

O DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO E DESAFIOS PARA OUTRA BIOPOLÍTICA DA INFÂNCIA

DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO Y DESAFÍOS PARA OTRA BIOPOLÍTICA INFANTIL

PSYCHIATRIC DIAGNOSIS AND CHALLENGES FOR ANOTHER CHILDHOOD BIOPOLITICS

Luana MARÇON¹
Henrique Sater de ANDRADE²

RESUMO: A partir de “encomendas” que chegam a serviços de atendimento de crianças e adolescentes, problematizamos o diagnóstico psiquiátrico e desafios contemporâneos para outra biopolítica da infância. Refletimos criticamente em torno do sistema classificatório de diagnósticos em saúde mental e seus usos específicos na infância. Discutimos como o saber psiquiátrico hegemônico tem transformado a infância em um *locus* privilegiado de governo da conduta e intervenção sobre risco e desempenho. Por fim, colocamos questões para produzir ao mesmo tempo acolhimento de crianças com sofrimento mental e práticas de cuidado menos normativas e disciplinares.

PALAVRAS-CHAVE: Diagnóstico psiquiátrico. Infância. Biopolítica.

RESUMEN: *A partir de las "órdenes" que llegan a los servicios de asistencia a niños y adolescentes, problematizamos el diagnóstico psiquiátrico y los desafíos contemporáneos para otra biopolítica infantil. Reflexionamos críticamente sobre el sistema de clasificación de los diagnósticos de salud mental y sus usos específicos en la infancia. Discutimos cómo el saber psiquiátrico hegemónico ha transformado la infancia en un lugar privilegiado de gobierno de la conducta y de intervención sobre el riesgo y el rendimiento. Por último, formulamos preguntas para producir tanto la acogida de los niños con trastornos mentales como las prácticas de atención menos normativas y disciplinarias.*

PALABRAS CLAVE: Diagnóstico psiquiátrico. Infancia. Biopolítica.

¹ Universidade Estadual de Campinas, Campinas – SP – Brasil. Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas. Terapeuta ocupacional e doutoranda em Saúde Coletiva. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1299-2679>. E-mail: 18.luanamb@gmail.com

² Universidade Estadual de Campinas, Campinas – SP – Brasil. Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas. Médico e doutor em Saúde Coletiva. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9847-3663>. E-mail: hsatera@gmail.com



ABSTRACT: From “orders” that arrive at services for the care of children and adolescents, we question the psychiatric diagnosis and contemporary challenges for another childhood biopolitics. We critically reflect on the classification system of diagnoses in mental health and its specific uses in childhood. We discuss how the hegemonic psychiatric knowledge has transformed childhood into a privileged locus for governing conduct and intervention on risk and performance. Finally, we ask questions to produce, at the same time, care for children with mental suffering and less normative and disciplinary care practices.

KEYWORDS: Psychiatric diagnosis. Childhood. Biopolitics.

Introdução

“Vô, o que é um adulto?
É uma criança morta”
Ademir Assunção

Wesley, 15 anos, está há 40 dias em medida de internação na Fundação CASA, cometeu ato infracional enquanto cumpria medida socioeducativa de liberdade assistida. É acompanhado desde os 7 anos de idade pela rede de serviços da assistência social e saúde do município, devido a questões de vulnerabilidade social e evasão escolar. Durante o período de internação, vem apresentando comportamento hostil e desafiador com funcionários e com outros adolescentes, o que vem dificultando sua participação nas atividades socioeducativas. Também apresenta insônia. Na última semana, a situação vem causando maiores preocupações já que sua postura desafiadora vem ficando mais acentuada, profere xingamentos para outros adolescentes e funcionários, tal funcionamento vem fazendo com que ele fique constantemente isolado. Encaminhamos para o CAPS infante juvenil para avaliação e conduta.

O Teo tem 5 anos. Ainda não fala completamente e fica desatento durante as brincadeiras. Escolhe sempre os mesmos brinquedos e brinca de forma repetida com eles, enquanto repete as mesmas palavras. Esse comportamento também foi percebido na escola. Depois de várias buscas na internet, identificamos que pode ser tanto TDAH como autismo. Trouxemos nosso filho no posto de saúde pois queremos saber como conseguir um encaminhamento para descobrir o que a criança tem e qual o tratamento.

Raquel, 08 anos, vem apresentando dificuldades recorrentes no ambiente escolar, em muitos momentos está desatenta e irritadiça durante as atividades. Não consegue realizar as tarefas pedagógicas propostas, levanta-se muitas vezes e em alguns momentos circula pela sala. Quando chamada a atenção, a criança mantém o mesmo comportamento e frequentemente não faz as tarefas enviadas para casa. Chora com facilidade. Recentemente não conseguiu participar de um jogo coletivo proposto, ficou hostil e jogou o tabuleiro no chão. Depois de discussão entre o corpo pedagógico da escola, optamos por encaminhar para o CAPS infante juvenil para diagnóstico e conduta.

