



Saúde e Sociedade

ISSN: 0104-1290

ISSN: 1984-0470

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

Nakamura, Eunice; Barbarini, Tatiana

Problematic, disturbing and non-conforming children's behaviors: the concepts
and care demands related to agitation in children in Santos and Campinas, Brazil¹

Saúde e Sociedade, vol. 28, no. 1, 2019, January-March, pp. 12-26

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

DOI: 10.1590/S0104-12902019181164

Available in: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406263852002>

- How to cite
- Complete issue
- More information about this article
- Journal's webpage in redalyc.org



Scientific Information System Redalyc
Network of Scientific Journals from Latin America and the Caribbean, Spain and
Portugal

Project academic non-profit, developed under the open access initiative

Comportamentos infantis problemáticos, perturbadores e não conformes: conceitos e demandas de cuidado relacionados à agitação em crianças em Santos e Campinas, Brasil¹


Problematic, disturbing and non-conforming children's behaviors: the concepts and care demands related to agitation in children in Santos and Campinas, Brazil

Eunice Nakamura^a

 <https://orcid.org/0000-0001-8786-5207>

E-mail: eunice_nakamura@hotmail.com

Tatiana Barbarini^a

 <https://orcid.org/0000-0003-1827-2170>

E-mail: tati.barbarini@gmail.com

^aUniversidade Federal de São Paulo. Laboratório Interdisciplinar Ciências Humanas, Sociais e Saúde. Santos, SP, Brasil.

Resumo

Este artigo se inicia com um questionamento sobre as consequências sociais da impossibilidade de delimitar o conceito de transtorno mental, o qual parece ser um termo “vago”, sem definições satisfatórias, sobretudo quando associado a comportamentos infantis. Argumenta-se que, para pensar os comportamentos infantis problemáticos, perturbadores ou não conformes, é necessário entender quais são os conceitos relacionados às categorias classificatórias dos comportamentos infantis e apresentados como demandas de cuidado, tanto no discurso do senso comum quanto no discurso biomédico. Os dados foram coletados a partir de pesquisas qualitativas desenvolvidas em três diferentes serviços de saúde mental infantil, um em Santos (2012) e dois em Campinas (2009-2010 e 2017-2018). Baseado no que parece ser uma relação entre disfunção biológico-psicológica e expectativa ou resposta sociocultural, toma-se como ponto de partida a agitação como uma categoria multidimensional e vaga, apresentando-se uma descrição e reflexão teórica sobre os vários conceitos relativos à agitação. A análise é centrada nos diferentes usos dos conceitos de agitação,

Correspondência

Eunice Nakamura

Universidade Federal de São Paulo, Campus Baixada Santista, Departamento de Políticas Públicas e Saúde Coletiva. Rua Silva Jardim, 136. Santos, SP, Brasil. CEP 11015-021.

1 Os resultados apresentados neste artigo são parte de três pesquisas diferentes. Os dados de Santos fazem parte da pesquisa “Significados socioculturais de problemas mentais na infância em Santos (Brasil) e Paris (França): representações contemporâneas de criança”, realizada no Cermes3 na Universidade de Paris, França, em 2013, sob a supervisão de Alain Ehrenberg e com bolsa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq-Brasil). Os dados de Campinas se referem aos estudos “O controle da infância: caminhos da medicalização” e “A rede de demanda e cuidado em saúde mental infantil: relações sociais, familiares, escolares e de saúde em torno dos problemas de aprendizagem e conduta infantil”, com bolsa da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP-Brasil) e do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq-Brasil), respectivamente.

os atores sociais e instituições envolvidos nas demandas de cuidado e as formas como eles estão interdependentemente conectados. Por fim, revela, a partir de uma perspectiva sociocultural, as implicações de classificar e definir o comportamento infantil com base em uma categoria vaga.

Palavras-chave: Agitação; Criança; Infância; Comportamento Infantil; Perspectiva Sociocultural.

Abstract

This article discusses the social consequences of the impossibility of specifically defining the boundaries of the concept of mental disorder, which seems to be a “vague” term with no satisfactory definition, especially when referred to children’s behaviors. We argue that when discussing children’s problematic, disturbing or non-conforming behaviors it is necessary to understand how these concepts are related to the classificatory categories of children’s behaviors and presented as care demands, whether in common sense or in biomedical discourses. Data were collected in qualitative research developed in three different child mental health services (CMHS), one in Santos (2012) and two in Campinas (2009-2010; 2017-2018), Brazil. Based on what seems to be a relation between biological-psychological dysfunction and social-cultural expectation or response, our starting point is that agitation is also a multidimensional and vague category, presenting a description and theoretical reflection about the various concepts regarding agitation. The analysis focuses on the different uses of the concepts of agitation; the social actors and institutions involved in care demands and how they are interdependently connected; then revealing, from a sociocultural perspective, the implications of classifying and defining children’s behavior from this vague category.

