

ÉTICA E PSIQUIATRIA DA INFÂNCIA E DA ADOLESCÊNCIA INTERNACIONAL

Adrian Sondheimer & Joseph M Rey

Tradutor: João Caseiro

Editores: Marta Queiros e Ricardo Krause



Hipócrates Recusa os Presentes de Artaxerxes I
Anne Louis Girodet de Roucy-Trioson (1792)

Adrian Sondheimer MD,
FAACAP

Divisão de Psiquiatria da
Infância e da Adolescência,
SUNY at Buffalo School of
Medicine, Buffalo, NY, USA.

Conflito de interesses: Nada a
declarar

Joseph M Rey MD, PhD,
FRANZCP

Professor de Psiquiatria, Notre
Dame University Medical
School Sydney; Honorary
Professor, University of Sydney
Medical School, Sydney,
Australia

Conflito de interesses: Nada a
declarar

Esta publicação é dirigida a profissionais em formação ou que exercem na área da saúde mental e não para o público em geral. As opiniões expressas são da responsabilidade dos autores e não representam, necessariamente, as visões do Editor ou da IACAPAP. Esta publicação procura descrever os melhores tratamentos e práticas baseadas na evidência científica disponível no momento em que foi escrita e avaliada pelos autores, podendo mudar como resultado de novas pesquisas. Os leitores devem aplicar este conhecimento de acordo com as diretrizes e as normas de orientação clínico do seu país. Algumas medicações podem não estar disponíveis em alguns países e os leitores devem consultar informações específicas sobre os medicamentos, já que nem todas as dosagens e efeitos indesejáveis são mencionados. Organizações, publicações e endereços eletrônicos são citados ou sugeridos para ilustrar conteúdos ou como uma fonte mais aprofundada de informação. Tal não significa que os autores, o Editor ou a IACAPAP endossem o seu conteúdo ou recomendações, o que deve ser criticamente avaliado pelo leitor. Os endereços eletrônicos podem também mudar ou deixar de existir.

©IACAPAP 2020. Esta é uma publicação de livre-acesso sob a [Creative Commons Attribution Non-commercial License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/). Uso, distribuição e reprodução em qualquer meio são permitidos sem permissão prévia desde que o trabalho original seja adequadamente citado e que o uso seja não-comercial. Envie comentários sobre este livro ou capítulo para jmrey@bigpon.net.au

Citação sugerida: Sondheimer A, Rey JM. Ética e Psiquiatria da Infância e da Adolescência Internacional. In Rey JM, Martin A (eds), *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health* (edição em Português; Dias Silva F, ed). Genebra: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2020.

Seguindo um enquadramento pensado e deliberado, o capítulo inicial do primeiro livro de texto de saúde mental da infância e da adolescência da IACAPAP centra-se na relação entre a ética e esta disciplina do conhecimento. Apesar deste primeiro capítulo se focar nos médicos, a maior parte dos assuntos éticos discutidos também se aplica aos restantes profissionais de saúde mental (ex. psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, terapeutas) que trabalham com crianças e adolescentes. Se não for especificado de maneira diferente, “criança” refere-se à pessoa com menos de 18 anos, “pai” refere-se aos seus progenitores e aos que possuem o poder parental, “pedopsiquiatra” refere-se ao psiquiatra da infância e da adolescência e “pedopsiquiatria” refere-se à disciplina da psiquiatria da infância e da adolescência.

A pedopsiquiatria é uma subespecialidade da psiquiatria, sendo a psiquiatria uma especialidade médica. A profissão médica é dirigida ao combate às maleitas do corpo e da mente humana e procura atrair profissionais comprometidos com tal causa. Se tomarmos por definição de ética a interrogação racional sobre a retidão e a inadequação do comportamento humano (American Heritage New dictionary of Culture Literacy, 2005) então a medicina é exemplar de entre as profissões, no sentido em que a vocação e a dedicação beneficiam a condição humana, tanto do ponto de vista individual como coletivo, já que ela é fundada e baseada na tentativa de “fazer aquilo que está certo”. Assim tanto a profissão como os médicos baseiam-se, à partida, numa perspetiva ética. Estas questões não podem ainda assim ser abordadas numa ótica tão simplista. Na realidade, o estudo da ética tende a focar-se nas complexidades da condição humana que, por definição e experiência, tende a ser cinzenta, complicada e a ter muitas áreas pantanosas. Raramente a inquisição ética é capaz de oferecer contrastes claros e dicotómicos. É esta última característica que torna a avaliação das questões éticas tão interessante.

A psiquiatria, mais do que qualquer outra especialidade médica, tenta focar-se tanto na mente como no corpo (Slavney, 1993). Idealmente a especialidade procura integrar os dois, já que o funcionamento de ambos é mediado pelo cérebro. Assim, uma perspetiva psiquiátrica abarca os processos cognitivos, afetivos, interpessoais e comportamentais do utente enquadrando-os no seu contexto familiar, social, cultural, económico, religioso, educacional e político. A pedopsiquiatria, uma subespecialidade da psiquiatria geral, debruça-se sobre indivíduos com idades entre a infância e a adolescência, com alguns clínicos a estenderem este leque até ao adulto jovem. O desenvolvimento da criança implica crescimento e maturação em diversas esferas que incluem o corpo, as cognições, os afetos, os comportamentos e a capacidade de avaliar as situações. Como as crianças ainda não atingiram as capacidades dos adultos em muitos destes domínios elas requerem proteção e estímulo da parte dos seus tutores. Apesar dos pais desempenharem este papel, na maior parte dos casos este também pode ser desempenhado por familiares, agências governamentais, ou outros indivíduos a quem é confiado o papel de providenciar ao jovem as condições para a sua maturação. Ao contrário dos psiquiatras gerais que apenas trabalham com os seus utentes adultos, o pedopsiquiatra trabalha não só com o jovem, mas também com os seus cuidadores, que muitas vezes fornecem informação que a criança não quer ou não é capaz de dar. Trabalhar com duas gerações e as suas interações levanta também os seus dilemas éticos já que o terapeuta é muitas vezes testemunha dos seus conflitos.

“Não vejo nenhum traço do propósito moral na natureza. É um artigo de fabrico exclusivamente humano, uma conquista nossa.”

Thomas Huxley



Thomas Henry Huxley (1825-1895) por Carlo Pellegrini ("Ape") 1759-1840. Dibner Library, Smithsonian Institution.

ÉTICA E O SEU CONTEXTO MAIS ABRANGENTE

Teoricamente, as soluções para os dilemas éticos distinguir-se-iam de outras respostas para estes problemas por duas características. Em primeiro lugar, as soluções deveriam ser universais, ou seja, independentes das circunstâncias em que surgissem, aplicáveis a qualquer contexto. Em segundo lugar, estas resoluções objetivas “universais” ultrapassariam as motivações pessoais e do grupo.

Mas serão estas afirmações axiomáticas? Para chegar a uma resolução bem fundamentada e justa, em contraste com uma judiciosa ou prudente, podemos legitimamente ignorar o contexto, seja este político, económico, cultural ou religioso? À primeira vista, parece improvável. Ao contrastar, por exemplo, o ambiente onde os cidadãos das democracias tecnologicamente avançadas vivem com o das autocracias totalitárias dominados pela guerra e pela pobreza, é difícil imaginar a aplicação de um raciocínio ético idêntico e que chegue às mesmas conclusões. Para adensar a confusão, existem ainda países onde há uma mistura destes elementos, por exemplo, aqueles cujo desenvolvimento económico supera o das democracias industrializadas, mas cuja arquitetura política é dominada por uma lógica de cima para baixo. Há claros exemplos destes contrastes com os quais o pedopsiquiatra se confronta e que servem para ilustrar a situação descrita: o luxo do dilema ético de prescrever um medicamento de marca ou um genérico, quando as companhias de seguros ou os protocolos aprovados pelo governo pressionam o pedopsiquiatra para prescrever este último, contrasta com o desejo de um pedopsiquiatra de receitar um antidepressivo, qualquer um, num país que carece de muitas comodidades básicas. Nomeadamente o fornecimento adequado de medicamentos psicotrópicos; a ética envolvida na resistência à pressão subtil de um procurador para que um jovem transgressor seja julgado num tribunal comum ao invés de um de família e menores, quando comparada com ameaças, por parte das forças armadas de um governo, de que o pedopsiquiatra perderá a sua fonte de sustento, ou pior, se se recusar a internar para tratamento psiquiátrico um indivíduo mentalmente são que entrou em conflito com um funcionário público ou um oficial da polícia (LaFraniere & Levin, 2010); a ética da prestação de cuidados a uma criança enlutada, rodeada de entes queridos com recursos financeiros adequados, quando comparada com a da prestação de cuidados a órfãos, cujos pais e familiares foram assassinados por uma das fações de uma guerra, e que se encontra abrigado e a viver num dormitório para jovens (Stover et al, 2007; Williamson et al, 1987).

Escrever sobre a ética da pedopsiquiatria com uma perspetiva internacional implica considerar um enorme leque de contextos administrativos, políticos, religiosos, culturais e económicos (Leckman & Levanthal, 2008). Será que estas enormes diferenças implicam que o raciocínio ético deva ser feito de diferentes formas, consoante o contexto? Em teoria, a resposta é não. A mesma metodologia de raciocínio deve ser utilizada independentemente do contexto. O contexto, ainda assim, tem definitivamente de ser levado em conta quando se procura tomar as decisões mais úteis, e esta última consideração pode levar a que se tomem decisões contrastantes em casos aparentemente semelhantes.

HISTÓRIA DA INFÂNCIA

O desenvolvimento pleno das crianças é crucial para qualquer sociedade, já que estas serão os adultos do futuro, aqueles de quem se espera que continuem as

“Penso que devemos sempre temperar as nossas opiniões com alguma dúvida. Não devo desejar que as pessoas acreditem dogmaticamente em qualquer filosofia, nem sequer na minha”

Bertrand Russell



Bertrand Russell (1872-1970)

Poderá parecer que um raciocínio idêntico deve ser utilizado em todos os contextos. Contudo, as circunstâncias devem também ser consideradas, numa tentativa de chegar às resoluções mais úteis, e essas considerações podem dar lugar a escolhas finais contrastantes em situações aparentemente semelhantes

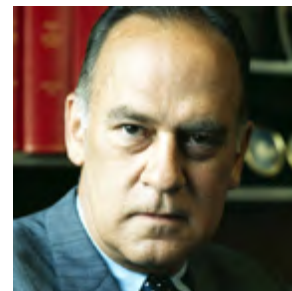
tradições e carreguem os seus valores. De acordo com as perspectivas dominantes da história das sociedades ocidentais, após a infância, as crianças têm sido vistas como pequenos adultos por milénios (Aries, 1962; DeMause, 1974). Elas eram consideradas propriedade dos seus pais que tinham direito ao produto do seu trabalho, como contrapartida da comida e abrigo que lhes era oferecido. As primeiras ideias da necessidade de uma educação, para além da aprendizagem vocacional, começam a ganhar relevância durante o século XVII. A par deste desenvolvimento, surgem também as primeiras conceptualizações da infância como uma fase do desenvolvimento humano separada da adultícia. Nos últimos 100 anos, a conceção da infância como um estágio único do desenvolvimento tem progredido a ritmo acelerado. Neste período surgiram leis que tornaram a escolaridade obrigatória, contra o trabalho infantil, que facilitaram e apoiaram o funcionamento e a saúde das famílias, que criaram um sistema de justiça juvenil com uma abordagem específica, e o relato de situações de abuso e/ou negligência de menores às autoridades tornou-se obrigatório (Enzer, 1985; Graham, 1999). À medida que os governos se foram responsabilizando pelo bem-estar das crianças, a profissão médica também foi evoluindo. A pediatria surgiu como especialidade no final da primeira década do século XIX. A pedopsiquiatria, enquanto subespecialidade da psiquiatria começa a aparecer nas décadas de 30 e 40 do século XX. Nos Estados Unidos a American Academy of Child Psychiatry é fundada em 1953. No último meio século, a própria infância tem sido subdividida, expandindo-se o seu alcance de forma a abarcar os diferentes estádios da infância: lactância, pré-escolar, escolar e adolescência (esta última subdividida em inicial, média e tardia). Assim, a conceção da infância foi evoluindo ao longo do tempo a partir de um conceito largamente indiferenciado até ao atual, onde existe uma diferenciação substancial, distinguindo-se faixas etárias estreitas que incorporam necessidades e capacidades específicas. Embora todas estas faixas tenham em comum a necessidade de cuidado por parte de um adulto, as suas especificidades, como veremos posteriormente, têm frequentemente um papel muito relevante nas considerações éticas.

