

Caponi, Sandra Noemi

Dispositivos de segurança, psiquiatria e prevenção da
criminalidade: o TOD e a noção de criança perigosa

Saúde e Sociedade, vol. 27, núm. 2, 2018, Abril-Junho, pp. 298-310

Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. Associação Paulista de Saúde Pública.

DOI: 10.1590/S0104-12902018180146

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406263851002>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais informações do artigo
- Site da revista em redalyc.org

Dispositivos de segurança, psiquiatria e prevenção da criminalidade: o TOD e a noção de criança perigosa

Security devices, psychiatry and crime prevention: the TOD and the notion of a dangerous child

Sandra Noemi Caponi^a

^aUniversidade Federal de Santa Catarina. Departamento de Sociologia e Ciência Política. Florianópolis, SC, Brasil.
E-mail: sandracaponi@gmail.com

Resumo

O artigo analisa a tendência crescente da multiplicação de diagnósticos psiquiátricos na infância, que encontra legitimidade no argumento que indica que se as patologias psiquiátricas da infância não forem devidamente tratadas, será altamente provável que, na vida adulta, surjam graves problemas psiquiátricos irreversíveis, assim como problemas associados à criminalidade e à delinquência. Analisa-se o exemplo do transtorno de oposição e desafio, conhecido como TOD, na medida em que, de acordo com o DSM-5, essa patologia supõe um alto risco para o desenvolvimento do transtorno de personalidade antissocial, patologia que apresenta conotações claramente jurídicas e criminológicas. Esses diagnósticos são analisados em perspectiva crítica a partir do conceito foucaultiano de “dispositivo de segurança”.
Palavras-chave: Dispositivo de Segurança; Criminalidade; Foucault; DSM-5; TOD.

Correspondência:

Rua Esteves, 605, ap. 1.414, Centro. Florianópolis, SC, Brasil.
CEP 88015-130.

Abstract

The article analyzes the growing tendency to multiply psychiatric diagnoses in childhood, which finds legitimacy in the argument that, if childhood psychiatric disorders are not properly treated, it will be highly probable that in adult life there will be serious irreversible psychiatric problems, problems associated with crime and delinquency. The example of oppositional and defiant disorder, known as TOD, is analyzed insofar as, according to DSM-5, this pathology supposes a high risk for the development of antisocial personality disorder, a condition that presents clearly juridical connotations and criminological. These diagnoses are analyzed in a critical perspective from the Foucaultian concept of “safety device”.

Keywords: Security Device; Crime; Foucault; DSM-5; TOD.

Introdução

Assistimos atualmente à multiplicação de diagnósticos psiquiátricos relacionados à primeira infância, infância ou adolescência. Essa proliferação se sustenta no argumento da necessidade de antecipar problemas graves que poderão ocorrer na vida adulta se patologias psiquiátricas da infância não forem corretamente identificadas, diagnosticadas e tratadas no momento certo. Afirma-se que, nesse caso, os problemas na vida adulta se multiplicarão. Não surgirão somente problemas de ordem médica e psiquiátrica, vinculados à cronificação e à irreversibilidade de doenças mentais graves, mas também de ordem jurídica, relacionados a fatos sociais dramáticos, como a criminalidade e a delinquência.

Esse discurso se sustenta na ideia da periculosidade e da gravidade crescente de doenças mentais não tratadas, uma tese que contribui para legitimar a criação de estratégias de antecipação de riscos por meio da identificação precoce de doenças mentais na infância. O *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* - DSM-5 (APA, 2013) será a tecnologia, hoje hegemônica, que permitirá delimitar o conjunto de sintomas que, de acordo com a Associação Americana de Psiquiatria (APA), caracteriza os diversos diagnósticos da infância, como o transtorno de déficit de atenção com hiperatividade (TDAH), a esquizofrenia ou o transtorno de oposição e desafio (TOD), sobre o qual nos deteremos neste artigo.

Esses diagnósticos da infância, entre muitos outros enunciados no DSM-5, delimitam o marco do que se considera hoje uma *criança psiquiatricamente anormal*, alguém que apresenta algum risco de ter comportamentos violentos ou criminosos na vida adulta, isto é, alguém que poderá vir a ser considerado como uma *criança perigosa*, para si mesma ou para os outros. Nesse contexto, pode ser útil lembrar o curso que Foucault realizou em 1981, em Louvain, na Bélgica, intitulado *Fazer o mal, dizer a verdade: a função da confissão na justiça* (Foucault, 2014), no qual retoma algumas ideias que já tinham sido enunciadas no texto “A evolução da noção de ‘indivíduo perigoso’ na psiquiatria legal do século XIX”, publicado no mesmo ano. Fazendo um leve deslocamento em relação a esses textos, proponho analisar aqui o lugar que hoje ocupa

outra noção, já não a de indivíduo perigoso, mas a de infância ou criança perigosa. Analisar essa noção nos exige dirigir um olhar histórico para esse momento particular no qual a psiquiatria e o direito estabeleceram uma aliança duradoura destinada a garantir a segurança social, na medida em que ambos os discursos se atribuem a capacidade de prevenir e antecipar a ocorrência de delitos.

Cem anos mais tarde sabemos que essa promessa não foi cumprida. Porém, foi nesse momento que os discursos médico e jurídico, pela mediação da noção de indivíduo perigoso, instalaram um novo modo de tematizar a infância. A criança julgada anormal começa a ser vista como uma ameaça, tanto médica quanto jurídica. Então, ao longo do século XIX, a infância passará a ser vista como um momento privilegiado para antecipar futuros problemas psiquiátricos graves ou irreversíveis e, ao mesmo tempo, futuros atos violentos e criminosos.

Como tentaremos mostrar aqui, tudo parece indicar que as velhas estratégias do século XIX permanecem até hoje. Psiquiatria e direito se articulam em torno da infância dita anormal e considerada perigosa, dando lugar ao que Foucault caracterizou como “discursos ubuescos”, isto é, discursos com pretensão de verdade que podem parecer grotescos, fazer rir, mas que de fato são trágicos, pois têm o poder de determinar, direta ou indiretamente, decisões de justiça, referentes ao tipo pena, liberdade ou punição. Trata-se de discursos que detêm o poder institucional de punir, excluir e, no limite, matar.