Keywords: Agitation; Child; Childhood; Child Behavior; Sociocultural Perspective.

Introdução

A quinta edição do *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-5)* (APA, 2013) descreve todos os sintomas de transtornos mentais que orientam os diagnósticos psiquiátricos com base em agrupamento de sintomas. Contudo, tais sintomas são associados não a disfunções fisiológicas, mas a prejuízos causados à vida do paciente. Em outras palavras, esses problemas são identificados como transtornos mentais quando estão associados a prejuízos nos aspectos cognitivos, psicológicos e sociais da vida.

A relação entre prejuízo, sofrimento ou distúrbio significativo e aspectos cognitivos, psicológicos e sociais é o princípio fundamental dos transtornos mentais (infantis). Mesmo que a definição de transtornos mentais elaborada pelo *DSM-5* enfatize esses aspectos, ela tenta distinguir a disfunção biológico-psicológica de uma expectativa ou resposta sociocultural. No entanto, é bem-sucedida essa tentativa? Os sintomas relacionados aos prejuízos causados pelos transtornos mentais são realmente distinguíveis dos modelos socioculturais de comportamento adequado?

A noção de transtorno mental foi criada para distinguir uma condição de sofrimento psicossocial de uma condição biomédica caracterizada por uma clara base orgânica, fisiológica e anatômica. No entanto, “transtorno mental” parece ser um termo vago que não tem uma definição satisfatória que estabeleça os limites do conceito.

No entanto, isso não é um problema restrito ao *DSM-5*, já que a versão anterior do manual (*DSM-4*) também é criticada por se basear em “sintomas clínicos bastante ambíguos”, o que possivelmente levou a um aumento do número de diagnósticos principalmente a partir da década de 1990 (Caponi, 2014, p. 743). A autora enfatiza alguns estudos que criticam o *DSM-5*, apontando a manutenção de “grandes fragilidades epistemológicas, limitando-se a elencar uma lista de sintomas pouco claros para um conjunto cada vez maior de patologias mentais” (Caponi, 2014, p. 742).

Essas críticas parecem ser mais problemáticas quando consideramos alguns transtornos mentais referentes aos comportamentos infantis, já que a

sua definição depende do que é considerado um comportamento problemático, perturbador ou não conforme, de acordo com a visão dos adultos (Nakamura, 2016). Assim, neste artigo, começamos por apresentar uma pergunta: quais são as consequências sociais da impossibilidade de definir os limites do conceito de transtorno mental em crianças, especialmente entre seus comportamentos normais, anormais ou patológicos?

A agitação é o assunto principal deste artigo, a partir do qual tentaremos responder a essa pergunta. Trata-se de um termo relacionado a diferentes conceitos de senso comum (hiperatividade, turbulência, perturbação, inquietação, entre outros), bem como a categorias psiquiátricas (transtorno do déficit de atenção e hiperatividade, transtorno de conduta e transtorno desafiante de oposição). O termo **agitação** indica a representação de diferentes comportamentos infantis que são considerados problemas, como parece acontecer com outros transtornos mentais em crianças; por exemplo a depressão, também um termo considerado amplo e vago, com fronteiras borradas entre categorias do senso biomédico e do senso comum, sendo, portanto, um termo não específico e impreciso (Nakamura, 2016, p. 107).

A partir dessa questão, apresentaremos uma discussão teórica baseada na ideia de que o que definimos como normalidade está impregnado de valores sociais. Isto significa que o normal, o anormal e o patológico não correspondem especificamente aos construtos biomédicos, mas estão relacionados a uma norma de saúde socialmente definida, isto é, estão em conformidade com uma ordem social (Canguilhem, 1978). Nesse sentido, pensar sobre comportamentos infantis problemáticos, perturbadores ou não conformes nos leva a compreender quais são os conceitos relacionados às categorias classificatórias dos comportamentos infantis e apresentados como demandas de cuidado, seja no senso comum ou nos discursos biomédicos. A discussão é baseada nos dados coletados em pesquisas desenvolvidas em Santos e Campinas, no Brasil.