PROFISSIONALISMO E CRIANÇAS

A ética médica é uma parte muito substancial do profissionalismo médico. O conceito de profissionalismo estende-se para lá dos assuntos que afetam diretamente os cuidados prestados, e refere-se ao comportamento geral do médico (Gabbard et al, 2011; Wynia et al, 1999). Quando o comportamento do médico afeta os cuidados de saúde prestados ao utente, direta ou indiretamente, as fronteiras entre a ética e o profissionalismo podem tornar-se algo nebulosas. Consideremos a pedopsiquiatria de forma abrangente, o pedopsiquiatra pode ter-se sentido atraído para o seu trabalho com crianças por sentir que estas são vulneráveis, o que despertou o seu desejo latente por cuidar, proteger e educar. Se por um lado estes fatores podem beneficiar o jovem, facilitando a relação médico-utente, por outro podem surgir também daqui alguns riscos. Por exemplo, os clínicos podem sentir-se física ou emocionalmente atraídos pelos tutores dos utentes, ou até pelos próprios; podem sentir necessidades de favorecer determinados utentes ou suas famílias, ou solicitar-lhes apoio financeiro para financiar determinado projeto. Enquanto tais pensamentos e fantasias devem ser entendidas e enquadradas no contexto da prática clínica, agir em função delas de uma forma que seja deletéria para o utente é pouco profissional. Em contraste, e como princípio cardinal da prática clínica ética, a segurança, bem-estar e os interesses das crianças devem ser

“Ética é saber a diferença entre aquilo a que se tem direito e aquilo que é correto.”

Potter Stewart



Potter Stewart (1915-1985)
antigo Juiz do Supremo
Tribunal de Justiça Norte-
Americano

a principal preocupação do clínico. Tais princípios implicam que o pedopsiquiatra não deve em nenhuma circunstância explorar um paciente menor ou a sua família, violando as fronteiras do que é considerado profissional. Estas fronteiras são tanto literais como figurativas e existem para prevenir tais comportamentos (Gabbard & Nadelson, 1995; Schetky, 1995). Ao invés, a criança e o seu tutor devem poder tomar por certo que o pedopsiquiatra terá uma conduta honesta e transparente, pautada pela integridade e pela fidelidade.

CÓDIGOS DE ÉTICA

Ao longo dos milénios as sociedades humanas foram designando alguns dos seus cidadãos como curandeiros. Nos últimos tempos estes indivíduos receberam o título de médicos. Estes médicos, habitantes de sociedade desiguais, localizadas em países dispersos pelo globo, criaram inúmeros códigos de ética para guiar o seu comportamento profissional. A grande maioria destes códigos, não obstante emanarem de sociedades com diferentes etnicidades, religiões, ou localização geográfica, partilhavam o foco e as preocupações. Os princípios que se seguem são referidos na maior parte destes códigos:

- Primado do respeito pela vida humana
- O bem-estar do doente é responsabilidade do médico
- Compromisso com o auxílio ou, pelo menos, com a não maleficência
- Ênfase na virtude e no dever

A atenção é também dirigida aos seguintes temas específicos:

- Igualdade no tratamento, independentemente da disponibilidade financeira do utente
- Expectativa de que os honorários sejam apropriados
- Uso de métodos legítimos no diagnóstico, incluindo a observação e raciocínio clínico
- Consideração sobre como e quando tratar; se optar pelo tratamento, utilizar terapias legítimas
- Natureza confidencial da relação médico-utente
- Proibição de relações sexuais entre médico e utente
- Imposição de castigo ou sanção na eventualidade de se verificar inépcia técnica ou violação do código.

Códigos internacionais, adotados formalmente por organizações médicas, surgiram inicialmente no século XX. A World Medical Association's International Code of Medical Ethics, redigida em 1949 e revista pela última vez em 2006, relewa os principais deveres dos médicos, bem como as suas responsabilidades para com os utentes e os pares (World Medical Association, 2006). Este coloca a ênfase na necessidade do clínico ser competente, honesto, dedicado, íntegro, do evitamento do viés ou da exploração, do respeito pela confidencialidade, da colaboração e, curiosamente, da obrigação do clínico obter cuidados de saúde para si na eventualidade de apresentar doença física ou mental. Um pensamento semelhante levou ao estabelecimento de vários códigos psiquiátricos e declarações a uma escala internacional. A World Psychiatric Association's Declaration of Madrid (1996), baseada na Declaração do Havaí (1977) e na Declaração de Viena (1983), estabeleceu um padrão ético internacional e as linhas orientadoras para a prática



O Juramento de Hipócrates é um juramento realizado classicamente por médicos e outros profissionais de que praticarão a medicina de forma ética. É crença geral que este foi escrito pelo próprio Hipócrates ou por um dos seus alunos

Um manuscrito Bizantino do Juramento do século XII (Wikimedia Commons)

clínica psiquiátrica (World Psychiatry Association, 1996). Para além da discussão de elementos fundamentais como as responsabilidades do clínico para com o utente, a necessidade de atualização científica permanente, a proteção dos utentes nos ensaios clínicos, a confidencialidade, e a manutenção dos limites profissionais, há uma especial atenção para a proibição da participação em ações como a tortura, pena de morte, seleção de género, e procedimentos discriminatórios baseados na etnicidade ou cultura. É ainda feita referência à necessidade de evitar os conflitos de interesse, tenham estes por base interesses políticos ou industriais, e à expectativa de que os tratamentos têm de se basear em diagnósticos válidos, e ser administrados após o paciente receber toda a informação pertinente e dar o seu livre consentimento. Em 1989 a Convenção dos Direitos da Criança das Nações Unidas, com o apoio dos estados membros, estabeleceu que as crianças tinham direito à vida, ao desenvolvimento, à proteção e a participação, incluindo o direito a expressar as suas opiniões de forma livre, a uma defesa proporcional e a viver com as suas famílias (United Nations, Centre for Human Rights, 1990) (Ver capítulo J.7). A Convenção dos Direitos da Pessoa com Deficiência das Nações Unidas (2006) enfatiza que o respeito e a dignidade têm de ser garantidos a todos os indivíduos portadores de deficiência independentemente da idade, incluído crianças e abrangendo a criança com doença psiquiátrica, entre muitas outras (United Nations, 2007; Stein et al, 2009). O documento releva a não discriminação e o acesso em condições iguais à saúde, enfatizando o direito de todos os indivíduos portadores de deficiência a uma igual inclusão em todos os aspetos da vida e das suas liberdades fundamentais. Apesar do âmbito global destas declarações, é obvio que a sua implementação varia enormemente entre os países signatários. Esta situação seria expectável, dado os diferentes sistemas de governo das nações em

causa. Apesar disto é reconfortante perceber que há um impulso ético global no sentido de haver uma maior proteção das crianças e dos portadores de deficiência e uma maior consciência de quais são as forças que promovem ou impedem a sua implementação. Em 2006, a International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions (IACAPAP) estabeleceu um conjunto de linhas orientadoras e de princípios para os clínicos no documento *Ethics in Child and Adolescent Mental Health*, que por sua vez foi derivado da resolução da IACAPAP “Assuring Mental Health for Children”, promulgada em 1992 e revista em 1996 (IACAPAP, 2006). O documento da IACAPAP elenca princípios éticos básicos; aborda os direitos tanto das crianças como dos seus pais/cuidadores; revê os consentimentos; e trata tópicos como a confidencialidade, exploração potencial, relações sexuais, honestidade, tratamento involuntário, presentes dos pacientes e da indústria, apresentação de casos clínicos em publicações e reuniões científicas, ética na investigação, colaboração multidisciplinar, e as orientações da organização para aceitar financiamento.

O esforço inicial e as revisões subsequentes das várias declarações e orientações são o resultado das circunstâncias e influências que se foram alterando ao longo do tempo. A American Academy of Child and Adolescent Psychiatry’s (AACAP) Code of Ethics pode servir como exemplo. Promulgada inicialmente em 1980, sofreu alterações ligeiras em 2007 e profundas em 2009. Este código foi refletindo a evolução no conhecimento médico, nos tipos de prática médica, nos modelos de pagamento, na compreensão das dinâmicas psicológicas e das práticas das indústrias farmacêuticas que evoluíram ao longo destas três décadas (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2009). A revisão mais recente abordou de forma direta e compreensiva os assuntos relativos à influência de terceiros, a expectativa da publicação de todos os estudos – positivos e negativos, conflito de interesses, envolvimento romântico ou sexual com utentes e familiares, riscos da investigação com crianças, autoengrandecimento dos clínicos, e as expectativas de que os clínicos conheçam as leis que se encontram na jurisdição da profissão, bem como as tensões que possam existir entre a lei e as considerações éticas. Como Beauchamp (2009) refere “a lei não é o repositório do nosso padrão moral e dos nossos valores”. Por contraste, os códigos de ética são diretivas para o comportamento profissional e diferem das leis por permitirem uma maior flexibilidade e escolha ao nível das ações. Os códigos contêm os padrões da conduta profissional e o código atual da AACAP é um exemplo ao nível da clareza, já que indica os comportamentos que são preferíveis. Para o clínico que tem dúvidas acerca das motivações, tendências ou condutas, próprias ou de um outro profissional, o aconselhamento com colegas e o recurso às orientações de um código são muito provavelmente as mais úteis e potencialmente esclarecedoras das opções.

CRIANÇAS, ÉTICA E PRINCÍPIOS ÉTICOS

As diferenças entre crianças e adultos são facilmente discerníveis. As crianças são geralmente mais pequenas, têm uma menor compreensão da história e dos eventos externos, estão a atravessar um processo contínuo de rápido desenvolvimento e maturação, e requerem proteção e cuidados por parte de outrem. As crianças não são, ainda assim, um grupo homogêneo – por exemplo, o lactante e o adolescente são muito diferentes um do outro em várias das esferas acima referidas, não obstante partilharem estas diferenças em relação ao adulto. Como consequência da dependência que estes apresentam do adulto, normalmente a lei

refere-se a estes como menores. Assim, decisões importantes, por exemplo onde e com quem vivem, por onde podem andar ou se podem viajar, as escolas e igrejas que frequentam, o acesso aos cuidados de saúde, estão nas mãos dos seus pais/tutores. Em países dotados de sistemas de justiça eficazes o estado tem o direito de intervir na tomada destas decisões apenas quando os pais não são capazes de satisfazer as necessidades básicas das crianças, por exemplo comida, abrigo e educação, ou são abusivos para com os jovens a seu cargo. Estas leis aparentemente evidentes e geralmente aceites baseiam-se no entendimento ético combinado com o conhecimento sobre o desenvolvimento infantil. Apesar de várias correntes do pensamento moral concorrerem pela supremacia (Bloch, 2007), há vários princípios fundamentais que norteiam a ética do trabalho com crianças. Assim, é esperado que o clínico trabalhe no sentido de conseguir o melhor resultado possível para a criança (*beneficência*), que evite práticas que possam causar mal à criança (*não maleficência*), que respeite as escolhas e desejos individuais do utente (*autonomia*) e que trate todos os utentes de forma justa, igual e fiel (*justiça*). Esta mesma estrutura ética é aplicável às abordagens de natureza administrativa criadas com o objetivo de providenciarem cuidados e proteção a um grupo significativo de jovens (Sondheimer, 2010). Por exemplo, quando se planeiam e implementam medidas para melhorar a abordagem à saúde mental nas escolas (Bostic & Bagnell, 2001; Brener et al, 2007), ou programas inovadores para jovens com comportamentos desviantes (Holden et al, 2003), é razoável que se espere que as autoridades organizem a sua intervenção de uma forma que beneficie as crianças, que não as magoe, que as faça sentir respeitadas, e que essa ajuda e proteção seja prestada de forma igualitária.