A partir destas e de outras “encomendas” que chegam aos serviços públicos de saúde de acolhimento clínico de crianças e adolescentes, buscamos no presente artigo refletir sobre o diagnóstico psiquiátrico e alguns desafios contemporâneos para outra biopolítica na infância.



Utilizamos o termo “encomendas” pois quem se dedica ao cuidado de crianças e adolescentes é frequentemente convocado a lidar não com o sofrimento psíquico, mas com a demanda de uma racionalidade de diagnóstico psiquiátrico específica, que envolve uma expectativa universalizante e normativa do comportamento e do desenvolvimento infantil.

Nesses serviços, nós profissionais ouvimos frases como: “meu filho tem TDAH”; “um médico falou que é autista”; “preciso de um laudo para tomar ‘ritalina’ (metilfenidato) igual o colega”; “o abrigo quer um relatório médico para encaminhar a criança para a APAE”; “a professora pediu um laudo com diagnóstico para ter uma assistente a mais na sala”; “ele é CID F71 e recebe benefício”. A partir de diferentes atores e instituições – familiares, órgãos da assistência social, escolas e centros especializados – os serviços de saúde são obrigados a avaliar e emitir um diagnóstico de algum “comportamento desviante”. Optamos por abrir o texto com três situações ficcionais, inspiradas em centenas de casos que atendemos ou supervisionamos em equipes de saúde da família e/ou centros de atenção psicossocial infanto-juvenil (CAPSij).

Apresentaremos reflexões críticas em torno do diagnóstico e seus usos específicos na infância. Em seguida, discutiremos como a racionalidade psiquiátrica hegemônica compreende e classifica diferentes desvios de conduta enquanto distúrbios individuais e cerebrais e como o saber e o poder médico tem configurado a infância como um *locus* privilegiado de governo da conduta.

Por fim, colocamos questões que consideramos necessárias para pensar outras biopolíticas da infância, que garantam ao mesmo tempo acesso e acolhimento das crianças e práticas de cuidado menos normativas e disciplinares.

Afirmamos, de antemão, que reconhecemos tanto a existência de crianças vivendo com graves processos de adoecimento quanto a importância do seu acesso a atendimento clínico e a direitos sociais e políticas públicas específicas. Vale também destacar que, apesar da incidência generalizada do saber psiquiátrico sobre a sociedade e a infância, é possível identificar diferentes modulações e expressões do poder disciplinar sobre crianças de grupos sociais historicamente violentados e privados de direitos, em especial a população pobre e negra (BARROS; BALLAN; BATISTA, 2021).



Discussão: o diagnóstico psiquiátrico e seu contexto na infância

O diagnóstico desempenha um papel significativo na cultura e na sociedade (ROSE, 2019; ROSENBERG, 2006). O ato de diagnosticar – isto é, de dar um nome a um conjunto de manifestações clínicas – organiza os sintomas em um padrão que se torna reconhecível tanto para o médico quanto para o paciente e permite uma unificação narrativa em torno de um conjunto de manifestações heterogêneas e dificilmente conectáveis fora de uma entrevista clínica.

O diagnóstico psiquiátrico é utilizado socialmente como condição de elegibilidade para tratamento; como justificativa de afastamento do trabalho e da escola e cobertura de benefícios; e como registro e organização de instituições de saúde e pesquisas epidemiológicas e clínicas, incluindo a viabilidade de seus financiamentos.

De forma global, são utilizados dois sistemas classificatórios de transtornos e doenças mentais: o DSM (em português, Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais) e a CID (Classificação Internacional de Doenças) (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 2014; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1993).

O DSM é publicado periodicamente pela Associação Americana de Psiquiatria e utilizado como “padrão ouro” para diagnósticos em saúde mental. O documento, editado pela primeira vez em 1952 e atualmente na sua quinta edição, de 2013, propõe a padronização de critérios para a classificação dos transtornos mentais, para facilitar o estabelecimento de diagnósticos “mais confiáveis”. Seu objetivo é produzir uma “linguagem comum” no campo da psicopatologia e servir como instrumento de coleta de dados epidemiológicos. Para isso, define os transtornos mentais como síndromes caracterizadas por uma “perturbação clinicamente significativa na cognição, na regulação emocional ou no comportamento de um indivíduo” que produzem “disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental” (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 2014, p. 463). Reconhece, no entanto, que desvios sociais de comportamento e conflitos que são basicamente referentes ao indivíduo e à sociedade não são transtornos mentais “a menos que o desvio ou conflito seja o resultado de uma disfunção no indivíduo” (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 2014, p.62).