Lidamos com diferentes realidades relativas aos serviços de saúde mental infantil (CMHS, sigla em inglês para *Child Mental Health Services*) em ambas cidades. Analisamos os dados referentes à

primeira demanda de cuidado apresentada pelas famílias, outros adultos e instituições, enfatizando aqueles relacionados aos comportamentos agitados e sua representação de acordo com os diversos atores sociais envolvidos. As primeiras queixas foram consideradas na análise como uma espécie de discurso social em que termos ou categorias técnicas e populares estão integradas. Portanto, apesar das particularidades desses contextos, procuramos identificar as categorias utilizadas por diferentes indivíduos para compreender, classificar e organizar o comportamento das crianças, bem como para resolver situações consideradas problemáticas ou, em outras palavras, transformá-las em um modelo específico de normalidade.

Com base no que parece ser uma relação entre disfunção biológico-psicológica e expectativa ou resposta sociocultural, definimos como ponto de partida que a agitação é uma categoria multidimensional e vaga (Nakamura; Barbarini, 2017) que pode indicar diferentes tipos de comportamentos “problemáticos”, “perturbadores” ou “não conformes” associados aos comportamentos infantis. A partir disso, descreveremos e refletiremos teoricamente sobre o fluxo de discursos, conhecimentos e conceitos sobre agitação que compõe as redes de demandas de cuidado, considerando os diversos atores sociais e instituições envolvidos. A esse respeito, abordaremos na presente análise as seguintes questões: (1) Como a “agitação” e outros termos relacionados se apresentam nos discursos dos profissionais de saúde?; (2) Quais são as relações estabelecidas entre comportamentos infantis, problemas sociais e categorias psiquiátricas?

Em primeiro lugar, descreveremos diferentes usos da categoria **agitação** e analisaremos quais representações do comportamento normal, anormal, problemático ou patológico das crianças estão por trás dela. Em segundo lugar, delinearemos quais são os atores e instituições sociais envolvidos nas demandas de cuidado e como eles estão interdependentemente conectados. Por fim, discutiremos, com base em uma perspectiva sociocultural, as implicações da classificação e definição do comportamento infantil a partir dessa categoria vaga.

Métodos

Os dados foram coletados em pesquisas qualitativas desenvolvidas em duas cidades brasileiras, Santos e Campinas. As pesquisas foram realizadas em três serviços de saúde mental infantil (CMHS),² um deles em Santos e os outros dois em Campinas, a fim de ser realizada uma investigação aprofundada nesses contextos, compreendendo suas particularidades e os diferentes conceitos relacionados ao comportamento infantil – especificamente a agitação – que foram analisados comparativamente para a discussão proposta neste artigo.

A pesquisa em Santos foi realizada em um CMHS em 2012, centrando-se nos prontuários dos pacientes e entrevistas em profundidade com profissionais de saúde. Em Campinas, no CMHS visitado de 2009 a 2010 (CMHS1), o trabalho de campo consistiu em observação e entrevistas em profundidade com profissionais de saúde, famílias e crianças com transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH); já no CMHS2, visitado entre 2017 e 2018, foram realizadas a análise dos prontuários dos pacientes e a observação das reuniões de equipe dos profissionais de saúde da instituição. Além disso, algumas conversas informais foram registradas.

Consideramos os prontuários dos pacientes como documentos que incluem pensamentos, significados, julgamentos e atos, de acordo com duas abordagens complementares: como recurso e como tópico. A primeira abordagem enfoca o que realmente está no documento, revelando as representações adultas de agitação relacionadas às suas descrições do comportamento infantil; a segunda abordagem enfatiza o funcionamento do documento e seu impacto nos esquemas de interações sociais (Silverman, 2010).

Os prontuários dos pacientes analisados nos diferentes contextos eram compostos por diferentes documentos provenientes de várias

instituições (escolas, centros de saúde, assistência social e serviços especializados em saúde mental) e produzidos por profissionais de cada CMHS (anamnese, história familiar e evolução de casos). As primeiras queixas foram registradas em uma ficha de acolhimento, preenchida pelo profissional que primeiro recebeu o paciente de acordo com as informações fornecidas pela família, principalmente as mães.

Para uma abordagem aprofundada desses contextos, a apreensão de suas particularidades, as diferentes percepções e formas de lidar com os comportamentos infantis, foram priorizadas a observação nos CMHS, as conversas informais e as entrevistas em profundidade com um roteiro semiestruturado, a fim de possibilitar o contato com as diversas realidades vivenciadas pelos profissionais de saúde, sua compreensão e representações (Cardoso de Oliveira, 2006), principalmente em relação aos comportamentos agitados.