Estas abordagens procuram a situação ideal, e algumas situações clínicas ou condicionantes administrativas podem ser imediatamente catalogadas como escolhas claramente certas ou erradas. No entanto, a realidade é frequentemente cinzenta. A observação da criança num contínuo de maturação é uma boa ilustração desta situação. Assim, o que pode ser benéfico para um adolescente de 16 anos (por exemplo, respeitar o direito à autonomia na recusa do tratamento) pode não ajudar uma criança de 7 anos. Outros dilemas cinzentos são também frequentes. Por exemplo, quando a perspetiva da criança e do tutor é diferente, a qual delas deve o pedopsiquiatra prestar deferência, não ignorando ainda assim as preocupações do outro? Quando um grupo (por exemplo, a família) tem uma visão sobre uma questão, partilhada pela maioria dos seus membros, deve a visão da minoria (frequentemente a da criança) ser respeitada, e como? Quando deve o pedopsiquiatra prestar atenção às necessidades individuais de um utente num contexto de recursos limitados se, de uma perspetiva de saúde pública, o foco do seu esforço na comunidade beneficiar um maior número de utentes? Frequentemente, os princípios éticos empregues na procura de respostas para questões clínicas ou administrativas entram em conflito entre si, sendo necessário uma aproximação racional para se chegar à solução de compromisso desejável. De salientar que este processo nunca deve implicar um resultado final predefinido.

Frequentemente, os princípios éticos empregues na procura de respostas para questões clínicas ou administrativas entram em conflito entre si, sendo necessário uma aproximação racional para se chegar à solução de compromisso desejável.

RACIOCÍNIO ÉTICO

Por norma os clínicos trabalham com os utentes sem parar para questionar as bases éticas das suas ações. O pedopsiquiatra médio é consciencioso, recebeu formação adequada e, ao longo do tempo, adquiriu experiência clínica, o que

o torna capaz de prestar bons cuidados de uma forma rotineira. Por vezes, o pedopsiquiatra é confrontado com situações confusas ou inquietantes que o fazem sentir desconfortável e sem certeza sobre qual será a melhor forma de proceder (Sondheimer, 2011). A hesitação ou desconforto do pedopsiquiatra pode dever-se, por exemplo, a um pedido dos pais para que realize um despiste de tóxicos na urina do seu filho adolescente estipulando que este não deve ser informado da finalidade da análise; as verbalizações ambíguas de auto-dano de um adolescente que deixam o pedopsiquiatra inseguro em relação à segurança do utente; a requisição inocente e apropriada de informação sobre um utente de um organismo do estado que, se divulgada, pode ser injuriosa para o utente. Quando o pedopsiquiatra se foca conscientemente, e não ignora, o seu desconforto, pode utilizar esta sensação incómoda como um sinal relevante para perceber que está na presença de um dilema ético, no qual é necessário clareza e discernimento de pensamento.

O processo de raciocínio ético segue um padrão consistente. Sendo a ética “a procura de uma reflexão disciplinada sobre a intuição e as escolhas morais” (Veatch, 1989), o passo mais importante do processo é, muito provavelmente, o reconhecimento de que se está na presença de um conflito ético e de que este necessita de uma resposta. Geralmente, este reconhecimento pelo pedopsiquiatra segue-se, quase instantaneamente, a uma resposta afetiva de desconforto ou apreensão, ela própria seguida por um fugaz desejo de fuga do problema ou de passar a responsabilidade de encontrar uma solução a um colega. Esta resposta deve-se a perceção de que nenhuma das respostas possíveis se destaca como obviamente superior, e de que todas as opções têm problemas inerentes. Assim que a resposta “imatura” passa, torna-se incumbência do pedopsiquiatra analisar o problema de forma racional. Aqui há várias abordagens úteis. Em situações, que não as extremas que pedem uma resposta imediata, o pedopsiquiatra deve contemporizar e colocar questões, obter informação, e atrasar uma tomada de decisão definitiva. O pedopsiquiatra deve refletir sobre os valores pessoais que está a utilizar no processo de raciocínio. O autoquestionamento pode conduzir ao reconhecimento da relevância do crescimento, educação e experiências não profissionais do clínico, para o bem ou para o mal, nas suas considerações sobre o dilema. A partilha do problema com um colega pode também ser útil. Se uma problemática pode ser nova para um pedopsiquiatra, é provável que um colega, ou até a literatura profissional, já se tenham deparado com a mesma. Mais, pode ser útil incluir o utente e outros intervenientes relevantes na discussão do conflito ético, de forma a que estes também sejam responsáveis pelo resultado. Por fim, depois de utilizar a estratégia referida, o pedopsiquiatra pode considerar as escolhas relevantes e as suas possíveis consequências, e fazer uma análise de risco-benefício. Os quatro princípios éticos principais anteriormente mencionados, e as orientações clínicas fornecidas pelos códigos de ética das organizações nacionais e internacionais de pedopsiquiatria, podem ajudar na escolha da ação a tomar. Esta resolução tende a ser a menos prejudicial, e não necessariamente a aparentemente ótima.

O processo de raciocínio ético segue um padrão consistente. A resolução tende a ser a menos prejudicial, não necessariamente a que aparentemente ser a ótima.

SEGURANÇA

Primum non nocere – primeiro não prejudicar, é o princípio cardinal da prática médica (Smith, 2005). A sua tradução na prática psiquiátrica passa pelo reconhecimento de que a segurança da criança (utente) deve ser a preocupação primordial do clínico. Por exemplo, a criança deprimida com comportamentos

suicidários recentes, cuja ideação de auto-dano permanece irrefutável, é melhor cuidada numa instituição psiquiátrica que providencie supervisão constante e apertada, isto apesar dos constrangimentos reais e implícitos à autonomia e liberdade de movimento do jovem. Uma outra criança, que está deprimida, mas não apresenta ideação suicida, beneficiaria mais de seguimento em consulta externa, continuando a viver na sua casa com a sua família. Em ambas as situações a segurança deve ser a principal preocupação, ainda assim os potenciais de ameaça são diferentes, o que leva a que os cuidados sejam prestados com configurações distintas. É importante acrescentar que uma prática pedopsiquiátrica ética requer que o clínico esteja completamente ciente da proteção legal existente para as crianças sobre a sua jurisdição, de forma a que os constrangimentos aos direitos da criança sejam sempre os mínimos necessários.

CONTEXTO – CULTURA, HISTÓRIA E ECONOMIA

O contexto pode ser muito relevante ao nível das considerações éticas já que diferentes culturas podem interpretar comportamentos semelhantes de forma distinta. Nos Estados Unidos da América, por exemplo, o adulto que apresente um discurso incoerente de difícil compreensão no seu lar de classe média, e que apresentou episódios similares no passado que resultaram no seu internamento na psiquiatria, será muito provavelmente hospitalizado a pedido da sua família; alguém da mesma idade, com comportamentos semelhantes, num contexto rural e com uma igreja fundamentalista, poderá receber respostas solícitas e de suporte da parte dos outros feis. Analogamente, a criança que disputa verbalmente a assunção provocadora de um professor, numa escola dita progressista, localizada numa sociedade industrializada, pode receber aplausos pelo seu comportamento. Por contraste, o estudante que vive num inserido num sistema tribal tradicional que desafie os mais velhos ao exigir que as raparigas também possam frequentar a escola, pode ser visto como inconveniente, indisciplinado ou espiritualmente perdido (Robertson et al, 2004). Estes exemplos mostram que é uma incumbência ética do pedopsiquiatra conhecer o contexto, ser “culturalmente competente” (Bass et al, 2007; DeJong & Van Ommeren, 2005; Kirmayer & Minas, 2000) nas suas considerações clínicas. A disponibilidade de recursos pode ter um papel semelhante. Por exemplo, onde os recursos são limitados, a institucionalização de uma jovem com dano cerebral pode ser considerada uma benesse, mesmo que o apoio se cinja à institucionalização. Num ambiente de maior desenvolvimento, por contraste, esta criança poderia usufruir de um conjunto de recursos educacionais, recreativos e de estímulo interpessoal sem ter de deixar a casa da família. Em cada um dos casos, a intervenção eticamente ótima está acessível, é a disponibilidade de recursos que dita a escolha.

O conhecimento da história da psiquiatria é um outro fator importante fator ao nível das deliberações éticas. Nos últimos mais de 100 anos vários movimentos psiquiátricos de larga escala foram surgindo. Em momentos distintos, a teoria psicanalítica, as terapias somáticas (ex. eletroconvulsivoterapia, choque insulínico, psicocirurgia), farmacoterapia, terapias comunitárias, teoria dos sistemas, institucionalização, desinstitucionalização, e as terapias atualmente mais proeminentes (ex. grupal, familiar, cognitivo-comportamental, grito primal,

milieu) disputaram a visibilidade e a primazia sobre as restantes. Frequentemente, a integração de várias destas modalidades em simultâneo provou ser mais eficiente (The MTA Cooperative Group, 1999; March et al, 2004) que a adesão a uma única terapia. O desenvolvimento científico da psiquiatria da infância e da adolescência levou a que atualmente exista um maior foco nas influências moleculares e na natureza da sua interação com o ambiente (Rutter, 2010). As economias das nações também se alteraram. O financiamento público e privado dos cuidados de saúde, incluindo os seguros de saúde e o suporte de clínicas e programas financiados por ambos os setores, têm variado ao longo do tempo, dentro e além-fronteiras. Estas alterações afetam constantemente a disponibilidade de recursos para as necessidades psiquiátricas dos menores, afetando desta forma as considerações éticas. As mudanças da economia, súbitas ou graduais, não alteram os fundamentos do raciocínio ético, ainda assim têm impacto na abrangência e âmbito das considerações e escolhas clínicas ao dispor do pedopsiquiatra.

ÉTICA – O GLOBAL E O PARTICULAR

É comum que a discussão de dilemas éticos se foque em situações que o clínico encontra enquanto presta cuidados a um indivíduo menor e/ou à sua família. Para o clínico, é mais fácil concentrar-se e conceptualizar um caso de cada vez. A aplicação do raciocínio ético abrange, no entanto, o universal, e as considerações em relação à criança devem ser inicialmente generalistas. Os estudos feitos em vários países indicam que a prevalência de doença mental entre a população infantil é de 5 a 20% (Giel et al, 1981; Malhotra, 1995, Patel et al, 2007). Um elevado número de crianças vivem como deslocados ou refugiados (Forbes, 1992), são sem-abrigo (Raffaelli & Larson, 1999), ficaram órfãos devido à morte dos pais por síndrome da imunodeficiência adquirida (UNICEF, 2000), e são vítimas de abuso físico ou sexual. Quando são realizados estudos epidemiológicos bem estruturados, um número elevado destas crianças apresenta sintomas relacionados com o stress, depressivos e de ansiedade. A maior parte destas crianças vive em países pobres com poucos profissionais de saúde mental. Mas para além de suprir as necessidades destas crianças ao nível da alimentação, poder-se-ia dizer que, de uma perspetiva ética, a capacitação dos educadores e dos prestadores de cuidados de saúde primários ao nível da saúde mental e da preparação para a vida adulta por parte dos profissionais de saúde mental, seria o enfoque que mais benefícios traria às crianças e às suas mães que muitas vezes também estão deprimidas.

É em países com poucos recursos que as necessidades são maiores. Ainda assim, a maior parte dos pedopsiquiatras mundiais estão concentrados em países ricos. Os dilemas éticos com que estes mais frequentemente se confrontam surgem no contexto de utentes individuais, isto apesar dos dilemas em si serem universais e transcenderem as fronteiras. Questões como a avaliação, diagnóstico e tratamento; aprovação/consentimento/divergência; conflitos pais-crianças; confidencialidade; agência; responsabilidade médica; fronteiras; advocacia; estão entre as várias que merecem ser examinadas.

AVALIAÇÃO E DIAGNÓSTICO

Antes do lançamento da terceira edição do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM) da Associação Americana de Psiquiatria em 1980, os diagnósticos psiquiátricos nos EUA eram muitas vezes baseados em

reflexões psicanalíticas que atribuíam a etiologia das perturbações à existência de alterações nos processos intrapsíquicos do inconsciente. Como estes diagnósticos eram baseados em construtos teóricos e não em fenómenos consensualmente observados, os diagnósticos feitos pelos clínicos eram frequentemente uma área de conflito. Além disso, o próprio conceito de “perturbação”, na ausência de testes biológicos que pudessem confirmar o diagnóstico (contrastado por exemplo, com os níveis elevados de glicose associados à diabetes mellitus; elevação das troponinas, enzimas cardíacas e traçados específicos do ECG associados ao enfarte agudo do miocárdio), levantou a preocupação dos observadores externos. Por exemplo, o comportamento disruptivo de uma criança pode ser visto por diferentes examinadores como uma variante do normal, como um sintoma de uma perturbação de oposição ou da conduta ou como uma reação em resposta a um fator de stress. Mesmo com critérios diagnósticos bem delineados, é concebível a existência de não concordância diagnóstica entre médicos conscienciosos, levantando questões sobre os fundamentos do processo diagnóstico e as definições precisas de “doença” (Pies, 2007). A falta de confiança nos diagnósticos psiquiátricos e a baixa concordância diagnóstica antes dos anos 80, associada aos medos de “rotulagem” e ao estigma prevalente em relação à doença mental, levou ao surgimento de um número considerável de proponentes do niilismo diagnóstico. Além disso, a tomada de consciência do uso indevido de diagnósticos psiquiátricos para fins políticos (por exemplo, a criação e uso na antiga União Soviética do novo diagnóstico de “esquizofrenia progressiva” a fim de hospitalizar à força e tratar os opositores políticos do regime contra a sua vontade) relevou, à escala internacional, a necessidade de um consenso diagnóstico rigoroso (Wilkinson, 1986).