Ainda que na prática cotidiana o DSM não seja comumente citado e utilizado por psiquiatras de maneira atualizada e textual, suas categorias são referência para a organização de sistemas de saúde e de pesquisa em saúde mental. E também para a categorização de doenças e transtornos mentais a partir de CIDs (Classificação Internacional de Doenças e Problemas



Relacionados com a Saúde, publicado regularmente pela OMS), produzida em diálogo com as atualizações do DSM.

Este sistema interligado e hegemônico de classificação médica das doenças mentais passou nas últimas décadas por mudanças abruptas a cada versão. Polêmicas internas (FRANCES, 2010; MCCARTHY, 2013) e externas (CAPONI, 2014; ROSE, 2019) ao campo profissional da psiquiatria seguem animando o projeto de catalogar diagnósticos de transtornos mentais. Com variadas ênfases e posições, tais críticas buscam demonstrar a fragilidade do projeto da Associação Americana de Psiquiatria de almejar um guia “ateórico” e “puramente descritivo” no campo da saúde mental, evitando o compromisso com qualquer teoria particular de causalidade. O que está em jogo nessa busca de confiabilidade é a imagem ideal de um diagnóstico psiquiátrico representada por uma entidade singular com substrato biológico subjacente específico para cada condição única, isto é, uma espécie de “ponto de passagem obrigatório” para seu surgimento (ROSE, 2019).

Tal noção de “lesão subjacente” possui relação com o conceito de “história natural da doença”, da identificação de um estado embrionário de lesão que naturalmente desenvolveria seu curso quando não obstruída por alguma intervenção. Vale destacar, no entanto, que apesar de a busca por marcadores teciduais, bioquímicos, genéticos dos transtornos mentais ter recebido vultosos investimentos nas últimas décadas, não há qualquer consenso ou comprovação definitiva da existência de um sofrimento e transtorno psíquico como derivado de uma patologia especificamente cerebral ou genética (ROSENBERG, 2006).

Como mostram diferentes investigações (CASTEL, 1978; FOUCAULT, 2006), a psiquiatria jamais foi apenas uma prática que se preocupou com o diagnóstico e o tratamento de pessoas com transtornos mentais. Ela sempre se envolveu em questões sociais e políticas. Por exemplo, na Alemanha nazista, as primeiras pessoas que foram para as câmaras de gás eram pacientes de hospitais psiquiátricos; depois, o movimento da “Higiene Mental” preconizou a limpeza mental nas fábricas, escolas, famílias e comunidades como caminho de redução de desajustes e doenças sociais; e hoje, com campanhas por todo o mundo de prevenção do suicídio, no Brasil representado pelo “Setembro Amarelo”, alertando para a importância de prevenir, identificar e intervir sobre o suicídio.

O saber psiquiátrico nunca se limitou à identificação e tratamento de transtornos mentais, mas também criou suas definições e fronteiras de normalidade e prescreveu formas adequadas de administrar nossa saúde mental e prevenir o risco de doenças. Hoje diferentes saberes “psi” ajudam a moldar as formas com que as pessoas compreendem a si mesmas e avaliam e idealizam projetos para seus estados mentais (CARVALHO *et al.*, 2020).



Aqui o debate liga-se à noção de medicalização social, entendida não como um complexo fenômeno de inclusão e invenção de problemas cotidianos ao universo médico a partir de um processo heterogêneo e complexo de proliferação de “experts” em saúde que vem inventando e executando procedimentos diagnósticos e terapêuticos para visualizar e intervir sobre o processo saúde-doença (CARVALHO *et al.*, 2015; CONRAD, 2007).

Essa ampliação da psiquiatria como um regime de poder inscrito inicialmente no manicômio e depois presente em toda a comunidade é significativa: se antes as práticas médicas em relação aos transtornos mentais ficavam quase que exclusivamente restritos à institucionalização de casos considerados graves ou perigosos, a desinstitucionalização e combate ao estigma daqueles com sofrimento mental vieram acompanhados da proliferação de saberes e práticas de análise e intervenção cotidiana sobre a subjetividade. Consequentemente, ocorreu uma expansão social generalizada de diagnósticos psiquiátricos.

Nesse sentido, Ian Hacking (2009) descreve um efeito redundante (de “*looping*”) dos saberes em saúde mental sobre a própria subjetividade, no qual suas práticas classificatórias não seriam simples representações derivadas da observação de comportamentos, mas também retroalimentariam (“*feedback*”) e modificariam as formas intencionais de agir e pensar de todos os potencialmente diagnosticáveis.

Caponi (2018) identifica a crescente formação de uma “hermenêutica psiquiátrica de si”. Fazendo um paralelo com a leitura da hermenêutica cristã de Michel Foucault, a autora coloca em questão o papel do saber psiquiátrico em relação ao governo de si e dos outros, a partir da ampliação de diagnósticos para sofrimentos cotidianos, à necessidade de aceitação e subordinação à verdade psicológica e médica e, por fim, à enunciação permanente de uma verdade sobre nós mesmos, catalogada em termos patológicos.