Por esse motivo, Foucault dirá que “esses discursos são, finalmente, numa sociedade como a nossa, discursos que merecem um pouco de atenção” (Foucault, 1999, p. 125). É preciso estudar os efeitos de poder produzidos por esses discursos que são, ao mesmo tempo, estatutários e desqualificados, que atingem certo valor de verdade, certo estatuto de cientificidade, na medida em que são enunciados por peritos.

Proponho, então, analisar a construção de saberes e estratégias de intervenção pelas quais a infância começou a ser pensada, e continua sendo até hoje, como eixo articulador desse dispositivo de segurança centrado na problemática do risco que caracteriza as sociedades liberais e neoliberais. Podemos perguntar: o que acontece nesse discurso de *Ubu* que está no âmago

de nossa prática penal e psiquiátrica? Como adquire cientificidade esse discurso tão pouco científico, centrado em preconceitos e qualificações morais?

Como tentaremos mostrar aqui, a insistência em intervir psiquiatricamente sobre os comportamentos das crianças, o interesse por definir e multiplicar classificações psiquiátricas da infância, não parece ser completamente alheio à preocupação em antecipar comportamentos violentos, suicidas ou criminosos. Neste artigo proponho analisar um dos muitos diagnósticos que o DSM-5 considera como próprios da infância e da adolescência, o já referido TOD (identificado pelo código 313.81 no DSM-5 e por F91.3 no CID-9). Como também pretendo mostrar, esse transtorno se inscreve totalmente no campo daquilo que Foucault definiu como “dispositivo de segurança” (Foucault, 1978, 1997, 2004, 2005), na medida em que é um diagnóstico perpassado pela problemática do risco, cuja legitimidade e razão de ser parece estar limitada à antecipação de problemas psiquiátricos e jurídicos.

Dispositivos de segurança

A existência de fronteiras difusas entre normalidade e patologia psiquiátrica possibilitou não só a multiplicação de diagnósticos, mas também a aceitação da ideia de que seria possível identificar pequenos signos anunciantes de uma patologia grave por vir. Criou-se, assim, a necessidade de realizar intervenções preventivas no campo da saúde mental que permitiriam agir antes que uma possível doença psiquiátrica se cronificasse, antes que o processo patológico iniciasse. Fala-se de doenças mentais do desenvolvimento, isto é, patologias que se apresentariam na infância com sintomas “subclínicos”, pequenos indícios de que um transtorno do comportamento ou da aprendizagem poderia acontecer no futuro.

Essa lógica de antecipação e prevenção se articula em torno do conceito de *risco*. Assim, afirma-se, ainda que não exista nenhuma certeza, que crianças diagnosticadas com TDAH ou TOD que não forem tratadas na infância desenvolverão futuramente diagnósticos irreversíveis de esquizofrenia, psicoses ou o temido transtorno de personalidade antissocial, diretamente associado ao delito e à delinquência. Assim, e ainda que nos últimos anos tenham se

multiplicado as críticas relacionadas à fragilidade epistemológica dessa classificação diagnóstica, hoje hegemônica no campo da psiquiatria, ela continua sendo utilizada como marco de referência para a identificação de sintomas, a definição de diagnósticos e a prescrição de terapêuticas, que se limitam, geralmente, a psicofármacos, às vezes aliados a terapias comportamentais.

O certo é que, independentemente das críticas dirigidas a esse modo de definir os diagnósticos, estes se impõem no mundo inteiro pela força da lei. A existência de professores treinados para diagnosticar e identificar transtornos mentais certamente aumentará o número de diagnósticos referentes a comportamentos antes considerados comuns na infância, independentemente dos problemas pedagógicos, familiares ou sociais que podem envolver. Temos assim um discurso com pretensão de verdade, que se sustenta na lógica do medo e que se impõe pela força da lei, isto é, um discurso estatutário, mas desqualificado.

Para compreender de que modo surgiu esse contínuo médico-jurídico que se articula em torno da ideia de periculosidade da infância, devemos nos situar no período compreendido entre os anos de 1890 e 1902. Nesse momento ocorreu uma transformação no discurso psiquiátrico e jurídico que permitiu articular as categorias criminalidade, anormalidade e risco, criando um poderoso instrumento para exercer o governo sobre os homens, centrando a atenção nas condutas da infância. No campo da psiquiatria foram abandonadas as teses, defendidas pelo alienismo clássico, que identificavam loucura ou doença mental um número restrito de diagnósticos. A loucura, pela mediação dos teóricos da degeneração, deixou de estar vinculada exclusivamente à existência de alucinações auditivas ou visuais para referir-se a comportamentos considerados desviados em relação a parâmetros pré-estabelecidos de normalidade. Ao mesmo tempo, fala-se da capacidade de antecipar doenças graves e irreversíveis que poderão ocorrer na vida adulta, intervindo nos comportamentos cotidianos e legitimando a psiquiatrização da infância.

No espaço jurídico, uma transformação paralela será produzida. A Escola Positiva de Antropologia Criminal propõe substituir um sistema jurídico centrado na oposição

responsabilidade-irresponsabilidade por uma legislação baseada na periculosidade. O que importa é o risco social que um indivíduo, adulto ou criança, pode representar para a segurança social, de modo que a noção de risco como capacidade de antecipação de um perigo possível reaparece como noção articuladora tanto no campo médico como no jurídico.

Foucault (2014) resumirá essas transformações afirmando que, em inícios do século XX, ocorre o abandono da noção jurídica de responsabilidade, vinculada ao problema do livre-arbítrio, e sua substituição pelo grau de perigo que os indivíduos representam para a sociedade. A partir daí, passa-se a afirmar que são justamente esses indivíduos que o direito penal clássico considerava como irresponsáveis, isto é, os loucos e os anormais, os que mais perigo representam para a sociedade.