Nos últimos 30 anos, tem-se assistido a um consenso entre os investigadores no campo da psiquiatria em relação ao uso de abordagens mais rigorosas no agrupamento dos fenómenos observados. Estas conduziram ao estabelecimento de categorias diagnósticas mais bem definidas. A colaboração entre os clínicos que produziram as edições da Classificação Internacional de Doenças (CID) e dos DSM subsequentes tem sido a regra, o que resultou numa razoável compatibilidade entre estas duas versões “oficiais” dos diagnósticos psiquiátricos (Sartorius et al, 1993). Assim, o processo diagnóstico sofreu uma transformação que permitiu a colaboração em estudos internacionais para que se pudesse assumir de uma forma mais confiável que os participantes que não os do país de origem do estudo satisfaziam os critérios de inclusão e de exclusão. Ainda assim, é necessário ter cuidado com uma possível sensibilidade insuficiente para as variáveis relacionadas com a cultura (Belfer & Eisenbruch, 2007; Van Ommeren, 2003).

CrITÉRIOS diagnósticos rigorosos permitem o desenvolvimento de tratamentos dirigidos a diagnósticos específicos. Quando utilizado desta forma – para o bem do utente – o processo diagnóstico satisfaz de uma forma clara o princípio ético cardinal. Ainda assim, o problema potencial do “rótulo” e do estigma permanece como um potencial malefício para a criança (Pescosolido et al, 2007). O clínico tem pouco controlo ou influência na forma como as pessoas, para lá da família imediata, podem utilizar a informação. Particularmente na era atual, da transmissão eletrónica de diagnósticos, estes podem ficar associados a um indivíduo para “todo o sempre”, e as sociedades menos sofisticadas podem tornar-se temerosas e desvalorizar a criança a quem foi associado um diagnóstico psiquiátrico. No final, é responsabilidade do pedopsiquiatra fornecer uma avaliação e diagnóstico

O pedopsiquiatra deve estar ciente dos vários fatores que podem ser relevantes no processo diagnóstico, estando também consciente de que o seu trabalho terá impacto significativo tanto no curto, como possivelmente no longo para o seu utente criança.



Quando Rebecca Riley faleceu em dezembro de 2006, os pediatras e psiquiatras Norte Americanos e mundiais já debatiam se as crianças de idade pré-escolar, como a criança de 4 anos de Hull, poderiam ser diagnosticadas com doença bipolar e perturbação de hiperatividade e déficit de atenção (Lambert, 2010). Num acordo judicial o centro médico concordou em pagar 2,5 milhões de dólares ao estado de origem da Rebecca de 4 anos, que faleceu de overdose de medicamentos que foram uns prescritos por um psiquiatra e outros dados sem receita médica (Baker, 2011).

“Riley... era excepcionalmente nova quando foi diagnosticada [com doença bipolar], tinha apenas 2 anos e meio.” Foi prescrito a Rebecca um antipsicótico, um medicamento utilizado no tratamento de doença bipolar em adultos, e um medicamento para o controlo da tensão arterial, utilizado por vezes para ajudar crianças hiperativas a dormir. “A controvérsia psiquiátrica debruça-se sobre o diagnóstico de crianças antes dos 13 anos. Não há nenhum estudo científico sobre o diagnóstico de crianças com menos de 6 anos” (Goldberg, 2007).

correto com o intuito de melhorar a situação do utente; utilizar procedimentos que salvaguardem a confidencialidade dos registos clínicos; e contribuir para a educação da sociedade local no que respeita à prevalência da perturbação mental, exatidão diagnóstica, eficácia do tratamento, e da necessidade de suporte tanto da família como da comunidade (Rosen et al, 2000; Thara et al, 2001).

Nos últimos anos verificou-se nos Estados Unidos da América um brutal aumento na incidência de perturbação do espectro do autismo e bipolar nas crianças. Apesar de parecer, em ambos os casos, que este aumento se deve a uma combinação de um maior escrutínio e a uma definição diagnóstica mais alargada destas perturbações, estes desenvolvimentos mostram que o progresso científico não ocorre sem luta, controvérsia, conflitos e erros (Angell, 2011; Carey, 2007; Kim et al, 2011; Moreno et al, 2007). No decorrer da revisão das definições propostas, algumas crianças podem receber um diagnóstico errado enquanto outras podem, de facto, beneficiar de critérios alargados. Para além disto, uma maior consciencialização em relação ao diagnóstico de perturbação de hiperatividade e déficit de atenção e doença bipolar no domínio internacional pode estar relacionada com o aumento da educação profissional e da sensibilização dos clínicos para estas perturbações, promovido, em parte, por companhias farmacêuticas. Os seus esforços podem ter por motivação o desejo de trazer benefícios a um número substancial de crianças afetadas mas não diagnosticadas; mas o ganho financeiro com o marketing dos medicamentos em mercados novos e emergentes, é também um fator pertinente. No fim de contas, é uma incumbência do pedopsiquiatra realizar a tarefa diagnóstica de forma cuidadosa e precisa. Este deve ter consciência das várias influências que podem ser relevantes no processo diagnóstico, estando também ciente que o seu trabalho terá impacto significativo tanto no curto, como possivelmente no longo prazo, para o seu utente.

TRATAMENTO – SOMÁTICO E PSICOLÓGICO

O tratamento individual da criança, quando indicado, deve ocorrer após um processo diagnóstico adequado. Colocando as ações preventivas por agora de parte,

o conhecimento psiquiátrico é limitado ao uso de terapias somáticas ou psicológicas ou, idealmente, a ambas. A provisão de tratamento é ainda assim frequentemente condicionada pelo local, cultura, recursos disponíveis e conhecimento do clínico. É incumbência do clínico conhecer os recursos disponíveis, o grau de flexibilidade ou rigidez cognitiva dos indivíduos em tratamento, o malefício que pode ser causado à criança se não for tratada, e as limitações do seu próprio conhecimento. O último destes fatores é mais facilmente ultrapassado através de consulta da literatura e colaboração com pares.

A medicina baseada na evidência deve ser a base dos tratamentos prescritos, ainda assim, devido à falta de estudos compreensivos com crianças, tem um alcance limitado. Os estudos mostram que uma certa classe de fármacos é útil para uma perturbação específica – por exemplo: os estimulantes na perturbação de hiperatividade e déficit de atenção; os estabilizadores de humor na doença bipolar; os inibidores seletivos da recaptação da serotonina na depressão maior e na perturbação obsessivo-compulsiva. Estas combinações também são verdade para algumas psicoterapias, por exemplo psicoterapia cognitivo-comportamental para perturbações fóbicas; internamento psiquiátrico em meio para comportamentos e ideias suicidas graves. Ainda assim, uma mistura de tratamentos é a norma nas intervenções psicoterapêuticas. Um estudo recente sobre o diagnóstico e tratamento da perturbação de hiperatividade e déficit de atenção em três países ricos é um bom exemplo, já que encontrou grandes diferenças entre as nações ao nível da incidência, opiniões sobre a gravidade da perturbação, e abordagens terapêuticas (Hinshaw et al, 2011). Outros estudos produziram evidência significativa de que o uso de medicação psicotrópica e psicoterapia em conjunto e em tandem, quando comparado com apenas um ou outro, traz um maior benefício ao utente. No entanto, a possibilidade de proporcionar ambos está dependente da disponibilidade de recursos e de pessoal (The MTA Cooperative Group, 1999; March et al, 2004).

Não raramente, preocupações éticas em relação aos tratamentos somáticos ou mediados pela palavra são apresentadas como se os dilemas éticos fossem diferentes. Na verdade, preocupações semelhantes aplicam-se a ambos. Ambos têm o potencial de produzir benefício ou prejuízo; uma análise de risco/benefício deve preceder a escolha de qualquer um deles ou ambos; o potencial para engrandecimento desnecessário do terapeuta é inerente a ambos; a prestação incorreta de um ou outro pode facilmente prejudicar o utente. A medicação psicotrópica, a electroconvulsivoterapia e as medicinas complementares ou “naturais” podem todas afetar diretamente a estrutura do cérebro em desenvolvimento, os complexos dos recetores de neurotransmissores, e outros sistemas de órgãos do corpo. Os efeitos secundários potenciais mais imediatos são conhecidos, já no que diz respeito aos de longo prazo é ainda pouco claro. De um modo semelhante, uma psicoterapia benéfica ou inadequada é mais provável que apresente respetivamente efeitos positivos ou negativos óbvios no curto-prazo. No longo-prazo os efeitos no funcionamento psicológico, através da incorporação cognitiva da experiência, são difíceis de determinar.

A prescrição off-label de medicação é comum na prática pedopsiquiátrica devido à falta de estudos relevantes com crianças (Baldwin & Kosky, 2007; Bucheler et al, 2002; Efron et al, 2003; Hugtenburg et al, 2005). O seu potencial para causar benefício ou prejuízo é incerto e variável. Exemplos disto incluem

o uso de agonistas alfa como segunda linha para o tratamento da perturbação de hiperatividade e déficit de atenção; os neurolépticos nas perturbações do comportamento graves; e o uso de lítio, anticonvulsivantes e neurolépticos no tratamento de um conjunto cada vez maior de utentes diagnosticados, nos últimos anos, com doença bipolar na infância. De um modo semelhante, a aplicação de uma única modalidade psicoterapêutica para várias perturbações; as dificuldades na prestação de psicoterapias devido a uma ênfase insuficiente na formação (Tucker et al, 2009); o foco no indivíduo em detrimento da família ou vice-versa; e a incorporação de restrição física ao invés do uso de métodos de restrição estruturados (até no contexto da aprovação cultural das primeiras) são todos exemplos de terapêuticas mediadas pela palavra e pelo ambiente ou abordagens que podem ter efeitos deletérios em algumas crianças não obstante beneficiarem outras. A inovação e a crescente responsabilização contribuem para o desenvolvimento do campo ao adicionarem conhecimento e sublinham a necessidade de uma cada vez melhor formação e da expansão do arsenal terapêutico. Ao mesmo tempo, relevam os limites da técnica e a arrogância dos profissionais.

Para lá dos tratamentos para as perturbações psiquiátricas diagnosticáveis, os tratamentos preventivos merecem também uma menção (Layne et al, 2008; Sanders, 2002, Silverman et al, 2008). Enquanto numerosos estudos descrevem tratamentos de perturbações de stress pós-trauma em crianças, o treino de inoculação de stress foi desenhado para bloquear as respostas de stress pós-traumáticas pela sua indução antes da antecipada exposição a situações indutoras de stress. Os estudos descrevem intervenções grupais mediadas por um professor, conduzidas por um pedopsiquiatra ou de outros profissionais de saúde mental, que utilizam metas de treino de resiliência à institucionalização por inoculação de stress e fortalecimento psicológico em grupos de crianças previamente expostas a traumas massivos (Wolver et al, 2003). Enquanto estes estudos levantam preocupações éticas, por exemplo, o sonegar de uma putativa intervenção terapêutica para os estudantes do grupo de controlo, parece que o envolvimento de pedopsiquiatras no treino dos educadores claramente beneficia os jovens tratados. Quando intervenções preventivas e potencialmente terapêuticas são realizadas desta forma, um número muito maior de crianças retira potenciais benefícios quando comparado com intervenções realizadas após os factos e numa lógica de um-para-um. Esta abordagem segue o princípio ético da justiça social, já que presta benefícios de uma forma essencialmente equitativa. Também proporciona um contraste claro no que diz respeito ao contexto, e indo ao encontro do pensamento ético que está por detrás dos modelos de saúde pública de cuidados, que contrastam com a perspetiva tradicional de prestação de cuidados ao indivíduo.