Comparando diferentes contextos de pesquisa

A pesquisa realizada em Santos, cidade do estado de São Paulo, em 2012, partiu das experiências vivenciadas por crianças atendidas em um CMHS e da forma como seus comportamentos, especialmente os referidos como “agitação”, foram percebidos por adultos na escola, nos serviços de saúde e em casa, sendo apresentados como queixa neste serviço de saúde. As percepções do comportamento das crianças na escola foram descritas nos prontuários dos pacientes conforme apresentados pelos pais ou mencionadas nas entrevistas dos profissionais de saúde.

A equipe do CMHS era composta por psicólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, psiquiatras, assistentes sociais, técnicos de nível médio (assistentes terapêuticos) e pessoal administrativo.

2 Chamamos de CMHS os serviços de saúde mental infantil nos quais as pesquisas foram realizadas, embora se refiram a diferentes níveis de atenção em cada cidade. Em Santos, a pesquisa foi realizada em um centro de atenção à criança que tinha como objetivo promover a saúde mental de crianças e adolescentes. Em Campinas, os estudos foram realizados em um ambulatório universitário de psiquiatria infantil (CMHS1) (Barbarini, 2011) e em um centro de atenção psicossocial infantojuvenil (CMHS2). Apesar das particularidades estruturais e das diferenças na abordagem da saúde mental infantil nesses serviços, nosso interesse era analisar a circulação de conceitos e atores em torno de um fenômeno comum: os discursos baseados nas ideias de “agitação”.

Os dados coletados nos prontuários dos pacientes do CMHS em Santos envolveram crianças até 11 anos, limite de idade para o CMHS. Nesse serviço, seis profissionais de saúde foram entrevistados: três psicólogos, um assistente social, um fonoaudiólogo e um coordenador do serviço.

Em Campinas, também uma cidade do estado de São Paulo, a pesquisa desenvolvida de 2009 a 2010 no CMHS¹ teve como objetivo compreender o motivo pelo qual o comportamento de algumas crianças, como a hiperatividade, foi classificado como sintoma de transtorno mental. Por outro lado, a pesquisa realizada de 2017 a 2018 no CMHS² teve como objetivo analisar a rede de demandas e cuidados em saúde mental infantil envolvendo os conceitos de “agitação”.

Os dados foram coletados no CMHS¹ a partir de entrevistas semiestruturadas com dois psiquiatras, um psicólogo, quatro mães e seus filhos com diagnóstico de TDAH – três meninos (12, 10 e 9 anos) e uma menina (11 anos). As crianças também participaram da pesquisa por meio de conversas informais e da confecção de desenhos. Neste artigo, analisamos os resultados das entrevistas e conversas informais com as crianças como parte da produção de suas identidades.

O trabalho de campo realizado no CMHS² foi baseado na observação das reuniões de equipe, uma vez por semana, nas conversas informais com profissionais de saúde (psicólogos, fonoaudiólogos, psiquiatras, pediatras, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, educadores sociais) e na análise de prontuários de novos pacientes, crianças de 3 a 12 anos de idade.

As descrições das queixas de agitação nos prontuários dos pacientes e mencionadas nas entrevistas e conversas informais com os profissionais de saúde foram analisadas como discursos, os quais agrupados por categorias para permitir a identificação de quem comentou e o que foi dito sobre agitação nos discursos dos adultos.

Na análise, destacamos as principais questões referentes ao que é considerado agitação relacionada ao comportamento infantil e quais os principais atores sociais e instituições que a apresentam como um problema para o CMHS.

Agitação como um problema dirigido ao CMHS

Durante o ano de 2012, o CMHS de Santos foi responsável pelo atendimento de cerca de 300 crianças, das quais 112 tiveram seus prontuários analisados de acordo com os objetivos desta pesquisa.

Todas as descrições encontradas nos registros dos 112 pacientes foram lidas como narrativas dos diferentes atores sociais envolvidos ou dos adultos que apresentaram os problemas, a fim de analisar as dificuldades e queixas relacionadas ao comportamento das crianças. Essas narrativas permitiram identificar algumas categorias comuns no CMHS, bem como relacioná-las aos atores sociais do serviço. Identificamos, portanto, quem falou e o que foi dito sobre o comportamento das crianças.

Nos 112 prontuários analisados, 77 eram meninos (68,8%) e 35 eram meninas (31,2%). A maioria das crianças (70) estava concentrada na faixa etária de 6 a 11 anos, 39 crianças tinham de 3 a 5 anos e deve-se notar que 3 crianças tinham 2 anos de idade; respectivamente 62,5%, 34,8% e 2,7%. A agitação foi mencionada em apenas 8 registros das crianças (7,1%), mas, quando associada à dificuldade de concentração e atenção, foram 16 queixas (14,3%).