Apesar do uso cada vez mais assimilado e utilizado pela sociedade das categorias diagnósticas da psiquiatria (“depressão”, “transtorno de ansiedade”, “transtorno bipolar”, etc.), há uma série de contradições e problemas nas classificações, critérios e nomenclaturas para o sofrimento psíquico. Rosenberg (2006) demonstra como esses limites e fronteiras entre o que é considerado normal ou patológico vêm sendo alvo de disputa no último século e argumenta que a psiquiatria vive um momento de coexistência de esperanças reducionistas ligadas ao sonho de descobrir a verdade biológica e molecular da doença no cérebro, ao mesmo tempo que são produzidas inúmeras críticas a este reducionismo biológico e comportamental do adoecimento. Ainda que estejamos cientes como jamais antes estivemos da qualidade arbitrária e socialmente construída das classificações psiquiátricas, nunca estivemos tão dependentes desses mesmos



diagnósticos, tanto pela burocracia dos serviços de saúde quanto pela disseminação generalizada de uma compreensão da subjetividade reduzida ao comportamento e ao cérebro.

A realidade do diagnóstico psiquiátrico ganha contornos específicos no contexto da infância. Nas últimas décadas, há um aumento significativo de crianças e adolescentes diagnosticadas com transtornos mentais. Revisões sistemáticas na literatura médica (PATEL *et al.*, 2007) estimam que pelo menos uma a cada quatro a cinco crianças e adolescentes da população mundial sofrerá de pelo menos um transtorno mental durante o período de um ano. No Brasil, calcula-se uma prevalência de 13% de habitantes entre 7 e 14 anos com algum transtorno mental, o que totalizaria pelo menos um total de 3 milhões de diagnosticados nessa faixa etária. Tal expansão é acompanhada da proliferação de discursos e tecnologias acerca da identificação e intervenção sobre os “comportamentos desviantes”, cujo risco psíquico ameaçaria o desenvolvimento infantil saudável.

Como Michel Foucault (2006) apontou em um de seus cursos, o poder psiquiátrico escapa do manicômio e passa a modular as relações sociais, principalmente no interior da família (incluindo suas novas funções), preparando as crianças para o futuro e seus destinos, a prevenção de desvios e a produção de determinadas subjetividades. Durante especialmente o século XIX, a psiquiatria interagiu de forma heterogênea com as classes mais abastadas e paulatinamente com as famílias pobres, adentrando o regime familiar e produzindo modos específicos de disciplinarização pautados no controle da postura, dos gestos, da maneira de se comportar. Foucault (2006) interroga como as próprias técnicas de controle e coerção da psiquiatria manicomial passam a figurar no interior da própria família – amarrar as mãos; levantar a cabeça; manter-se ereto: instrumentos disciplinares estabelecidos no interior do hospício fazem com que a sexualidade da criança passe a ser objeto de saber e intervenção. Com isso, a criança torna-se alvo central da atuação psiquiátrica, uma vez que a

[...] a psiquiatria diz: deixem vir a mim as criancinhas loucas. Ou: não se é jamais demasiado jovem para ser louco. Ou ainda: não esperem ficar maiores ou adultos para serem loucos. E isso tudo se traduz por essas instituições ao mesmo tempo de vigilância, de detecção, de enquadramento, de terapêuticas infantis, que vocês veem desenvolver-se no fim do século XIX (FOUCAULT, 2006, p. 155).

Ao investigar o surgimento das primeiras crianças anormais, Lobo (2015) demonstra que a psiquiatria não se aproxima historicamente da infância para tratar crianças consideradas “loucas”, mas sim para identificar patologias no desenvolvimento infantil. As primeiras figuras dessa intervenção eram o idiota e o delinquente. Durante grande parte do século XIX, quem



enlouquecia eram apenas os adultos (ou, no máximo, adolescentes); a criança anormal emerge centralmente da figura do “idiota”, considerado um “monstro completo”, e a noção de desenvolvimento e de instinto são centrais para categorizar e consertar os desvios de aprendizagem e comportamento.

Donzelot (2012) aponta que a psiquiatria busca na ideia de “vagabundo” uma síntese final entre o louco e o anormal, na qual sua “natureza infantil” tem papel central, pela sugestibilidade, emotividade e excessiva imaginação. Essas “fraquezas” das crianças, causada pela “fragilidade” e “desorganização” de seus cérebros, precisariam ser corrigidas e enquadradas a tempo. O autor provoca que a psiquiatria infantil nasce não especificamente em torno de uma patologia da infância, mas na figura do “vagabundo” para o saber médico; e da necessidade de criar um objeto de intervenção não apenas dos internados em hospícios, mas de presidir a inclusão e a correção social, tomando forma “no vazio produzido pela procura de uma convergência entre os apetites profiláticos dos psiquiatras e as exigências disciplinares dos aparelhos sociais” (DONZELOT, 2012, p. 105).