A pergunta inevitável será: quem pode definir se um indivíduo é ou não perigoso antes de cometido o ato? Dito de outro modo: quem deve decidir se um indivíduo, seja um adulto ou uma criança, poderá desencadear situações de violência no futuro? A resposta será: a psiquiatria. Assim, as duas transformações apontadas levam a uma subordinação do direito à psiquiatria que produz uma terceira transformação que, por sua vez, levará à exigência de:

redesenhar a função social do castigo, que deverá deixar de ser visto como punição por um crime efetivamente cometido para passar a ser visto como uma estratégia de defesa da sociedade possibilitada pela suposta capacidade do saber psiquiátrico de identificar o indivíduo perigoso. Cada vez mais, a prática e a teoria penal terão a tendência, nos séculos XIX e XX, de fazer do indivíduo perigoso o objetivo principal da intervenção punitiva. (Foucault, 2014, p. 235)

Pode-se objetar que esse projeto de reforma penal não foi concretizado, que o critério de responsabilidade-irresponsabilidade foi conservado nos códigos penais de diferentes países do mundo. No entanto, foi nesse momento que a psiquiatria conquistou o direito de intervir na medicalização de comportamentos considerados perigosos, tendo como alvo a infância, na medida em que se considera que a

psiquiatria possui a capacidade de antecipar delitos ou crimes que poderão vir a ser cometidos na vida adulta.

O saber psiquiátrico adquire um papel central na tarefa de avaliar o grau de periculosidade que um indivíduo representa para a sociedade e para si mesmo, transformando-se em um poderoso aliado da justiça. Pois só o psiquiatra poderá agir não só antes que uma doença psiquiátrica se cronifique, mas também antes que um delito seja cometido.

Gostaria de me deter aqui a analisar de que modo a nova versão do *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* se vincula a esse dispositivo de saber-poder próprio das sociedades liberais e neoliberais, denominado por Michel Foucault “dispositivo de segurança” (Foucault, 1978, 1997, 2004, 2005): um dispositivo eminentemente centrado na lógica da prevenção e da antecipação de riscos. Como já foi dito, esse dispositivo precede a classificação, hoje hegemônica, de patologias psiquiátricas, e certamente precede o DSM-5, editado em 2013. Porém, nos últimos anos, esse dispositivo foi ganhando força pela consolidação de uma linha de pesquisa, cada vez mais sólida no campo da psiquiatria, denominada “psiquiatria do desenvolvimento da infância e da adolescência”. De acordo com essa linha de pesquisa e intervenção, que perpassa completamente o DSM-5, os transtornos mentais devem ser entendidos como comportamentos disfuncionais que se agravam ao longo da vida de um indivíduo, desde a infância até a idade adulta (Caponi, 2014), exigindo que seja reforçada a atenção nos primeiros anos de vida.

Ainda que já existissem transtornos da infância no DSM III e IV, podemos dizer que a dissolução das fronteiras entre adultos e crianças se consolidou, finalmente, com a publicação do DSM-5. Neste, o controvertido capítulo denominado “Transtornos geralmente diagnosticados pela primeira vez na primeira infância, infância ou adolescência” desaparece, e assim se legitima a indistinção entre diagnósticos da infância e aqueles antes reservados para a vida adulta. A partir desse momento, pode-se falar sem problemas de TDAH em adultos ou de depressão maior na infância.

Podemos observar, por exemplo, que no item do DSM-5 dedicado a “Desenvolvimento e curso”, antes denominado “Curso” no DSM-IV, cada diagnóstico definido terá sua referência na

infância ou na adolescência, quando teria iniciado a patologia. Aparecem também indicações referentes à importância de identificar precocemente as doenças para garantir um bom tratamento. Assim, para o transtorno de interação social desinibida (313.89), o item “Desenvolvimento e curso” afirma: “O transtorno foi descrito a partir do segundo ano de vida, até a adolescência” (APA, 2013, p. 270). No transtorno de estresse pós-traumático, esse mesmo item, diz: “O TEPT pode ocorrer em qualquer idade a partir do primeiro ano de vida” (APA, 2013, p. 276), repetindo-se a mesma lógica na maior parte dos diagnósticos. Vale lembrar que o transtorno de interação social desinibida não existia no DSM-IV-TR, e que o transtorno de estresse pós-traumático tinha seu início na vida adulta.

Os exemplos se multiplicam também no campo das chamadas patologias sexuais. Vemos aparecer uma nova categoria denominada: “Disforia de gênero em crianças” (451). Afirma-se que os comportamentos transgêneros já podem ter início na idade pré-escolar, com dois ou quatro anos de vida (APA, 2013, p. 455). Tudo parece indicar que a passagem do item “Curso” ao item “Desenvolvimento e curso” não ocorreu por acaso, trata-se de uma tomada de posição em relação à validade concedida pelo DSM-5 a essa ambígua e duvidosa linha de pesquisa denominada, justamente, psiquiatria do desenvolvimento da infância e da adolescência.

Assim, a obsessão por detectar precocemente os transtornos mentais na infância parece ser o eixo central em torno do qual se articula o DSM-5. Essa estratégia, que está presente em praticamente todos os transtornos mentais definidos nesse manual, habilitaria a psiquiatria a identificar e antecipar riscos, tanto médicos quanto jurídicos.

Essa centralidade do dispositivo securitário tem duas faces. Por um lado, a detecção precoce se apresenta, ainda que sem sucesso, como resposta para evitar a cronificação de patologias que se supõem irreversíveis na vida adulta. Por outro, e é aqui que essa estratégia encontra sua legitimidade, cumpre uma função de proteção social. A tarefa de detectar os transtornos disruptivos na primeira infância se apresenta como solução para antecipar os problemas mais temidos nas sociedades liberais e neoliberais: a delinquência, a criminalidade, os

homicídios, o suicídio. O DSM-5 situa-se, assim, a meio caminho entre o médico e o jurídico.