CONCORDÂNCIA, CONSENTIMENTO, DISSENTIMENTO E AGÊNCIA

Com a exceção dos casos urgentes, a avaliação, o diagnóstico e o tratamento apenas devem ser realizados com a concordância da criança e do seu pai/tutor. Em muitos países o sistema judiciário faz distinções entre as capacidades mentais das crianças e dos adultos, não obstante as idades definidas para fazer esta distinção variarem entre jurisdições e países. São considerados adultos os indivíduos competentes para tomar decisões em relação ao próprio e referentes aqueles de

Off-label

Por prescrição off-label entende-se o uso de um medicamento para uma perturbação, faixa etária ou via de administração diferente (exemplo, oral, parenteral) que não está formalmente aprovada pela agência reguladora (Exemplo, FDA, EMEA). Esta pode variar consoante os países.

A prescrição off-label de medicação é comum na prática pedopsiquiátrica devido à falta de estudos relevantes com crianças e adolescentes. O seu potencial para causar benefício ou prejuízo é incerto e variável.

quem detêm a guarda. Desta forma, só eles podem consentir o tratamento das crianças ao seu cuidado (Macbeth, 2002). As crianças, por definição legal, não detêm as competências necessárias para dar a *concordância*, mas têm a capacidade psicológica de expressar *consentimento* ou *dissentimento* (United Nations Centre for Human Rights, 1990), ainda assim, de que forma a significância do consentimento pode ser avaliada é uma questão ainda em aberto (Koelsch & Fegert, 2010). Quando os pais querem um tratamento para a sua criança e esta última concorda, os cuidados psiquiátricos são prestados sem questões de maior. No entanto, não é raro que existam conflitos entre pais/tutores e crianças em relação à necessidade de tratamento, com os pais por norma a concordarem com a necessidade do tratamento e as crianças a recusarem ou a resistirem. É universalmente percebido que a segurança da criança se sobrepõe a todas as outras considerações, isto avaliza as decisões dos profissionais que condicionam o direito à autonomia do menor. As situações típicas incluem os jovens suicidas ou os adolescentes anoréticos, física e mentalmente debilitados, hospitalizados em serviços de psiquiatria contra a sua vontade.

É sempre uma incumbência do pedopsiquiatra levar em consideração o grau de desenvolvimento emocional e de maturação cognitiva da criança quando se trata destas questões. Por exemplo, uma criança de 8 anos opositiva que é frequentemente fisicamente agressiva na escola, pode ser levado, pelos pais à consulta para uma avaliação psiquiátrica contra a sua vontade. Pelo contrário, um adolescente de 17 anos que aborrece os pais, já que se recusa a participar no rito religioso, não parece necessitar de cuidados profissionais, assim, o seu dissentimento em relação à sua avaliação psiquiátrica parece merecer respeito e deferência. Em suma, a idade cronológica da criança, o grau de cognição e maturidade emocional, e a preocupação em relação à sua segurança devem ser avaliados, bem como, quando se poderá ou quanto deve ser respeitada a capacidade de tomada de decisões autónomas do jovem. Estas considerações contribuem por sua vez para o cumprimento do objetivo do pedopsiquiatra de escolher a solução de maior benefício para a situação clínica em questão. (De notar que deliberações semelhantes devem prevalecer nas situações em que crianças participem em investigação psiquiátrica. Este assunto é discutido posteriormente na secção sobre investigação).

Diversas partes interessadas solicitam ou exigem ao pedopsiquiatra considerações em relação à evolução clínica do utente. Por exemplo, os pedopsiquiatras que prestam cuidados a jovens delinquentes, que viveram em instituições de acolhimento antes de serem colocados numa instituição psiquiátrica pelo sistema judicial, irão receber solicitações dos tribunais, serviços sociais, hospitais e instituições de tratamento residencial, do menor e da sua família biológica ou de acolhimento. Não é raro que cada entidade tenha diferentes, e possivelmente contrárias, metas e objetivos. É provável que o pedopsiquiatra sinta um grau considerável de obrigação para todos estes agentes. Em termos éticos, o pedopsiquiatra pode passar por uma crise de *agência*, por exemplo, a qual destas entidades deve fidelidade? Em última análise, o conceito e o princípio da *fidelidade* ditam que a primeira responsabilidade e obrigação do pedopsiquiatra seja *advogar* pelo utente, este deve procurar o resultado que seja mais benéfico ou menos prejudicial para o jovem. Para chegar ao resultado necessário é frequente que o pedopsiquiatra tenha de facilitar a comunicação entre os vários interessados e, muitas vezes fazer uma mediação entre estes. A principal obrigação ética do

Idade de consentimento

Na maior parte dos países a idade da maioridade são os 18 anos (embora esta varie entre os 14 e os 21 anos). A idade da maioridade corresponde ao momento em que a lei reconhece que os menores deixam de ser considerados crianças (e cessa a responsabilidade dos seus pais) e assumem o controle sobre a sua pessoa e as suas ações. No entanto, em alguns países (por exemplo a Austrália e o Reino Unido) os menores (pessoas com menos de 18 anos) podem consentir tratamento e participar em estudos de investigação a partir dos 16 anos ou até mais cedo ("menores maduros"). Consulte também o capítulo J.3.

psiquiátrica é, no entanto, advogar pelos interesses do utente.

Periodicamente, tanto os pais como as nações, se entregam a derivas autoritárias. Uma ilustração ao nível da família é o caso dos pais que culpam os seus filhos pela disfunção familiar, que se recusam a fazer terapia familiar e, posteriormente “resolvem o problema”, diminuindo assim a tensão, enviando as crianças para colégios internos (Salinger, 1951). Um exemplo disto a um nível mais elevado é a administração de uma cidade que expulsa um número elevado dos seus residentes, incluindo os “instáveis” doentes mentais, para outros locais, descrevendo estes cidadãos como ameaças à segurança pública (Spegele, 2011). E ambos os casos o direito de autonomia de cidadãos relativamente indefesos é ignorado. Claro que existem forças que estão para lá do controle do pedopsiquiatra, mas este, enquanto profissional, deve bater-se pelas intervenções que sejam mais respeitadoras das escolhas individuais e que produzam melhores resultados clínicos tanto para os pequenos como para os grandes grupos de utentes.

CONFIDENCIALIDADE

Por norma os indivíduos têm direitos de privacidade, o que implica que eles controlem a propriedade da sua informação pessoal. Quando tal informação é comunicada aos médicos no decurso de uma avaliação ou tratamento, o médico está ética (Winslade, 1978) e legalmente (Simon, 1987) obrigado a tratar essa informação com confidencialidade, não a revelando a ninguém sem o consentimento do utente, o seu proprietário. Este comportamento profissional respeita a *autonomia* do utente e também previne o risco (*não maleficência*) a que poderia ser sujeito tanto o utente individualmente como a relação médico – utente, caso o sigilo fosse quebrado.

A manutenção da confidencialidade, independentemente da circunstância, não é intrinsecamente boa, tal devoção rígida ao conceito pode causar mal. Várias questões merecem consideração. Primeiro, a diferença entre a capacidade cognitiva das crianças e dos adultos sugere que estes últimos adquiriram uma maturação cognitiva que as crianças apenas atingirão após um processo contínuo de maturação que ocorre ao longo da adolescência. Assim, entende-se que as crianças não possuem a amplitude de compreensão que se presume nos adultos – neste caso concreto, uma sólida compreensão dos direitos de confidencialidade e seus possíveis limites. Consequentemente, da mesma forma que as crianças recorrendo a um raciocínio semelhante, não podem consentir o tratamento, apenas os seus tutores legais podem *consentir* a divulgação de informação confidencial da criança para terceiros. Segundo, os tratamentos psiquiátricos para crianças são por norma iniciados pelos pais ou pelos seus tutores, presumivelmente com uma intenção benigna. É natural que os pais desejem feedback do pedopsiquiatra em relação à sua criança, podem estar diretamente envolvidos no tratamento da criança, e frequentemente expressam o desejo de aceder à informação clínica dos filhos, incluindo material possivelmente confidencial. Em terceiro lugar, uma compreensão da confidencialidade, da sua desejabilidade e benefícios, desenvolve-se gradualmente, concomitantemente com o desenvolvimento do sentido de autonomia da criança. A criança pré-escolar e do início da idade escolar ficaria chocada e chateada se o clínico não fornecesse a informação pertinente aos seus pais com a justificação de que estaria a guardar a confidências da criança. Esta ação por parte do clínico poderia perturbar a estabilidade emocional do utente. É com a maturação da criança que se torna mais

provável que esta peça especificamente ao pedopsiquiatra que este não partilhe material sensível com os seus pais.

Geralmente as lutas pais – criança pelo controlo da informação surgem na adolescência. Os adolescentes levantam com frequência assuntos que entram em conflito com os costumes e as atitudes sociais e parentais prevalentes ou que levantam preocupações de segurança. De um ponto de vista retórico, como pode o pedopsiquiatra abordar a intensão expressa do utente de entrar no sistema informático da escola; ter atividades sexuais proibidas; experimentar drogas ilícitas; não se deitar à hora estabelecida; aventurar-se em comunidades perigosas com os amigos; ou empreender, de forma encoberta, atividades políticas perigosas? Estas situações põem à prova a proficiência do clínico, e criam um conflito interno entre o respeito ou violação da autonomia e dos direitos de confidencialidade do utente, que aqui ocupam uma posição central.

Vários princípios equilibram a situação. A segurança é a principal consideração. Se um psiquiatra se aperceber do risco iminente de um adolescente se colocar a ele ou a outros em perigo, deve quebrar a sua lealdade à confidencialidade e os tutores ou outras entidades protetoras devem ser informadas para assegurar a manutenção da vida e da segurança do utente ou do ambiente. Na ausência de expressões francas de intenções ou comportamentos potencialmente suicidas ou homicidas, surge uma área cinzenta, que envolve graus variáveis de risco potencial (Ponton, 1997). Nestas situações é necessária uma avaliação sensível das circunstâncias mantendo, na melhor das hipóteses, incerteza no que respeita à violação dos direitos de confidencialidade.

Para além disto, os clínicos podem melhor ajudar os seus utentes se evitarem ficar aprisionados por regras rígidas no que diz respeito aos direitos de confidencialidade. Pelo contrário, a adoção de início de uma abordagem terapêutica familiar ao invés de uma baseada apenas no indivíduo, a existência de confiança mútua ao invés da administração paternalista de conselhos como base para o estabelecimento de uma relação terapêutica, o encorajamento do uso da razão, persuasão, tato e juízo clínico, ditam o grau com que a informação confidencial pode ser transmitida e por quem. Uma colaboração semelhante é necessária com as crianças e os seus pais nas situações em que material escrito será transmitido a agências ou outros prestadores de cuidados. Dada a potencial longevidade do material é aconselhável precaução (Alessi, 2001), tal como no caso da sua libertação para recipientes não desejados (Conn, 2001), ambas situações que devem ser discutidas com o utente e o seu tutor.

As famílias tradicionais, que vivem em contextos pobres ou que emigraram para um contexto de maior riqueza material, muitas vezes contrastam com as famílias originárias deste último local já que prestam uma menor atenção à autonomia dos seus filhos, o que, por contraste, põe um maior ênfase na necessidade da vontade do jovem se aproximar das metas e desejos dos adultos da família ou clã. Nestas famílias, a noção de direitos de confidencialidade da criança pode ser mais questionada. Por exemplo: “Qualquer coisa que a minha criança queira dizer pode e deve ser dita estando eu presente – não temos nada a esconder uns dos outros”. Entrar em confrontação aberta com esta frase elencando os direitos de confidencialidade conduzirá, muito provavelmente, a um fracasso. Ao invés disto, a tomada de conhecimento do desejo parental de que a informação pertinente lhe

seja transmitida, promovendo ainda assim a compreensão dos benefícios potenciais do respeito pela autonomia individual, dentro de um modelo que enfatize a inclusão de todos os membros da família, poderá ter um resultado mais eficaz e trazer maior benefício à criança. Ao contrário dos diferentes tipos de famílias, um estudo que procurou determinar as respostas dos psiquiatras em três diferentes países a determinados cenários de confidencialidade, não revelou diferenças significativas entre os clínicos (Lindenthal et al, 1985).