Essa variedade de saberes “especializados” acerca de crianças e adolescentes, com destaque para os saberes psiquiátricos e/ou psiquiatrizantes, não está circunscrita ao encontro de crianças com médicos em seus consultórios, mas vem ajudando a desenhar as formas de relação das crianças com o mundo. Em nome da “saúde” e da “normalidade”, convoca-se não apenas “profissionais”, mas toda a sociedade a interagir com a infância sob um olhar que privilegia a detecção de riscos e de intervenção profissional e institucional.

Diferentemente do atendimento com adultos, a criança sempre chega aos serviços de saúde sob a mediação de um acompanhante – seja um familiar, um trabalhador da escola ou um assistente social de alguma instituição. A enunciação sintomática ou dos comportamentos desviantes da criança é obrigatoriamente intermediada por sua relação com os responsáveis que precisam decodificar as demandas e sintomas ao qual buscam nomeação e intervenção. Nesse sentido, o diagnóstico não faz sentido a priori para a criança e as nomenclaturas do campo psi podem interditar as possibilidades de elaboração sobre si mesma e sobre o mundo através da fantasia, dos jogos e das brincadeiras. Além disso, vários aspectos em curso da constituição dessas crianças dão lugar a técnicas terapêuticas consideradas eficazes em relação a diagnósticos já estabelecidos.

Ocorre aqui um duplo deslocamento: a intervenção se dá sempre sobre uma demanda posicionada no e pelo mundo dos adultos e regida por sistemas classificatórios e terapêuticos historicamente ligados ao sofrimento e à doença mental dos adultos. Isto é, os adultos desenham e destinam encomendas a “experts” da infância, treinados mais a identificar e prevenir o



surgimento de adultos doentes a partir de critérios diagnósticos especificamente do universo adulto do que entender e interagir com uma singularidade das próprias crianças e suas infâncias.

A modificação de nosso vocabulário para adjetivarmos aspectos comuns e corriqueiros da constituição infantil, palavras como – habilidades, inteligência emocional, desempenho, estimulação – se tornaram cada vez mais comuns, não apenas nos consultórios. Este contexto de “governamentalidade neoliberal” (ANDRADE; CARVALHO; OLIVEIRA, 2022) vem produzindo um ideal de subjetividade regido por uma permanente avaliação de produtividade e qualidade. O governo não apenas de nós mesmos, mas também das crianças que buscamos governar, pressupõe a redução da subjetividade e da vida psíquica à figura do “eu”, em uma lógica de investimento econômico na criança para o retorno na vida adulta. Emerge a “avaliação do desempenho” na infância, um trabalho de vigilância e controle sobre a mente, as emoções e o comportamento, uma espécie de “racionalização empresarial” do desejo e da subjetividade (SAFATLE; JUNIOR; DUNKER, 2021), com ideais específicos de saúde igualados à capacidade de concentração, foco, inteligência emocional e produtividade. A saúde da criança vai sendo avaliada a partir de uma lista curricular de capacidades e experiências pré-definidas, no qual a ausência de itens desse checklist mínimo transforma-se em falha, fraqueza e necessidade de avaliação diagnóstica.

Este projeto de desenvolvimento infantil saudável, a partir da prevenção de riscos e desenvolvimento e maximização de capacidades cognitivas e emocionais para a vida futura, entra em choque com questões absolutamente cotidianas da experiência infantil: a angústia, a frustração, a desobediência, o conflito, o erro, o descompasso. Surgem, assim, crianças “desobedientes”, “desviantes”, “atrasadas”, “desagradáveis”, “insuportáveis” e “anormais”, que acabam encaminhadas para o diagnóstico médico, considerado científico e, portanto, verdadeiramente capaz de compreender e nomear as causas e explicações do comportamento não esperado.

Independente das intenções, a proliferação de discursos técnicos e científico em torno de situações cotidianas vividas há décadas pelas famílias acaba desconsiderando um saber heterogêneo e geracional de cuidados infantis, historicamente exteriores à vigilância e intervenção especializada. Não se trata, portanto, de anunciar a invalidade do diagnóstico previamente afirmado e do retorno aos cuidados apenas ao núcleo familiar, mas de assumir que o aumento de técnicas de diagnóstico e manejo do desenvolvimento infantil com “eficiência comprovada” é simultâneo ao processo de desqualificação de saberes muitas vezes considerados “menores” e que não podem ser cientificamente validados.