Vemos, desse modo, que a estratégia indispensável para garantir a indefinida ampliação de diagnósticos e categorias psiquiátricas é a obsessão por identificar pequenas anomalias, sofrimentos cotidianos, pequenos desvios de conduta, como indicadores de uma patologia psiquiátrica grave por vir. O risco, na medida em que aparece como um modo de antecipar um perigo possível (real ou imaginado) sobre a vida e a saúde, constitui a estratégia que permite garantir a legitimidade e a aceitabilidade da multiplicação de diagnósticos. Um dos maiores críticos do DSM-5, o chefe do grupo de tarefas do DSM-IV, Allen Frances, afirma:

Os psiquiatras esperam identificar pacientes mais cedo e criar tratamentos efetivos para reduzir a cronicidade das patologias. Desafortunadamente, os membros do Grupo de Tarefas usualmente cometem o erro de esquecer que qualquer esforço por reduzir as taxas de falsos negativos deve inevitavelmente elevar as taxas de falsos positivos (frequentemente de modo dramático e com fatais consequências). Se alguma vez for possível lograr a esperada vantagem da detecção precoce de casos, deveremos ter provas diagnósticas específicas e tratamentos seguros. Em contraste, as propostas do DSM-5 levam à particularmente perigosa combinação de diagnósticos não específicos e inadequados, e a tratamentos não provados e danosos. (Frances, 2010, p. 6)

A problemática do risco é a estratégia mais utilizada para legitimar a expansão de doenças mentais. Nesse marco podemos situar a afirmação de Frances pela qual a síndrome de risco de psicose (posteriormente chamada *attenuated psychosis syndrome*) provocaria uma alarmante taxa de falsos positivos entre 70 a 75%, levando centenas de milhares de adolescentes e jovens a receber, sem necessidade, a prescrição de antipsicóticos atípicos que causam efeitos colaterais sérios, tais como: aumento de peso, impotência sexual e redução da expectativa de vida. De modo que,

A prevenção da psicose seria uma ótima ideia se nós realmente pudéssemos fazê-la, mas não há nenhuma razão para pensar que possamos. Ir além

de nossa compreensão provavelmente afetará aqueles que esperávamos ajudar. O Risco de Psicose não deve ser usado como um diagnóstico clínico, pois estará quase sempre errado. A estrada para o inferno está pavimentada de boas intenções e de más consequências não intencionais. Em primeiro lugar, não cause dano. (Frances, 2013a, p. 1)

De nada serve a resposta de que a síndrome de risco de psicose foi finalmente excluída do DSM-5, pois, além de ter sido ampliado o número de transtornos considerados fator de risco para patologias graves e irreversíveis como as psicoses, a nova reestruturação do DSM-5 destaca, já na introdução, a importância da detecção precoce de um amplo conjunto de doenças psiquiátricas que inclui a psicose (Grevet et al., 2007). Assim, no início desse manual podemos ler:

Para melhorar a utilidade clínica, o DSM-5 foi organizado a partir de considerações sobre o desenvolvimento e o ciclo vital. Inicia-se com diagnósticos que, acredita-se, refletem processos de desenvolvimento que se manifestam no início da vida (por exemplo, neurodesenvolvimento, espectro de esquizofrenia e outros transtornos psicóticos), seguidos por diagnósticos que se manifestam na vida adulta. Uma abordagem semelhante foi seguida dentro de cada capítulo. Essa estrutura organizacional facilita as informações sobre o ciclo de vida como auxílio na tomada de decisão diagnóstica. (APA, 2013, p. 13)

Como já foi dito aqui, a afirmação de que as patologias mentais teriam início na infância e adolescência não se limita somente aos primeiros capítulos do DSM-5. Pelo contrário, reaparece em cada um dos capítulos do manual, pois todos começam fazendo referência a que esse agrupamento de transtornos pode ter início na infância. Isso ocorre, por exemplo, no capítulo denominado “Transtornos depressivos”, que começa com o transtorno disruptivo da desregulação de humor, cujo início se situa antes dos dez anos de idade. O mesmo ocorre com os chamados “Transtornos disruptivos de controle de impulsos e de conduta”, capítulo no qual o DSM-5 situa o TOD.

Um diagnóstico ubuesco: o transtorno de oposição desafiante

Esse mesmo capítulo dos transtornos disruptivos de conduta agrupa as seguintes patologias, apresentadas em ordem de gravidade crescente: transtorno de oposição desafiante; transtorno explosivo intermitente; transtorno de conduta; transtorno de personalidade antissocial; piromania e kleptomania - além da onipresente categoria “não

especificado”. O manual afirma também que, devido à sua estreita associação com esse grupo, o transtorno de personalidade antissocial (301.7) tem dupla listagem, nesse capítulo e no capítulo “Transtornos de personalidade”. Em relação ao TDAH, antes listado junto com o transtorno opositor e o transtorno de conduta, o DSM-5 dirá que frequentemente é comórbido com os transtornos disruptivos.

A trajetória que articula esses transtornos se apresenta da seguinte forma:

Quadro 1 – Transtorno de Oposição e Desafio, trajetória possível

Trajetória possível	Transtorno de oposição e desafio	Transtorno de conduta	Transtorno de personalidade antissocial
Principais sintomas	Sente raiva, discute, facilmente irritável, desobediente, maldoso, perde a calma, culpa os outros	Viola os direitos dos outros, dano físico, dano à propriedade, enganador, violações graves de regras	
Prognóstico		Reservado com início antes dos 10 anos ou se houver sintomas mais graves	Reservado
Fatores de risco	Quando criança é agitado, reativo ou tem atividade motora em excesso	Homem, rejeição parental, parentalidade dura, rejeição de pares, trauma	Histórico familiar
Fatores de proteção	Identificação precoce, tratamento efetivo, ausência de TDAH, sem histórico familiar de TDC	Sintomas leves, avaliação precoce e efetiva, tratamento contínuo, sem cocorrência de uso de substâncias, sem histórico familiar	

Fonte: Gathright e Tyler, 2012

Como podemos observar, o desaparecimento do agrupamento “Transtornos geralmente diagnosticados pela primeira vez na primeira infância, infância ou adolescência” está longe de ser uma boa notícia para quem deseja o fim dos rótulos psiquiátricos na infância. O DSM-5 inaugura, a partir dos postulados defendidos pela psiquiatria do desenvolvimento, um processo pelo qual todo e qualquer transtorno mental deverá ser diagnosticado nos primeiros anos de vida.

Trata-se de intervir nos transtornos disruptivos antes que alguma suposta patologia mental se cronifique, mas também antes que se consolide esse quadro tão temido chamado transtorno de personalidade antissocial. Esse é o rótulo psiquiátrico mais utilizado para designar aqueles que “fracassam em ajustar-se a normas sociais relativas a comportamentos legais” (APA, 2013, p. 659). Isto é, sujeitos que apresentam comportamentos agressivos, violentos ou criminosos.