INVESTIGAÇÃO

Como as crianças não podem dar o consentimento, a investigação em que elas tomam parte coloca desafios éticos. Digno de nota é o fato de ser cada vez mais considerado que é do melhor interesse das crianças que se faça investigação de boa qualidade – a falta de evidência sobre a eficácia de vários tratamentos nas crianças já foi anteriormente referida e a extrapolação para as crianças dos resultados encontrados em ensaios feitos com populações de adultos não é necessariamente válida. Para tentar resolver este problema alguns governos (por exemplo os Estados Unidos da América) dão incentivos financeiros (por exemplo, através da extensão do período da patente do fármaco) se for também realizada investigação nas crianças. Apesar disto, a pesquisa com jovens tem de seguir cuidadosamente os princípios e requerimentos éticos dados os riscos de exploração. Este princípios estão plasmados em vários documentos que se baseiam no [Código de Nuremberga](#) (que contem os princípios éticos da investigação em que há experimentação em Humanos e que resultou dos julgamentos de Nuremberga após a Segunda Guerra Mundial) e na [Declaração de Helsínquia de 1974](#) (O capítulo J.7 deste livro descreve em detalhe as implicações para a investigação da Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Crianças, particularmente nos países de baixo rendimento e em comunidades que se deparam com guerras ou instabilidade civil).

A Declaração de Berlim da IACAPAP (2004) – Princípios Éticos na Saúde Mental da Criança e do Adolescente (revisto em Melbourne, 2006) – refere que o consentimento informado para se ser o sujeito de investigação deve seguir os seguintes princípios:

- É essencial que a investigação clínica que envolve seres humanos tenha por fim a promoção da saúde
- O bem-estar dos sujeitos alvo de investigação tem prioridade sobre os interesses da ciência ou da sociedade
- A realização de um projeto de investigação que envolve seres humanos deve ser baseada numa proposta de investigação escrita e clara aprovada por uma comissão de ética independente que inclua representantes dos pais e da justiça
- A participação é voluntária. Qualquer pessoa pode recusar ou descontinuar a participação sem ser alvo de pressões, penalizações ou perda de benefícios
- As crianças e os adolescentes podem não ter a capacidade de dar um consentimento informado para serem um objeto de investigação. Ainda assim, a sua concordância tem de ser obtida. O nível de concordância deve levar em conta a idade, maturidade e o estado psicológico da criança envolvida. Se a criança não é capaz de dar a sua concordância, a

“concordância por procuração” de um dos progenitores ou representante legal é necessária

- O consentimento informado requer uma declaração de que o estudo envolve investigação, e informação sobre os pressupostos, a duração e os procedimentos do estudo. Deve incluir uma descrição dos riscos espectáveis, dos desconfortos envolvidos e dos benefícios esperados para o sujeito, bem como dos resultados da investigação. Os tratamentos alternativos devem ser discutidos
- Atualmente uma boa parte das prescrições de psicofármacos a crianças são “off-label”. Há uma necessidade urgente de investigação ao nível do uso de psicofármacos em crianças. É um imperativo ético que o uso de fármacos em crianças seja estudado e a sua eficácia empiricamente estabelecida antes de o seu uso se generalizar. Os resultados dos ensaios clínicos devem estar disponíveis para o público mesmo quando os estudos não se mostram capazes de estabelecer empiricamente eficácia. “Nenhum ensaio clínico está terminado enquanto não se disponibilizarem os resultados.”

A investigação com crianças deve ser sempre revista e aprovada por comités de ética constituídos de forma adequada; este é um requisito para a publicação na maioria das revistas científicas. Nos Estados Unidos da América os regulamentos federais especificam as circunstâncias em que a investigação com crianças pode ser aprovada; por exemplo, se a investigação:

- *Não envolver riscos para lá dos mínimos*
- *Envolver riscos para lá dos mínimos, mas aparentar ter benefício direto para o indivíduo em estudo. Neste caso o risco é justificado pelo benefício antecipado e a relação entre o benefício antecipado dado o risco é, no mínimo, tão favorável para o indivíduo como as alternativas disponíveis*
- *Envolve riscos para lá dos mínimos e não aparenta trazer benefício direto ao indivíduo em estudo, mas é provável que traga conhecimento generalizável em relação à doença em estudo se:*
 - O risco representa um aumento mínimo em relação ao risco mínimo
 - A intervenção é comparável ao nível da experiência com a inerente à intervenção médica, psicológica, social, ou educacional, usual ou esperada e
 - É provável que a intervenção traga conhecimento generalizável sobre a patologia do sujeito que é de importância vital para a compreensão e melhoria da condição do sujeito.
- *Investigação que se apresente como uma oportunidade para perceber, prevenir, ou aliviar um problema sério que afeta a saúde ou bem-estar de crianças se:*
 - A investigação apresenta-se como uma oportunidade razoável para aprofundar o conhecimento, a prevenção, ou aliviar um problema grave que afeta a saúde e bem-estar da criança, e
 - A investigação será conduzida de acordo com os princípios éticos

A utilização de placebos tem sido mais controversa nas crianças que

nos adultos. Se a necessidade de ensaios clínicos controlados contra placebos é conhecida, os placebos não devem ser utilizados se houver um risco de causar dano aos participantes ou quando um tratamento igualmente seguro se encontra disponível.

Concordância

Obter Concordância significa (Committee on Bioethics of the American Academy of Paediatrics, 1995):

- Ajudar as crianças a alcançar uma compreensão apropriada ao seu desenvolvimento da natureza da sua doença
- Explicar aquilo que podem esperar (bom e mau) do tratamento
- Avaliar a compreensão da criança da situação, incluindo se estão a ser pressionadas de maneira inapropriada, e
- Procurar uma expressão da vontade da criança em aceitar o tratamento

Quando se trata de participar em investigações, se as crianças não têm escolha e a sua recusa ou dissentimento não contam, não se deve fingir que foi requerida concordância ou dada a possibilidade de escolha. As crianças necessitam de saber se têm, ou não, direito a escolher. Um requerimento de concordância protege as crianças de riscos psicológicos e outros. As crianças beneficiam de ter conhecimento do que se vai passar, tendo uma palavra a dizer e o direito de ser ouvidas mesmo que não possuam a autoridade para tomar a decisão final. A procura de concordância deve também respeitar a criança enquanto pessoa, isso passa por providenciar à criança a oportunidade de desenvolver autonomia. Ainda assim, a concordância por si só não é suficiente para autorizar a participação numa investigação.

Dissentimento

Significa que as objeções e mal-estar da criança são levados em conta mesmo quando a criança é incapaz de participar na discussão ou de tomar a decisão. No caso da participação em ensaios clínicos, o dissentimento não funciona apenas aquando do recrutamento para o estudo. O dissentimento pode estar relacionado com o desejo da criança se retirar da investigação.



Clique na imagem para acessar “Entendendo o Consentimento em Pesquisas com Crianças: As questões Éticas”

São os pais que tomam as principais decisões em relação às suas crianças, incluindo as que dizem respeito à participação em investigações. A tomada de decisão parental é um fator crítico da ética na investigação pediátrica, embora se reconheça que os pais, tal como os investigadores, podem ter interesses que entrem em conflito com o melhor interesse da criança. O papel legítimo da criança em decisões sobre a participação em estudos de investigação é também reconhecido. O conceito ético de concordância fornece uma base de auxílio para os investigadores e pais, esforçando-se por incluir as visões da criança que é recrutada como sujeito em investigação. A concordância é análoga ao consentimento nas situações em que os participantes apresentam uma reduzida capacidade de perceber aquilo com que estão a concordar.

Se os princípios gerais sobre o consentimento para a investigação são largamente aceites, há variações entre os países e os assuntos podem tornar-se mais complicados em situações especiais. Por exemplo, na Austrália e no Reino Unido os menores podem, em algumas situações, consentir a investigação sem um consentimento adicional por parte dos pais se a criança for “madura o suficiente para perceber”. Quando o jovem demonstra maturidade, o risco da participação na investigação não é mais que um desconforto, o objetivo é beneficiar jovens e há outras boas razões para não envolver os pais (por exemplo, alguns estudos sobre

internet), então o menor pode dar o consentimento. Além disso, o consentimento dos pais nem sempre é necessário, por exemplo em situações em que pedir o consentimento dos pais é inapropriado (por exemplo, se os pais são negligentes ou abusivos) ou não confere qualquer proteção (ainda assim o consentimento por parte de um outro adulto pode ser necessário se esse adulto é o responsável pela segurança e bem-estar da criança).

Um outro assunto que pode levantar questões é perceber se é aceitável oferecer dinheiro ou outros benefícios a crianças em troca da sua participação na investigação e, se é, em que circunstâncias (esta situação apenas se coloca quando dinheiro ou outros valores são superiores ao reembolso das despesas). As políticas sobre recompensas também variam entre países, mas serão consideradas não éticas se a recompensa puder levar os participantes – ou aqueles que decidem por eles – a ignorar ou a desvalorizar riscos consideráveis.

POTPOURRI

Dado que o pensamento ético suporta a estrutura e a prática da psiquiatria da infância e da adolescência no seu todo, a variedade de temas que podem ser potencialmente discutidos é vasta. Os mais relevantes já foram referidos e os tópicos que seguem, discutidos de forma breve, estão abertos à investigação em maior detalhe.

Conflitos de interesses

A comunicação social deu uma atenção considerável à influência de terceiros num passado recente, consequência dos esforços da indústria farmacêutica para promover as vendas dos seus produtos através de subsídios, tanto declarados como subtis, e outros incentivos dados aos médicos (Schowalter, 2008). Tentativas externas de influência são também exercidas pelas seguradoras, agentes escolares, agências governamentais, tutores, colegas e investidores financeiros. A competição entre lealdades internas pode evoluir de rivalidades, relações, paixões intelectuais e interpessoais, para vieses ao invés de julgamentos imparciais (Walter et al, 2010). É comum que estes conflitos surjam tanto nos contextos da investigação e da publicação como no das relações interpessoais. Em todos os casos, o pedopsiquiatra é obrigado a colocar em primeiro lugar o bem-estar do utente, acima de todos os outros interesses em competição. Os impulsos internos em conflito são melhor endereçados através da transparência, honestidade, notificação, divulgação, autoexame e autoescrutínio. O mais rigoroso dos testes é a colocação do clínico no lugar do paciente, examinando a questão dessa perspectiva (Brewin, 1993).

Ensino, instrução e coação

A ética da educação é mandatada pelos corpos de acreditação do internato médico (Dingle & Stuber, 2008). Os tópicos que são normalmente abordados incluem a advocacia, consentimento/concordância, agência, autonomia, investigação, fronteiras, confidencialidade, relação do clínico com os prestadores de cuidados de saúde e a indústria, e a relação e distinção entre a ética e a lei (Sondheimer, 1998). O estudo do código de ética da psiquiatria da infância e da adolescência do país é recomendado. Os recursos ao dispor dos pedopsiquiatras que se deparam com problemas éticos incluem os comités de ética, a equipa de avaliação institucional, os corpos de acreditação médica do estado ou do país, e os indivíduos com mérito reconhecido na ética. Queixas de natureza ética contra

Autoria

O International Committee of Medical Journal Editors (2006) refere que a autoria deve ser baseada em todos os seguintes critérios:

- Contribuição substancial para a conceptualização e desenho do estudo, ou recolha de dados, ou sua análise e interpretação
- Esboço do artigo ou revisão crítica; e
- Aprovação do texto final

Autoria “convidada, “honorária” ou “oferecida” são todas consideradas não éticas. Um autor convidado é um que sabe que é listado como autor para influenciar os revisores ou que procura algum benefício ou favor profissional.

médicos são periodicamente levantadas por utentes, suas famílias ou, raramente, por colegas. Estas reclamações devem ser canalizadas para indivíduos ou comités especialistas em ética, que podem recomendar qual a melhor forma de proceder e quais os passos posteriores a dar.

Conflitos de interesse

Os conflitos de interesses podem ser inevitáveis devidas às múltiplas responsabilidades e relacionamentos que são parte integrante da prática médica. Estar sujeito a interesses que estão em competição não é, ainda assim, necessariamente não ético. A manutenção de uma prática ética é determinada pela forma como se lida com os mesmos. O conhecimento dos padrões profissionais, o reconhecimento dos conflitos potenciais e a declaração apropriada são passos chave neste processo.

A investigação financiada pela indústria farmacêutica publicada em revistas de psiquiatria tem aumentado de forma sustentada. Além disso, os resultados positivos são mais frequentes em estudos financiados (78%) do que em estudos sem estes apoios da indústria (48%) ou nos estudos financiados por um competidor (28%) (Kelly et al, 2006). O problema é perceber até que ponto os resultados dos estudos financiados pela indústria podem ser confiados.