Além disso, essas formas “verdadeiras” de nomear e intervir sobre o comportamento considerado patológico acabam dizendo mais sobre as formas que se busca governar a infância e conduzir a conduta das crianças a determinados “lugares” e encadeamentos culturais do que uma demanda por compreender, lidar e interagir com suas formas de vida e comportamento em si.

É o que acontece com a classificação diagnóstica mediante os critérios anunciados pelo DSM, destituída de contexto sociocultural e configurada a partir da entrevista médica entre profissionais e as crianças acompanhadas da família ou instituição.

Breves notas sobre as “encomendas”

Podemos, por exemplo, fazer um breve exercício de enquadramento diagnóstico das situações descritas no início do texto. Infelizmente, diversas crianças atualmente são avaliadas da mesma forma breve e simplista que apresentamos aqui o uso dos manuais diagnósticos e condutas terapêuticas feitas por psiquiatras e outros profissionais da saúde mental.

O comportamento hostil de Wesley poderia acabar nomeado como um Transtorno de Oposição Desafiante (CID10 F91.3), “um padrão de humor raivoso/irritável, de comportamento questionador/desafiante ou índole; vingativa com duração de pelo menos seis meses”. O próprio DSM aponta, dentre as características associadas que auxiliam em sua identificação, o fato de o transtorno ser mais prevalente em famílias “nas quais o cuidado da criança é perturbado por uma sucessão de cuidadores diferentes ou em famílias nas quais são comuns práticas agressivas, inconsistentes ou negligentes de criação dos filhos”. O manual também associa o quadro ao risco aumentado de Wesley, no futuro, ter “uma série de problemas de adaptação na idade adulta, incluindo comportamento antissocial, problemas de controle de impulsos, abuso de substâncias, ansiedade e depressão”.

Já o caso de Teo demandaria um refinamento maior da descrição e avaliação do aprendizado e do comportamento na escola. Da perspectiva psiquiátrica hegemônica, uma avaliação descritiva do padrão de “falta de atenção” seria necessária para averiguar se a criança se encaixaria “verdadeiramente” em um diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção-Hiperatividade (descrito na CID10 como um F90-Transtorno Hiperkinético) ou um caso mais grave de transtorno de espectro autista (CID10 F84).

O caso de Raquel poderia, por fim, ser esmiuçado também como um início da situação clínica de Wesley (F91.3 – Transtorno de Oposição Desafiante), mas também como um Transtorno Disruptivo da Desregulação do Humor, um quadro depressivo específico da infância



cujo diagnóstico não pode ser feito antes do 6 e depois dos 18 anos de idade e comum por apresentar “explosões de raiva recorrentes e graves manifestadas pela linguagem” desproporcionais para a situação vivida, em média três ou mais vezes por semana nos últimos 12 meses.

Não se trata aqui de reduzir de forma caricatural os manuais classificatórios a citações específicas de trechos que descrevem situações que vivemos tanto em serviços de saúde como em qualquer local de circulação de crianças e adolescentes. Mas de, seguindo importantes debates aqui já mencionados em torno do DSM e da psiquiatria hegemônica no contemporâneo, problematizar o uso (e abuso) dessas categorias diagnósticas e seus efeitos sobre as formas que temos atuado sobre a infância.

Em nome de uma sala de aula “tranquila”, de um serviço de acolhimento “sem violência”, de um boletim escolar “sem notas vermelhas”, de mais profissionais especializados em serviços de educação e assistência social, inúmeras crianças têm sido inseridas em serviços de atendimento especializado, com um volume já alto de crianças com quadros clínicos de sofrimento psíquico grave. Muitas acabam passando por avaliação médica e recebendo um diagnóstico e uma terapia medicamentosa e conviverão uma parte (ou o resto) de suas vidas com o nome de doenças e transtornos em constante reformulação e permanente crítica.

Várias dessas encomendas aos serviços de saúde já aparecem “diagnosticadas” a partir de nomenclaturas psiquiátricas e sem qualquer tipo de contextualização da experiência vivida pelas crianças. Este uso indiscriminado da classificação patológica da saúde mental vai aos poucos modulando e reduzindo os projetos e planos de vida desses sujeitos ao universo biomédico, ligado a um padrão normal de comportamento esperado para a fase de desenvolvimento e, no limite, para o que se idealiza como uma criança saudável.

Sob a justificativa de realizar um diagnóstico preciso e verdadeiro de indivíduos após uma avaliação médica padronizável, a clínica dá lugar à descoberta do nome de uma doença, capaz de sintetizar e localizar um substrato biológico, neuroquímico e comportamental previamente validados pela ciência atualizada. O diagnóstico transforma-se, assim, no fio condutor dos procedimentos clínicos e terapêuticos recomendados à cada uma das crianças portadoras de um transtorno mental.