Nesse campo intermediário entre o médico e o jurídico, devemos situar a sucessão de diagnósticos que compõem o grupo dos “Transtornos disruptivos, do controle de impulsos e da conduta”, dando lugar ao que podemos caracterizar como o processo de configuração de uma infância perigosa. Conforme já referimos, em *Os anormais*, Foucault analisa os discursos jurídicos com pretensão de verdade como “ubuescos” (Foucault, 1999, p. 125). Pois é a partir de discursos desse tipo, grotescos, mas com pretensão de verdade e consequências trágicas, que se legitimam estratégias de poder que podem determinar, direta ou indiretamente, decisões sobre normalidade e patologia, sobre terapêuticas farmacológicas, enfim, decisões sobre a vida e o futuro das crianças classificadas nessa categoria de transtornos.

Um desses discursos ubuescos é o TOD. Esse transtorno se define por um tipo de “humor raivoso/irritável, de comportamento questionador/desafiante ou de índole vingativa, com duração de pelo menos seis meses, evidenciado por pelo menos quatro sintomas de qualquer das categorias seguintes e exibido na interação com pelo menos um indivíduo que não seja o irmão”.¹ Para diagnosticar-se esse transtorno, é necessário que existam pelo menos quatro dentre os oito sintomas que o manual apresenta divididos em três grupos:

Humor raivoso/irritável:

1. Com frequência perde a calma;
2. Com frequência é sensível ou facilmente incomodado;
3. Com frequência é raivoso e ressentido;

Comportamento questionador/desafiante

4. Frequentemente questiona figuras de autoridade ou, no caso de crianças e adolescentes, de adultos;
5. Frequentemente desafia acintosamente ou se recusa a obedecer a regras ou pedidos de figuras de autoridade;

6. Frequentemente incomoda deliberadamente outras pessoas;
7. Frequentemente culpa outros por seus erros ou mau comportamento;

Índole vingativa:

8. Foi malvado ou vingativo pelo menos duas vezes nos últimos seis meses. (APA, 2013, p. 462).

Além da fragilidade e ambiguidade desses sintomas ubuescos, o DSM-5 acrescenta uma nota particularmente significativa, na qual explica que, para realizar-se o diagnóstico, os comportamentos não precisam estar exclusivamente associados ao sofrimento dos indivíduos diagnosticados. A nota introduz um novo elemento. Diz que o diagnóstico deve considerar o sofrimento que esses comportamentos produzem “para os outros em seu contexto social imediato (família, pares, escola, colegas)”, e também se esses comportamentos produzem algum tipo de “impacto negativo no funcionamento social, educacional ou profissional do indivíduo” (APA, 2013, p. 463). De modo que o sofrimento da criança pode deixar de ser a referência central, passando a ter relevância para o diagnóstico os efeitos que essa criança provoca no funcionamento da escola ou na família. Abre-se assim a porta para a medicalização de comportamentos comuns na infância.

O DSM-5 apresenta outras especificações para o diagnóstico de TOD. No item “Desenvolvimento e curso” podemos ler que os primeiros sintomas surgem na idade pré-escolar, antes dos cinco anos, e que esse transtorno aparece como indicador de risco para um mais grave, o transtorno de conduta (TC), que inclui agressões a pessoas e animais. Afirma também que “crianças e adolescentes com TOD estão sob risco aumentado para uma série de problemas de adaptação na idade adulta, incluindo comportamento antissocial, problemas de controle de impulsos, abuso de substâncias, ansiedade e depressão” (APA, 2013, p. 464).

Surge, então, uma pergunta inevitável sobre esse diagnóstico ambíguo associado a um prognóstico

¹ No DSM-IV: “Padrão recorrente de comportamento desafiante, desobediente e hostil, iniciado na infância e adolescência e de intensidade suficiente para causar prejuízo no funcionamento global da criança e adolescente” (APA, 1994).

dramático na vida adulta. A pergunta é se existe algum marcador neurobiológico, alguma alteração cerebral que permita indicar que esse conjunto de comportamentos próprios da infância pode passar a ser visto como indicador de uma patologia psiquiátrica. O DSM-5 dará a resposta quando sustenta, no item “Fatores de risco”, que: “uma série de marcadores neurobiológicos, como menor reatividade da frequência cardíaca e da condutância da pele, reatividade do cortisol basal reduzida, anormalidades no córtex pré-frontal e na amídalas foram associados ao TOD”. Porém, imediatamente deverá afirmar que: “não está claro se existem marcadores específicos para o transtorno de oposição desafiante” (APA, 2013, p. 465).

Se por um momento sairmos do DSM-5 e analisarmos a produção brasileira dedicada a essa questão, poderemos tomar como referência um texto publicado na *Revista Brasileira de Psiquiatria*, em 2004. O artigo “Transtorno desafiador de oposição: uma revisão de correlatos neurobiológicos e ambientais” (Serra-Pinheiro et al., 2004) faz uma revisão da produção dedicada ao TOD. O estudo propõe analisar as evidências existentes no que se refere aos correlatos neurobiológicos, de funcionamento familiar e escolar, comorbidades, prognóstico e tratamento, diferenciando o TOD do TDAH e do TC.

Referindo-se especificamente aos estudos revisados que se ocuparam de estabelecer marcadores ou correlatos neurobiológicos, o artigo diz que nenhum deles apresenta resultados conclusivos. Os estudos analisados buscaram definir a causa do TOD por diferentes vias: identificação de hormônios e neurotransmissores, uso de eletroencefalografia, marcadores genéticos, dentre outros. Porém, o artigo observa que nenhum desses estudos é conclusivo.

Em relação a estudos cognitivos realizados com crianças com TOD e controles normais, os autores afirmam que se evidenciou maior dificuldade de aprendizagem em crianças com TOD, mas que essa diferença não pode ser considerada significativa. No entanto, nenhum desses fracassos foi considerado pelos pesquisadores como indicação de que se trata de um diagnóstico mal definido ou de uma patologia inexistente. Afirma-se, pelo contrário, que tais estudos darão resultados positivos em algum remoto e imaginário futuro.