Os conflitos não se restringem a ensaios clínicos de medicamentos. Por ex., o The Lancet publicou em 1998 um estudo que sugeria uma ligação entre o autismo e a vacina tríplice (VASPR). Seu impacto foi global e assustou tanto pais como clínicos. Como consequência, a toma desta vacina no Reino Unido nos 5 anos seguintes decresceu 10% e os casos de sarampo quase quadruplicaram. Um jornalista descobriu posteriormente que o autor principal não tinha revelado que o Legal Aid Board o tinha indicado para determinar, pagando-lhe uma maquia considerável, se a evidência era suficiente para dar corpo a uma ação legal da parte dos pais de crianças alegadamente prejudicadas pela vacina. Posteriormente o The Lancet retirou o artigo e o UK General Medical Council concluiu que o autor principal não tinha condições para exercer. A investigação subsequente refutou de forma conclusiva a associação entre a vacina e o autismo (Demicheli et al, 2005).

Administração

O pedopsiquiatra trata pacientes individuais. Ele também encaminha utentes para unidades de internamento ou de consulta externa, hospitais, e instituições de tratamento residencial; é responsável por pequenos e grandes projetos de investigação; planeia os cuidados para uma população demográfica específica de dimensão altamente variável. Nestes papeis é responsável, ainda que indiretamente, pelo bem-estar e condições de trabalho dos utentes e dos trabalhadores. Em graus variáveis, o pedopsiquiatra administrador terá à sua responsabilidade o orçamento; a segurança de documentos de natureza tanto clínica como administrativa; e a supervisão de uma gama alargada de procedimentos de investigação, que incluem o recrutamento, a obtenção de consentimento, a salvaguarda da confidencialidade, a recolha e análise dos dados, e a disseminação dos resultados (Sondheimer, 2010). Os problemas éticos costumam surgir nestas atividades. Como financiar um novo serviço que pode ter um impacto negativo em outros, dado que os recursos institucionais ou governamentais são limitados; como lidar com profissionais que apresentam graus variáveis de adesão aos protocolos da organização; como lidar com o conselho de revisão da instituição cujos membros, muitas vezes, são mais amigáveis com algumas propostas do que com outras? Um raciocínio ético ajuda a perceber a melhor forma de resolver estes conflitos. Frequentemente, o foco no princípio da justiça (distributiva) ajuda a resolver os conflitos entre escolhas difíceis (Sabin & Daniels, 1994).

PREOCUPAÇÕES RECENTES E EMERGENTES

Genômica

Nas últimas duas décadas houve um crescimento exponencial do conhecimento em relação à informação genética, tendo surgido a capacidade de decodificar sequências completas de ADN de crianças. Foi feito um grande esforço para se determinar a relação entre genes específicos e doenças psiquiátricas. Se os resultados ainda não revelaram achados consistentes, é provável que a continuação das investigações produza resultados úteis no futuro, que conduzam a uma alteração da nomenclatura diagnóstica e à introdução de terapias génicas. A confidencialidade, o consentimento/concordância, o direito a saber e a não saber sobre a presença de uma doença, o rastreio autorizado contra o não autorizado, e a predição da idade de início da doença, estão entre as preocupações éticas levantadas pelas novas tecnologias e que vão requerer uma avaliação mais cuidada (Appelbaum, 2004).

Pródromos psiquiátricos

Analogamente ao potencial da genômica molecular para prever o desenvolvimento eventual de doença psiquiátrica, o exame das árvores familiares e a observação clínica conduziu a estudos de intervenção terapêutica com populações adolescentes em risco de desenvolverem esquizofrenia (McGorry, et al, 2009). De uma forma semelhante, a expansão do conceito de doença bipolar levou à exposição de crianças muito jovens a estabilizadores do humor, como foi referido anteriormente. Se numa análise superficial estes esforços preventivos parecem admiráveis, já que em teori, têm o potencial de travar o desenvolvimento e o padecimento de uma doença mental grave, eles podem ser também muito questionados dado o nível atual de conhecimento, ou melhor, de relativa ignorância, dos profissionais (Cornblatt et al, 2001). Ferramentas preditivas fiáveis do desenvolvimento de doença ainda não estão disponíveis, a determinação da efetividade preventiva ainda não é possível, as intervenções terapêuticas medicamentosas (com neurolépticos) podem causar maior prejuízo que benefício (especialmente quando prescritos a indivíduos que, antes de tudo mais, não necessitam deles), e indivíduos não psicóticos podem ser estigmatizados (Frances, 2011).

Neuroaprimoramento

O melhoramento farmacológico das funções normais levanta várias e diferentes questões. O pedopsiquiatra está confortável a tratar doenças ou disfunções (por exemplo, a dar antidepressivos para a depressão, neurolépticos para perturbações do pensamento graves) para desta forma melhorar o humor, cognição e funções relacionadas. Embora os diagnósticos, por norma, se baseiem no preenchimento de critérios, por vezes eles são usados porque os sinais sugerem a possível presença de uma perturbação. Por exemplo, os pais que procuram vantagens académicas para a sua criança podem procurar tratamento – com base em algumas queixas de dificuldades de atenção – utilizando a medicação estimulante para melhorar o foco nas tarefas. Estarão estes pais a procurar uma vantagem injusta? Será que estas manobras diminuem a autoestima derivada dos resultados obtidos através do trabalho e do investimento do próprio? Irá o pedopsiquiatra considerar os riscos potenciais, por exemplo os efeitos secundários, ou criar a ideia de que se pode confiar em substâncias como moletas? Ou será que melhorar a performance da criança é benéfico para a criança e para a sociedade como um todo (Farah et al,

2004)? Será que melhorar o humor e a cognição recorrendo a fármacos difere de forma significativa da melhoria no funcionamento físico e emocional resultante da colocação de uma prótese do joelho, do uso de injeções de Botox e das chávenas matinais de cafeína? Será que a sociedade distingue entre corpo e mente, sentindo-se mais confortável com o aumento das capacidades físicas do que das mentais (ou por outro lado, considerando o antagonismo que existe contra o uso de esteroides e “doping com células” no desporto)? O aumento das capacidades neurológicas levanta questões ao nível da identidade, do eu, do livre arbítrio, e da responsabilidade futura, e estas questões irão surgir com uma frequência ainda maior aos pais preocupados com os seus filhos (Cheung, 2010).

Informática, redes sociais, e bullying

A psiquiatria, após alguma trepidação inicial, mergulhou no mundo da eletrónica (Huang & Alessi, 1996). Os clínicos e as instituições utilizam computadores para conservar os registos, prescrever, faturar, marcar consultas e comunicar; o profissional reage eletronicamente à cobertura da comunicação social; e os clínicos desenham páginas web pessoais, blogs, e lidam com o uso e abuso de uma enorme variedade de instrumentos eletrónicos por parte dos pais. O mundo das novas tecnologias, como foi verdade em todas as épocas em relação à inovação tecnológica, tem o potencial para ter impacto positivo e negativo para os seus utilizadores e é melhor julgado pelos velhos e tradicionais critérios da ética. Os dilemas que as novas tecnologias levantam são essencialmente os mesmos, são simplesmente apresentados de uma nova forma. Para além do uso da heurística tecnológica pelo pedopsiquiatra na administração diária, educação, investigação e prática clínica, ela oferece benefícios específicos aos utentes, por exemplo, oportunidades para crianças do espectro das perturbações pervasivas do desenvolvimento, socialmente inaptas ou temerárias, se envolverem socialmente eletronicamente, ao invés de cara-a-cara (Panyan, 1984). Para muitos destes jovens, esta comunicação providencia uma sensação de interação confortável e, em alguns casos, leva-os a posteriormente conhecerem pessoalmente o indivíduo com que contactaram. De um modo semelhante, muitos programas de computador assistem crianças com perturbações da aprendizagem ou da comunicação.

Ainda assim, como com todas as novas tecnologias, também há espaço para a utilização incorreta. O bullying de crianças por colegas é um problema milenar, mas os autores puderam até aqui ser prontamente identificados. Com o advento das tecnologias atuais, por contraste, o cyberbullying permite um assédio anónimo e insuspeito de colegas vulneráveis e é frequentemente causa de mal-estar e, ocasionalmente, de artigos de primeira página de jornal após o suicídio de um jovem alvo de bullying ou “excluído” (Boyd & Marwick, 2011). Intervenções preventivas e pós-incidente foram criadas em resposta mas, dada a compreensão ainda imatura das consequências do anonimato dos meios eletrónicos por parte das crianças, estes comportamentos maliciosos continuam a ocorrer, num mundo em que o Facebook contém mais de 800 milhões de utilizadores. A ética psiquiátrica requer que o pedopsiquiatra esteja ciente destes desenvolvimentos, do potencial da informática para ser usada tanto para o bem como para o mal, da necessidade de defender e de cuidar daqueles que sofreram, de educar as comunidades no que diz respeito aos potenciais benefícios e riscos, e que seja capaz de ajudar na implementação de programas de intervenção de base escolar relevantes.

CONCLUSÃO

Os profissionais de saúde mental infantojuvenil, quer trabalhem em zonas ou países ricos, pobres, ou áreas de classe média, partilham responsabilidades – defender os direitos e prestar cuidados aos jovens, muito frequentemente o grupo etário menos protegido e mais vulnerável, independentemente da localização. Considerações éticas, princípios, e a forma como pensam sobre os dilemas, surjam estes no contexto clínico, administrativo ou de investigação, continuam a ser as mesmas, independentemente do local. Os recursos disponíveis são largamente variáveis, o que pode resultar em diferentes resoluções para lidar com estes dilemas nas diferentes localizações geográficas. A proteção e a implementação de intervenções benévolas para as crianças são as funções éticas fundamentais que são confiadas pela sociedade e pelos profissionais ao pedopsiquiatra. Este capítulo, que se centra em questões básicas como a concordância, o dissentimento, o diagnóstico, o tratamento, a confidencialidade e a investigação, aos quais se juntou um olhar sobre os recentes desenvolvimentos na disciplina, procurou fornecer uma matriz sobre as questões éticas com impacto na prática de saúde mental infantojuvenil, independentemente do país ou cidadania.

REFERÊNCIAS

- Alessi N (2001). Information technology and child and adolescent psychiatry. *Behavioral Health Trends*, 13:24-29.
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (2009). *Code of Ethics*.
- American Heritage New Dictionary of Cultural Literacy, 3rd edition (2005). New York: Houghton Mifflin.
- Angell M (2011). The illusions of psychiatry. *New York Review of Books*, 14 July.
- Appelbaum P (2004). Ethical issues in psychiatric genetics. *Journal of Psychiatric Practice*, 10:343-351.
- Aries P (1962). *Centuries of Childhood*. New York: Random House.
- Baker E (2011). Rebecca Riley's estate receives \$2.5M. *Weymouth News*, January 25.
- Baldwin D, Kosky N (2007). Off-label prescribing in psychiatric practice. *Advances in Psychiatric Treatment*, 13:414-422.
- Bass J, Bolton P, Murray L (2007). Do not forget culture when studying mental health. *Lancet*, 369:1302-1313.
- Beauchamp T (2009). The philosophical basis of psychiatric ethics. In S Bloch, S Green (eds) *Psychiatric Ethics*, 4th edition. Oxford: Oxford University Press, pp25-48.
- Belfer M, Eisenbruch M (2007). International child and adolescent mental health. In A Martin, F Volkmar (eds) *Lewis's Child and Adolescent Psychiatry*. Philadelphia: Wolters Kluwer, pp87-101.
- Betancourt T (2011). Attending to the mental health of war-affected children: the need for longitudinal and developmental research perspectives. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 50:323-325.
- Bloch S (2007). Care ethics: what psychiatrists have been waiting for to make sound ethical decisions. *Psychiatric Annals*, 37:787-791.
- Bostic J, Bagnell A (2001). School psychiatric consultation: an organizing framework and empowering techniques. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 10:1-12.
- Boyd D, Marwick A (2011). Bullying as true drama. *New York Times*, 23 September, pA35.
- Brener N, Weist M, Adelman H et al (2007). Mental health and social services: results from the school health policies and programs study. *Journal of School Health*, 77:486-499.
- Brewin T (1993). How much ethics is needed to make a good doctor? *Lancet*, 341:161-163.
- Bucheler R, Schwab M, Morike K et al (2002). Off label prescribing to children in primary care in Germany: retrospective cohort study. *British Medical Journal*, 324:1311-1312.
- Carey B (2007). Bipolar illness soars as a diagnosis for the young. *New York Times*, 4 September.
- Cheung E (2010). Psychiatry in the era of neuroethics. *Psychiatric Times*, 37:35-38.
- Committee on Bioethics of the American Academy of Pediatrics (1995). Informed consent, parental permission, and assent in pediatric practice. *Pediatrics*, 95:314-317.
- Conn J (2001). Jackson Health reports inappropriate access of patient records. 14 June. <http://www.modernhealthcare.com/article/20110614/NEWS>
- Cornblatt B, Lencz T, Kane J (2001). Treatment of the schizophrenia prodrome: is it presently ethical? *Schizophrenia Research*, 51:31-38.
- DeJong J, Van Ommeren M (2005). Mental health services in a multicultural society: interculturalization and its quality surveillance. *Transcultural Psychiatry*, 42:437-456.
- DeMause L (1974). The evolution of childhood. In L DeMause (ed) *The History of Childhood*. New York: Harper & Row.
- Demicheli V, Jefferson T, Rivetti A et al (2005). Vaccines for measles, mumps and rubella in children Cochrane Database of Systematic Reviews, 4. DOI: 10.1002/14651858.CD004407.pub2
- Dingle A, Stuber M (2008). Ethics education. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 17:187-207.
- Efron D, Hiscock H, Sewell J et al (2003). Prescribing of psychotropic medications for children by Australian paediatricians and child psychiatrists. *Pediatrics*, 111:372-375.
- Enzer N (1985). Ethics in child psychiatry – an overview. In D Schetky, E Benedek (eds) *Emerging Issues in Child Psychiatry and the Law*. New York: Brunner/Mazel.
- Farah M, Illes J, Cook-Deegan R, et al (2004). Neurocognitive enhancement: what can we do and what should we do? *Nature Reviews Neuroscience*, 5:421-425.
- Fombonne E (2005). Developing modern child psychiatry. *World Psychiatry*, 4:156.
- Forbes M (1992). *Refugee Women*. London: Zed Press.
- Frances A (2011). Australia's reckless experiment in early intervention. *Psychiatric Times*, June 8.
- Gabbard G, Nadelson C (1995). Professional boundaries in the physician-patient relationship. *Journal of the American Medical Association*, 273:1445-1449.
- Gabbard G, Weiss L, Roberts L et al (2011). *Professionalism in Psychiatry*. Washington DC: American Psychiatric Publishing.
- Giel R, Arango M, Clement C et al (1981). Childhood mental disorders in primary health care: results of observations in four developing countries. *Pediatrics*, 68:677-683.
- Goldberg C (2007). Bipolar labels for children stir concern. *Boston Globe*, February 15.