Considerações Finais: desafios para outra biopolítica da infância

Na transição do século XIX para o XX, a sociedade médica ficou escandalizada com a noção de que crianças possuem sexualidade. Parece-nos que no início do século XXI, o escândalo seria ligado à ideia de que elas não podem ser resumidas e restringidas a um espaço de detecção e intervenção sobre o risco e o aprimoramento de desempenho. Tal questão não é apenas filosófica, ela é síntese da forma como a ludicidade das crianças vem sendo apreendida, vigiada e esquadrinhada junto aos modos de subjetivação da racionalidade neoliberal.

Se o lúdico vem sendo compreendido como o espaço privilegiado para a constituição do sujeito infantil vinculado a produção de desejo, a elaboração das regras, a capacidade de se inserir em jogos, de elaborar a própria realidade e lidar com os conflitos inerentes a produção de desejo e liberdade, quais são as consequências de a vida lúdica ser inserida em um treinamento para uma vida adulta mais produtiva e engajada? Aqui, inclusive, a própria noção de ludicidade entra em choque com a moral neoliberal, já que a noção de “brincar por brincar” passa a ser destituída de sentido para os adultos, que passam a converter o espaço lúdico a um investimento da criança sobre si mesma, com vista a ganhos específicos para o “eu” infantil.

A subjetivação neoliberal não necessariamente interdita o lúdico e a brincadeira, mas opera na modulação que esse espaço, necessário ao sujeito infantil, seja ora convertido em investimento, ora em espaço permanente de detecção e mensuração de anomalias e riscos e formatação de problemas passíveis de intervenção especializada. Mesmo que de forma involuntária, a expansão da racionalidade diagnóstica hegemônica tem corroborado na produção de sujeitos “individualizados” e “atomizados”, e também com possibilidades de futuro encadeadas em sistemas cada vez mais rígidos.

Paradoxalmente, tal fenômeno produz ao mesmo tempo a proliferação de crianças diagnosticadas e a manutenção e até agravamento da não garantia de acesso a tratamento de crianças com sofrimento psíquico grave. Além disso, ainda que essa investida da subjetividade neoliberal atinja a infância de forma global, ela se configura de forma heterogênea de acordo com raça, classe e gênero, com a possibilidade de famílias com mães e crianças pobres e negras estarem mais sujeitas a ser-lhes oferecidas um diagnóstico e, simultaneamente, negadas diversos direitos sociais.

Nesse ensejo, a criação de outros modos de interação com a infância passa tanto pela crítica às modulações do “eu” desenhadas como normais, saudáveis e esperadas, pelo reconhecimento de um empobrecimento da capacidade imaginativa dos adultos e, por fim, pela



produção de formas de vida e de governo que comportem crianças e suas angústias e adversidades.

Se tomamos a infância como uma invenção recente, devemos localizá-la em seu tempo histórico, político e ligada a determinados projetos de governo e de produção de subjetividade. No contexto neoliberal, os adultos têm se mostrado cada vez mais destituídos de suas capacidades imaginativas e reféns de uma noção de cuidado infantil restrita à vigilância e, em caso de qualquer comportamento dissonante, à procura de um “expert” da saúde infantil.

Parece-nos que essa aposta de condução da conduta infantil que insere os comportamentos, gestos e olhares das crianças nos caracteres do poder médico psiquiátrico está conectada a um vetor ascendente, no qual os adultos sentem-se cada vez mais responsabilizados por adquirir informações médicas e científicas e a partir delas observar e lidar com as crianças. Essa dimensão produtiva dos modos de governar as crianças retroalimenta adultos destituídos de autoridade para lidar com conflitos inerentes a infância ou suportar seus sofrimentos. Ao mesmo tempo, como vetor descendente, é notável o empobrecimento infantil, uma vez que as experiências das crianças estão a todo tempo sendo consideradas inferiores, em nome da informação e observação do desenvolvimento e comportamento. Forma-se um diagrama de poder que controla a conduta e garante a vigilância, convocando não apenas psiquiatras, psicólogos, pedagogos, terapeutas ocupacionais etc., mas toda sociedade a ser um “olho psiquiátrico” sobre a infância.

Como provoca Lajonquière (2021), o mundo adulto não precisa mais dividir sua atenção entre a imaginação e as crianças. Se antes os adultos ficavam com um olho nas crianças que brincavam na rua e o outro atento à imaginação, agora os adultos não tiram os olhos das crianças trancafiadas em casa ou na escola. Quando pais e professores são tomados pelo cansaço de tanto olhar sem nada ver, pedem aos especialistas para darem uma “olhada” na criança, redigirem um laudo e, caso sejam médicos, também prescreverem um medicamento e um conjunto de procedimentos terapêuticos cientificamente validados.