Dada a inexistência de fatores genéticos, fisiológicos ou neurobiológicos, isto é, perante a impossibilidade de contar com estudos de imagem cerebral, análises de sangue ou qualquer tipo de marcador neurobiológico, será necessário integrar outros elementos. Seria desejável tentar entender se essas reações de raiva ou desafio não são mais que um simples modo encontrado pela criança para expressar seu sofrimento, utilizando-se estratégias lúdicas para escutar o que ela tem a dizer. No entanto, para definir esse diagnóstico ambíguo e pouco consistente que é o TOD, o DSM-5 desconsidera explicitamente os relatos das crianças quando afirma: “Geralmente os indivíduos com esse transtorno não se consideram raivosos, opositores ou desafiadores. Em vez disso, costumam justificar seus comportamentos como uma resposta a exigências ou circunstâncias desproporcionadas” (APA, 2013, p. 463). O manual acrescenta que são poucas as contribuições que a criança pode dar para definir o diagnóstico, de modo que, uma vez mais, encontramos a máxima kraepeliniana que leva a silenciar a narrativa dos pacientes.

Nenhuma dessas alternativas é considerada quando se trata de definir o diagnóstico de acordo com o DSM-5. O manual apresenta só uma estratégia, que se limita a medir a frequência e a persistência de quatro dos sintomas assinalados anteriormente por um período de seis meses. Essa é a única estratégia para “fazer a distinção entre um comportamento dentro dos limites normais e um comportamento sintomático”. O DSM-5 acrescenta que “outros fatores devem ser considerados, tais como se a frequência e a intensidade dos comportamentos estão fora de uma faixa normativa para o nível de desenvolvimento, o gênero e a cultura do indivíduo” (APA, 2013, p. 463). Trata-se de contar a frequência de aparição dos sintomas, de calcular o desvio que a criança apresenta em relação à média ou padrão da mesma idade.

Essas informações quantitativas ambíguas complementam-se com a referência a outros “fatores de risco e prognóstico” que o manual denomina “ambientais”. Dentre estes, aponta: práticas agressivas, inconsistentes ou negligentes de criação dos filhos, pois “essa história parental ocupa um papel importante nas teorias causais do diagnóstico” (APA, 2013, p. 463). De modo que, para estabelecer o diagnóstico psiquiátrico para uma patologia cuja

causa biológica se dará como suposta, sem ter sido identificada, o DSM recorre a duas estratégias: contar sintomas e avaliar o histórico parental da criança, isto é, identificar “fatores ambientais”. Esses seriam os seguintes (Goodman; Scott, 2012):

- Nível socioeconômico baixo.
- História parental de psicopatologia.
- Criminalidade parental.
- Características de cuidado parental: hostilidade, pouco carinho, pouca supervisão, regras e disciplina inconsistentes.

Observando esses fatores, parece inevitável destacar o lugar que ocupam a pobreza e a criminalidade parental. A psiquiatria abre as portas, assim, para avaliações carregadas de um forte e indesejável determinismo social. Este, repetindo a lógica das profecias autorrealizadas, acabará por diagnosticar com maior frequência os transtornos de comportamento em famílias pobres ou em crianças com familiares em conflito com a lei.

Esse discurso se repete em diversos artigos acadêmicos como o de Serra-Pinheiro et al. (2004, p. 274), no qual, em relação aos aspectos familiares, encontra-se uma explicitação mais detalhada, que reproduz os mesmos preconceitos de classe e as mesmas marcas de determinismo social. Os autores afirmam:

Em um estudo comparando pacientes com TDAH com e sem TOD, Kadesjo et al. encontraram que ter pais divorciados e mãe com baixo nível socioeconômico era mais comum no grupo comórbido. Frick et al. demonstraram que as crianças com TOD distinguiram-se dos controles clínicos por seus pais terem uma maior prevalência de transtorno de personalidade antisocial e de transtorno por abuso de substâncias.

Nenhuma novidade até aqui, só a repetição dos clássicos preconceitos de classe apresentados sob a forma de estudos científicos, pois como determinar cientificamente a importância da escolaridade da mãe ou do nível socioeconômico da família, se de fato não temos mais que uma definição ambígua, uma lista de comportamentos que provocam incômodo nos locais de convívio da criança,

desconsiderando que esse pode ser o único recurso simbólico disponível para que a criança manifeste sua insatisfação, medo ou sofrimento?

É preciso analisar cuidadosamente o papel que ocupa a pobreza nesse discurso. Certamente esse papel não é análogo àquele desempenhado pelos fatores ambientais em doenças transmissíveis como cólera, lepra ou tuberculose. Conhecemos a história natural dessas doenças e sabemos o impacto que a pobreza pode ter na proliferação delas. Certamente não é desse modelo que fala o DSM-5 quando afirma que pobreza ou criminalidade parental podem ser fatores causais ambientais de comportamentos desafiadores ou opositores. Nesse caso, a incorporação do fator pobreza como causa de uma suposta patologia só pode reforçar os estigmas de classe e a exclusão social de crianças cujos comportamentos, como bem soube mostrar Pierre Bourdieu, não se ajustam aos padrões desejados pelo simples fato de que essas crianças não contam com o capital social ou cultural que a instituição escolar espera e deseja encontrar em seus alunos.