- Graham P (1999). Ethics and child psychiatry. In S Bloch, P Chodoff, S Green (eds) *Psychiatric Ethics*, 3rd edition. Oxford: Oxford University Press, pp301-315.
- Graham P, Orley J (1999). WHO's activities related to psychosocial aspects of health (including child and adolescent health and development). In G de Girolamo, N Sartorius (eds) *Promoting Mental Health Internationally*. London: Gaskell, pp117-131.
- Hinshaw S, Scheffler R, Fulton B et al (2011). International variation in treatment procedures for ADHD: social context and recent trends. *Psychiatric Services*, 62:459-464.
- Holden E, Santiago R, Manteuffel B et al (2003). Systems of care model demonstration projects: innovation, evaluation, and sustainability. In A Pumariega, N Winters (eds) *Handbook of Child and Adolescent Systems of Care: the New Community Psychiatry*. San Francisco: Jossey-Bass, pp432-459.
- Huang M, Alessi N (1996). The Internet and the future of psychiatry. *American Journal of Psychiatry*, 153:861-869.
- Hugtenburg J, Heerdink E, Tso Y (2005). Psychoactive drug prescribing by Dutch child and adolescent psychiatrists. *Acta Paediatrica*, 94:1484-1487.
- IACAPAP (2006). *Ethics in Child and Adolescent Mental Health*.
- Kelly R, Cohen L, Semple R et al (2006). Relationship between drug company funding and outcomes of clinical psychiatric research. *Psychological Medicine*, 36:1647-1656.
- Kim Y-S, Leventhal B, Koh Y-J et al (2011). Prevalence of autism spectrum disorders in a total population sample. *American Journal of Psychiatry*, 168:904-912.
- Kirmayer L, Minas H (2000). The future of cultural psychiatry: an international perspective. *Canadian Journal of Psychiatry*, 45:438-446.
- Koelsch M, Fegert J (2010). Ethics in child and adolescent psychiatric care: an international perspective. *International Review of Psychiatry*, 22:258-266.
- LaFraniere S, Levin D (2010). Assertive Chinese held in mental wards. *New York Times*. November 11.
- Lambert L (2010). Rebecca Riley murder case puts focus on bipolar disorder and kids. *Patriot Ledger.com*. February 20.
- Layne C, Saltzman W, Popleton L et al (2008). Effectiveness of a school-based group psychotherapy program for war-exposed adolescents: a randomized control trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45:1048-1062.
- Leckman J, Leventhal B (2008). A global perspective on child and adolescent mental health. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 49:221-225.
- Lewis O, Sargent J, Friedrich W et al (2001). The impact of social change on child mental health in Eastern Europe. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 10:815-824.
- Lindenthal J, Thomas C, Ghali A (1985). A cross-cultural study of confidentiality. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 20:140-144.
- Macbeth J (2002). Legal issues in the treatment of minors. In D Schetky, E Benedek (eds) *Principles and Practice of Child and Adolescent Forensic Psychiatry*. Washington DC: American Psychiatric Publishing, pp309-323.
- Malhotra S (1995). *Study of Psychosocial Correlates of Developmental Psychopathology in School Children: Report to Indian Council for Medical Research*. New Delhi: Indian Council for Medical Research.
- March J, Silva S, Petrycki S et al (2004). Fluoxetine, cognitive-behavioral therapy, and their combination for adolescents with depression. Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS) randomized control trial. *Journal of the American Medical Association*, 292:807-827.
- McGorry P, Nelson B, Amminger G et al (2009). Intervention in individuals at ultra-high risk for psychosis: a review and future directions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 70:1206-1212.
- Moreno C, Laje G, Blanco C et al (2007). National trends in the outpatient diagnosis and treatment of bipolar disorder in youth. *Archives of General Psychiatry*, 64:1032-1039.
- Musto D (2007). Prevailing and shifting paradigms: a historical perspective. In: A Martin, F Volkmar (eds) *Lewis's Child and Adolescent Psychiatry*. Philadelphia: Wolters Kluwer, pp11-17.
- Omigbodun O (2008). Developing child mental health services in resource-poor countries. *International Review of Psychiatry*, 20:225-235.
- Panther-Brick C, Goodman A, Tol W et al (2011). Mental health and childhood adversities: a longitudinal study in Kabul, Afghanistan. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 50:349-363.
- Panyan M (1984). Computer technology for autistic students. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 14:375-382.
- Patel V, Flisher A, Hetrick S et al (2007). Mental health of young people: a global public health challenge. *Lancet*, 369:1302-1313
- Pescosolido B, Perry B, Martin J et al (2007). Stigmatizing attitudes and beliefs about treatment and psychiatric medications for children with mental illness. *Psychiatric Services*, 58:613-618.
- Pies R (2007). How "objective" are psychiatric diagnoses? *Psychiatry*, 4:18-22.
- Ponton L (1997). *The Romance of Risk: Why Teenagers Do The Things They Do*. New York: Basic Books.
- Raffaelli M, Larson R (1999). *Homeless and Working Youth Around the World – Exploring Developmental Issues*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Robertson B, Mandhate C, Seif El Din A, et al (2004). Systems of care in Africa. In H Remschmidt, M Belfer, I Goodyer (eds) *Facilitating Pathways: Care, Treatment and Prevention in Child and Adolescent Mental Health*. Berlin: Springer, pp71-78.
- Rosen A, Walter G, Casey D et al (2000). Combating psychiatric stigma: an overview of contemporary initiatives. *Australasian Psychiatry*, 8:19-26.

- Rutter M (2010). Child and adolescent psychiatry: past scientific achievements and challenges for the future. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 19:689-703.
- Sabin J, Daniels N (1994). Determining medical necessity in mental health practice. *Hastings Centre Report*, 24:5-14.
- Salinger J (1951). *Catcher in the Rye*. Little, Brown & Co.
- Sanders M (2002). Parenting interventions and the prevention of serious mental health problems in children. *Medical Journal of Australia*, 177:S87-S92.
- Sartorius N, Kaelber C, Cooper J et al (1993). Progress towards achieving a common language in psychiatry. Results from the ICD-10 clinical field trial of mental and behavioural disorders. *Archives of General Psychiatry*, 50:115-124.
- Schetky D (1995). Boundaries in child and adolescent psychiatry. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 4:769-778.
- Schowalter J (2008). How to manage conflicts of interest with industry? *International Review of Psychiatry*, 20:127-133.
- Silverman W, Ortiz C, Viswesvaran C et al (2008). Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents exposed to traumatic events. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37:156-183.
- Simon R (1987). *Clinical Psychiatry and the Law*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- Slavney P (1993). The mind-brain problem, epistemology, and psychiatric education. *Academic Psychiatry*, 17:59-66.
- Smith C (2005). Origin and uses of *primum non nocere* – above all, do no harm! *Journal of Clinical Pharmacology*, 45:371-377.
- Sondheimer A (1998). Teaching ethics and forensic psychiatry: a national survey of child and adolescent psychiatry training programs. *Academic Psychiatry*, 22:240-252.
- Sondheimer A (2010). Ethics and risk management in administrative child and adolescent psychiatry. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 19:115-129.
- Sondheimer A (2011). Because something is happening here but you don't know what it is – do you, Mr. Jones? *American Academy of Child & Adolescent Psychiatry News*, 42:129-130.
- Spegele B (2011). Shenzen expels 80,000 mentally ill and other “threats”. *Wall Street Journal*. 12 April.
- Spriggs M (2010). *Understanding Consent in Research Involving Children: The ethical Issues*. Melbourne: Children's Bioethics Centre.
- Stein M, Stein P, Weiss D et al (2009). Health care and the UN disability rights convention. *Lancet*, 374:1796-1798.
- Stover J, Bollinger L, Walker N et al (2007). Resource needs to support orphans and vulnerable children in sub-Saharan Africa. *Health Policy and Planning*, 22:21-27.
- Thara R, Srivanasan T, Sadana R et al (2001). Highlights from the CAR study in India, Cambodia and Nigeria. In T Ustun, S Chaterji et al (eds) *Disability and Culture, Universalism and Diversity*, ICIDH-2 series. Geneva: World Health Organization, chapters 4,13.
- The MTA Cooperative Group (1999). A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Archives of General Psychiatry*, 56:1073-1086.
- Tucker P, Garton T, Foote A et al (2009). In support of early psychotherapy training. *Psychiatric Times*, 1 December.
- UNICEF (2000). *The State of the World's Children*. New York: UNICEF.
- United Nations (2007). Convention on the Rights of Persons with Disabilities. *European Journal of Health Law* 14:281-298.
- United Nations Centre for Human Rights (1990). *The Convention on the Rights of the Child*. London: UNICEF.
- Van Ommeren M (2003). Validity issues in transcultural epidemiology. *British Journal of Psychiatry*, 182:376-378.
- Veatch R (1989). Medical ethics: an introduction. In R Veatch (ed) *Medical Ethics*. Boston: Jones and Bartlett, pp1-26.
- Walter G, Rey J, Thomas C et al (2010). Conflict of interest. In A Martin, L Scahill, C Kratochvil (eds) *Pediatric Psychopharmacology*. Oxford: Oxford University Press, pp752-762.
- Wilkinson G (1986). Political dissent and “sluggish” schizophrenia in the Soviet Union. *British Medical Journal*, 293:641-642.
- Williamson J, Moser A, Ford Foundation, International Committee of the Red Cross, Office of the United Nations High Commissioner for Refugees et al (1987). *Unaccompanied Children in Emergencies – A Field Guide for their Care and Protection*. Geneva: International Social Service.
- Winslade W (1978). Confidentiality. In W Reich (ed) *Encyclopedia of Bioethics*. New York: Free Press, pp184-200.
- Wolmer L, Laor N, Yazgan Y (2003). School reactivation programs after disaster: could teachers serve as clinical mediators? *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 12:363-381.
- World Medical Association (2006). *WMA International Code of Medical Ethics*.
- World Psychiatric Association (1996). *Madrid Declaration on Ethical Standards for Psychiatric Practice*. http://www.wpanet.org/detail.php?section_id=5&content_id=48
- Wynia M, Latham S, Kao A et al (1999). Medical professionalism in society. *New England Journal of Medicine*, 341:1612-1616.