**. Rio de Janeiro, ago. 2019. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/nid/aumento-da-depressao-na-infancia-e-adolescencia-preocupa-pediatras>. Acesso em: 13 maio 2022.

PANDE, M. R.; AMARANTE, P. D. C.; BAPTISTA, T. W. F. Este ilustre desconhecido: considerações sobre a prescrição de psicofármacos na primeira infância. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25 n. 6, p. 2305-2313, 2020.

TIMIMI, S. The Scientism of Childhood and Adolescent Depression. **Mad in America**, Cambridge, ago. 2018. Disponível em: <https://www.madinamerica.com/2018/08/the-scientism-of-childhood-and-adolescent-depression/>. Acesso em: 13 maio 2022.

TIMIMI, S. **Insane Medicine: How the Mental Health Industry Creates Damaging Treatment Traps and How you can Escape Them**. Las Vegas: Palgrave, Macmillan, 2021.

WHITAKER, R. **Anatomia de una epidemia**. Medicamentos psiquiátricos y el asombroso aumento de las enfermedades mentales. Madrid: Ed. Capitan Swing, 2015.



Como referenciar este artigo

CAPONI, Sandra. Considerações sobre a prescrição de psicofármacos na primeira infância: O caso da depressão infantil. **Estudos de Sociologia**, Araraquara, v. 27, n. esp. 2, e022019, 2022. e-ISSN: 1982-4718. DOI: <https://doi.org/10.52780/res.v27iesp.2.16775>

Submetido em: 15/06/2022

Revisões requeridas em: 10/07/2022

Aprovado em: 12/08/2022

Publicado em: 30/09/2022

Processamento e edição: Editora Ibero-Americana de Educação.
Correção, formatação, normalização e tradução.