O TOD e a terapêutica farmacológica

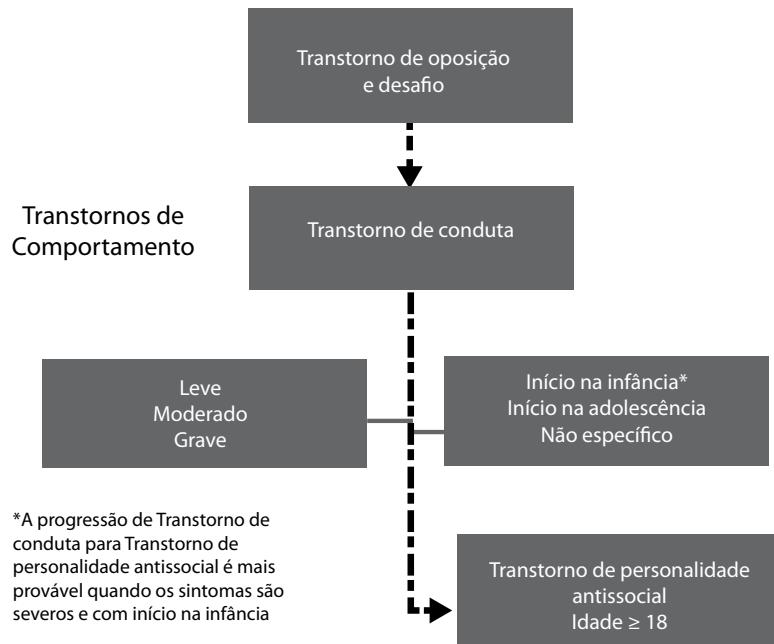
Resta analisar a terapêutica proposta para o TOD. Para isso devemos lembrar que, de acordo com o DSM-5, não é possível identificar nenhum mecanismo neurobiológico específico; não é possível definir causas sociais ou ambientais determinantes; que o TOD não se refere exclusivamente ao sofrimento da criança, mas também aos problemas que elas causam para família, escola, colegas; que sua identificação ocorre pela estratégia de medir a frequência e a intensidade de aparição dos sintomas. Sabemos também que não existe nenhum espaço para uma escuta atenta que permita entender as razões que levam a criança a: manifestar descontentamento, opor-se às ordens externas, perder a calma ou questionar as figuras de autoridade, todos comportamentos considerados sintomas do TOD.

Perante tantas incógnitas, existe uma única certeza definida no item “Desenvolvimento e curso”: “O TOD é um dos maiores precursores de psicopatologia na vida adulta. Indivíduos com história de TOD e TC têm maior probabilidade de apresentar prejuízo social quando adultos,

ter menos qualificação profissional, menos estabilidade laboral e mais casos de divórcio" (APA, 2013, p. 464). Isto é, de acordo com o DSM-5, existe

uma trajetória para os transtornos disruptivos que leva à personalidade antissocial. Essa trajetória se apresenta como sendo uma marcha inexorável:

Figura 1 – Do transtorno de conduta à personalidade antissocial



Fonte: Gathright e Tyler, 2014

Como já foi dito, os transtornos disruptivos de comportamento não se explicam por causas neurobiológicas, socioambientais ou psicológicas, mas por uma suposta trajetória futura que inclui fracasso laboral e pessoal, patologias mentais irreversíveis, assim como supostos atos de delinquência ou criminalidade na vida adulta. E será em função desse duvidoso prognóstico, apresentado sob a forma de uma verdade cientificamente estabelecida, que se defende uma intervenção terapêutica unificada.

Existem dois tipos de proposta terapêutica para os transtornos disruptivos de comportamento, e estas podem ou não estar associadas. Por um lado, propõe-se a intervenção comportamental, isto é, a abordagem familiar denominada "manejo parental", associada à terapia cognitivo-comportamental (TCC). Por outro, propõe-se o tratamento farmacológico, dando prioridade aos antipsicóticos atípicos, como a risperidona. Dependendo do padrão de comorbidades,

serão acrescentadas as seguintes medicações: com ansiedade e depressão, a risperidona será associada a antidepressivos ISRS, e para comorbidade com TDAH, a psicoestimulantes como a ritalina (Rigau-Ratera; García-Nonell; Artigas-Pallarés, 2006).

São bem conhecidos os efeitos adversos dos antipsicóticos. Como afirma Pignarre (2006), todo o esforço que a indústria farmacêutica dedicou, nos últimos 50 anos, aos psicofármacos em geral e aos antipsicóticos em particular, parece reduzir-se a encontrar um medicamento com menos efeitos colaterais que o existente no mercado.

No caso da medicação a ser prescrita para uma criança com TOD, a terapêutica considerada mais eficaz será um psicofármaco controvérsio, potente e com vários efeitos adversos muito bem conhecidos, como a risperidona (Moynihan; Cassels, 2006). Lembremos que os antipsicóticos atípicos podem causar aumento de peso e alterar o metabolismo, aumentando o risco de

diabetes. Podem também provocar efeitos secundários relacionados à motricidade, como rigidez, espasmos musculares persistentes, tremores e inquietação. Por fim, vale lembrar que o uso prolongado de medicamentos antipsicóticos pode levar a uma condição chamada de discinesia tardia (DT), que impede que o indivíduo possa controlar os movimentos musculares, levando comumente à rigidez na boca. Em certos casos pode dar lugar também à síndrome dos neurolépticos, que é uma reação adversa grave, associada a alterações do estado mental, rigidez muscular, hipertermia, alterações psicomotoras, sinais de instabilidade autonômica. Efeitos graves de uma terapêutica preconizada ainda que não exista nenhuma causa neurobiológica definida.

Para concluir

Em seu livro *Saving normal*, Allen Frances (2013b) afirma que o incremento das taxas de transtornos mentais na população ocorre de dois modos: (1) pela criação de novos diagnósticos que transformam em patológicos comportamentos comuns na sociedade, que a indústria farmacêutica se encarregará de popularizar (no caso do TOD, perder a clama, ficar com raiva, sentir-se incomodado, resistir às ordens das autoridades ou de adultos); e (2) estabelecendo um limiar de diagnóstico mais baixo para muitas patologias já existentes, como ocorre quando comportamentos comuns passam a ser vistos como fator de risco para uma doença mental irreversível (Frances, 2010, 2013b). Nesse marco devemos inscrever a alteração aparentemente pouco significativa que se estabelece entre o DSM-IV e o DSM-5 em relação ao transtorno de oposição e desafio. Até 1994, no DSM-IV-TR, o TOD fazia parte dos “Transtornos geralmente diagnosticados pela primeira vez na primeira infância, infância ou adolescência”, conjuntamente com outros muitos transtornos.

No DSM-IV, TOD e transtorno de conduta se excluíam, não podendo existir concomitantemente. Ao contrário, no DSM-5, TOD e TC podem coexistir, e o TOD passa a ter um lugar privilegiado de marcador de risco para um conjunto de comportamentos considerados socialmente ameaçadores, comportamentos que ocupam um lugar intermediário entre o médico e o jurídico, associados aos chamados “transtornos de conduta e de personalidade antissocial”, tais como:

violar os direitos dos outros, provocar danos físicos ou danos na propriedade, delinquir, enganar e provocar graves violações às normas sociais.