Em um mundo árido de garantias sociais, as possibilidades de futuro desenhadas para as crianças se alicerçam na noção da infância como um “investimento”, no qual a correção de qualquer desvio versa sobre um futuro “autônomo e promissor”, para a produção de futuros “vencedores”, vinculados a uma noção de “eu” não pautada pela singularidade e sim da exploração no limite de cada capacidade individual.

Em suma, pensar outros modos possíveis para que as crianças habitem o mundo deverá passar por uma restituição de adultos com capacidade de imaginar um futuro, que contenha adversidades, imprevisibilidade e alguns danos intrínsecos à vida. Exigirá também a destituição



de mecanismos que fixem a percepção do “eu” como algo atemporal, não-relacional e impermeável ao contexto e às contingências sociais.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, H. S.; CARVALHO, S. R.; OLIVEIRA, C. F. de. Leituras do governo neoliberal do Estado e da saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 32, 20 abr. 2022.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. **DSM-5 - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. 5. ed. [s.l.] Artmed, 2014.

BARROS, S.; BALLAN, C.; BATISTA, L. E. **Atenção psicossocial a crianças e adolescentes negros no SUS**: caderno de textos. São Paulo: EEUSP, 2021.

CAPONI, S. O DSM-V como dispositivo de segurança. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 24, n. 3, p. 741–763, set. 2014.

CAPONI, S. Subjetividade e verdade: em torno a uma hermenêutica psiquiátrica de si mesmo. *In*: JUNIOR, A. B.; SEVERO, C. G. (Eds.). **Foucault e as linguagens**. Campinas, SP: Pontes Editores, 2018.

CARVALHO, S. R. *et al.* Nosso “futuro psiquiátrico” e a (bio)política da Saúde Mental: diálogos com Nikolas Rose (Parte 4). **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 24, 2020.

CARVALHO, S. R. *et al.* Medicalização: uma crítica (im)pertinente? Introdução. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p.1251–1269, dez. 2015.

CASTEL, R. **A Ordem Psiquiátrica**: a idade de ouro do alienismo. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

CONRAD, P. **The Medicalization of Society**: On the Transformation of Human Conditions Into Treatable Disorders. 1. ed. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2007.

DONZELOT, J. **A Polícia das Famílias**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2012.

FOUCAULT, M. **O poder psiquiátrico**: curso dado no College de France (1973-1974). São Paulo: Martins Fontes, 2006.

FRANCES, A. Opening Pandora’s box: the 19 worst suggestions for DSM5. **Psychiatric Times**, v. 27, n. 3, 1 mar. 2010.

HACKING, I. Inventando Pessoas. *In*: HACKING, I. **Ontologia Histórica**. 1. ed. São Leopoldo: Unisinos, 2009. p. 115–130.

LAJONQUIÈRE, L. de. A psicanálise, o autismo e a prevenção na infância: a polêmica Lei 13.438. *In*: CAPONI, S.; BRZOWSKI, F. S.; LAJONQUIÈRE, L. de (Eds.). **Saberes Expertos e medicalização no Domínio da Infância**. São Paulo: Liberars, 2021.



LOBO, L. F. O nascimento da criança anormal e a expansão da Psiquiatria no Brasil. *In*: RESENDE, H. (Ed.). **Michel Foucault: O governo da infância**. Belo Horizonte: Autêntica, 2015.

MCCARTHY, M. Director of top research organization for mental health criticizes DSM for lack of validity. **BMJ**, 2013. DOI: 10.1136/bmj.f2954.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID 10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas**. 1. ed. [s.l.] Artmed, 1993.

PATEL, V. *et al.* Mental health of young people: a global public-health challenge. **The Lancet**, v. 369, n. 9569, p.1302–1313, abr. 2007.

ROSE, N. S. **Our psychiatric future: the politics of mental health**. Cambridge ; Medford, MA: Polity, 2019.

ROSENBERG, C. E. Contested Boundaries: psychiatry, disease, and diagnosis. **Perspectives in Biology and Medicine**, v. 49, n. 3, p.407–424, 2006.

SAFATLE, V.; JUNIOR, N. S.; DUNKER, C. **Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico**. 1. ed. São Paulo: Autêntica, 2021.



Como referenciar este artigo

MARÇON, Luana; ANDRADE, Henrique Sater. O diagnóstico psiquiátrico e desafios para outra biopolítica da infância. **Estudos de Sociologia**, Araraquara, v. 27, n. esp. 2, e022024, 2022. e-ISSN: 1982-4718. DOI: <https://doi.org/10.52780/res.v27iesp.2.16823>

Submetido em: 15/06/2022

Revisões requeridas em: 10/07/2022

Aprovado em: 12/08/2022

Publicado em: 30/09/2022

Processamento e edição: Editora Ibero-Americana de Educação.

Correção, formatação, normalização e tradução.