É verdade que essa dimensão supostamente performativa do TOD, que leva a supor que a criança com TOD será um adulto em conflito com a lei ou com comprometimento psiquiátrico grave, já estava presente em estudos sobre psiquiatria do desenvolvimento. Mas essa ambígua suposição foi integrada de maneira explícita ao DSM-5 em 2013, como tentamos mostrar aqui.

Para concluir, gostaria de retomar o estudo antes referenciado (Serra-Pinheiro et al., 2004, p. 275). Vemos que, ainda que o artigo apresente uma sucessão de estudos inconclusivos, finaliza com a definição do tratamento preconizado. Repete, mais uma vez, a importância de articular tratamento farmacológico com terapia comportamental e afirma que:

O enfoque terapêutico deverá variar de acordo com a presença de comorbidade. Estimulantes e clonidina parecem ser efetivos nos sintomas de TDO comórbido com TDAH e o metilfenidato é capaz de induzir a remissão de TDO em uma grande proporção de pacientes de TDAH com TDO comórbido. Ácido valpróico, haloperidol, risperidona e lítio são provavelmente mais efetivos quando há instabilidade de humor observável.

Vale destacar que no fim do artigo se explicitam os conflitos de interesse, indicando que o autor principal “participa do conselho consultivo de/é porta-voz de/ ou recebeu financiamento da Pfizer, Janssen-Cilag, Eli Lilly, Wyeth, Novartis e GlaxoSmithKline” (Serra-Pinheiro et al., 2004, p. 275).

Temos assim mais um exemplo do modo como opera a indústria farmacêutica no incremento das taxas de transtornos mentais na população, nesse caso transformando em patológicos comportamentos comuns na sociedade, como perder a clama, ficar com raiva, sentir-se incomodado, resistir às ordens das autoridades ou de adultos, que o DSM transformou em sintomas psiquiátricos e que a indústria farmacêutica se encarregará de difundir e popularizar pela mediação do auxílio a pesquisadores, financiamentos de pesquisas, divulgação em congressos médicos etc.

Do que foi dito até aqui, vale ressaltar que a indústria farmacêutica ocupa só uma parte nesse complexo tecido da psiquiatriização da infância, pois, para que possa tornar-se aceitável e legítimo o recurso a fármacos com efeitos adversos graves - como ocorre com os antipsicóticos atípicos -, foi preciso que, inicialmente, as categorias propostas pelo DSM conquistassem respeitabilidade, aceitação e reconhecimento como discurso científico. Um discurso que, no entanto, e como tentamos mostrar, está perpassado por uma severa fragilidade epistemológica. Sua validação não ocorre, como na medicina geral (Foucault, 1987, 2003), por marcadores biológicos ou neurobiológicos, mas por referência a duvidosos estudos de risco, estatísticas pouco consistentes que falam de uma suposta trajetória patológica, pela qual as crianças com TDAH estariam destinadas a fracassos, delinquência ou loucura na vida adulta caso não seja aceita a terapêutica preconizada.

Referências

APA - AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*: DSM-IV-TR. 4. ed. Arlington, 1994.

APA - AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*: DSM-V. 5. ed. Arlington, 2013.

CAPONI, S. *Loucos e degenerados*: uma genealogia da psiquiatria ampliada. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

FRANCES, A. Opening Pandora's box: the 19 worst suggestions for DSM5. *Psychiatric Times*, London, v. 1, n. 1, 2010.

FRANCES, A. Psychosis risk syndrome is back to haunt us. *Huffington Post*, New York, 2013a. Disponível em: <<https://bit.ly/2ICAJHo>>. Acesso em: 12 dez. 2017.

FRANCES, A. *Saving normal*: an insider's revolt against out-of-control psychiatric diagnosis, DSM-V, big pharma, and the medicalization of ordinary life. New York: Harper Collins, 2013b.

FOUCAULT, M. *História de la sexualidad I*: la voluntad de saber. Ciudad de México: Siglo XXI, 1978.

FOUCAULT, M. *El nacimiento de la clínica*. Ciudad de México: Siglo XXI, 1987.

FOUCAULT, M. *Il faut défendre la société*. Paris: Gallimard, 1997.

FOUCAULT, M. *Les anormaux*. Paris: Gallimard, 1999.

FOUCAULT, M. *Le pouvoir psychiatrique*. Paris: Gallimard, 2003.

FOUCAULT, M. *Securité, territoire, population*. Paris: Gallimard, 2004.

FOUCAULT, M. *Naissance de la biopolitique*. Paris: Gallimard, 2005.

FOUCAULT, M. *Obrar mal, decir la verdad*: la función de la confesión en la justicia. Buenos Aires: Siglo XXI, 2014.

GATHRIGHT, M.; TYLER, D. *Disruptive behaviors in children and adolescents*. Fayetteville: Psychiatric Research Institute: University of Arkansas, 2012.

GOODMAN, R.; SCOTT, S. *Child and adolescent psychiatry*. Chichester: Wiley-Blackwell, 2012.

GREVET, E. et al. Transtorno de oposição e desafio e transtorno de conduta: os desfechos no TDAH em adultos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 56, p. 34-38, 2007. Suplemento 1.

MOYNIHAN, R.; CASSELS, A. *Medicamentos que nos enferman*: la industria farmacéutica que nos convierte en pacientes. Barcelona: Contrapunto, 2006.

PIGNARRE, P. *Les malheurs des psychos*: psychotropes et médicalisation du social. Paris: La Découverte, 2006.

PINHEIRO, M. et al. Transtorno desafiador de oposição: uma revisão de correlatos neurobiológicos e ambientais, comorbidades, tratamento e prognóstico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 273-277, 2004.

RIGAU-RATERA, E.; GARCÍA-NONELL, C.; ARTIGAS-PALLARÉS, J. Tratamiento del trastorno de oposición desafiante. *Revista de Neurología*, Barcelona, v. 42, p. 83-88, 2006. Suplemento 2.

Recebido: 18/02/2018

Aprovado: 28/04/2018