Em Campinas, o levantamento realizado em 2010 pelos profissionais do CMHS¹ mostrou que, de um total de 180 pacientes, 41 (22,8%) entre 5 e 14 anos foram diagnosticados com TDAH, segundo os critérios da 10^a edição da Classificação Estatística Internacional de Doenças (CID-10) (OMS, 2008).

No CMHS², de março a abril de 2018, foram analisados 50 registros de novos pacientes, entre 3 e 12 anos de idade. Os termos “agitação” ou “agitado” foram apresentados como primeira queixa (34%), principalmente entre crianças de 6 a 9 anos (9 prontuários de 18, sendo 55,6% de meninos) e de 10 a 12 anos de idade (6 prontuários de 14, dos quais 83,3% eram meninos).

Esses dados gerais, referentes às crianças que receberam cuidados nos serviços de saúde mental, indicam que a maioria das crianças era do sexo masculino na faixa etária do ensino fundamental, havendo inclusive um pequeno número de crianças menores de 3 anos.

Ao comparar os dados dos três CMHS, deve-se notar que, além da maior prevalência entre crianças no ensino fundamental, os comportamentos ditos agitados geralmente estão associados aos meninos. Este perfil (meninos no ensino fundamental) é apresentado no *DSM-4* e *DSM-5* para descrever a prevalência de TDAH; no entanto, estudos socioantropológicos apontam para uma importante “lacuna de gênero” (Hart; Grand; Riley, 2006).

Afirma-se no *DSM-5* que muitos pais observam a atividade motora excessiva em crianças pequenas, mas é difícil distinguir os sintomas do TDAH de comportamentos normativos antes dos 4 anos de idade. Nesse sentido, “o TDAH é mais frequentemente identificado durante os anos do ensino fundamental” (APA, 2013, p. 62).

Outros estudos indicam que o TDAH é um dos diagnósticos mais comuns na infância, com prevalência de 3 a 5% em crianças em idade escolar e mais frequente em meninos (Andrade; Scheuer, 2004; Rohde; Halpern, 2004; Vasconcelos et al., 2003). Andrade e Scheuer (2004) apontam que a taxa de prevalência encontrada nos estudos epidemiológicos no Brasil foi de 3,6% a 5% da população escolar, portanto, muito próxima dos dados mundiais. Vasconcelos et al. (2003, p. 68), entretanto, observam que “os estudos mais recentes encontraram prevalência mais alta, e os estudos epidemiológicos mais rigorosos definiram taxas de 4 a 12% da população geral de crianças de 6 a 12 anos de idade”.

As particularidades do CMHS em Santos e em Campinas, considerando as diferenças relacionadas ao nível assistencial e às abordagens nas práticas de cuidado, poderiam explicar a maneira como a agitação é apresentada, ou seja, como uma queixa vaga de comportamento infantil ou associada a um diagnóstico mais preciso do TDAH.

O CMHS de Santos centra-se na saúde mental de crianças e adolescentes visando seu desenvolvimento emocional, social e intelectual. Ao conceber o cuidado infantil a partir de uma abordagem integral, uma equipe interdisciplinar de profissionais de saúde pareceu menos voltada para o diagnóstico psiquiátrico e mais envolvida com abordagens sociais e psicossociais dos comportamentos de crianças. Talvez isso pudesse explicar o fato de que

os principais problemas identificados em crianças estavam mais relacionados a problemas escolares de aprendizado (problemas de linguagem e fala, dificuldade em aceitar regras e orientações na escola) do que à agitação.

Já o CMHS₁ de Campinas, um ambulatório de psiquiatria infantil, mesmo que sua equipe fosse composta por diferentes profissionais, como psiquiatras, psicólogos e assistentes sociais, parecia mais orientado para uma abordagem biomédica, o que poderia explicar as menções ao diagnóstico de TDAH. No CMHS₂, um centro de atenção psicossocial infantil, a queixa inicial relacionada à agitação, relatada por atores e instituições externas ao serviço, estava associada a uma hipótese de TDAH ou transtorno do espectro autista nos prontuários dos pacientes, embora a equipe adotasse uma abordagem diversa para lidar com o conceito de agitação e com os comportamentos infantis agitados.

Portanto, o que se apresenta como a primeira demanda está relacionado a quem apresentou a queixa, às características particulares de cada CMHS, à sua orientação no cuidado à criança e às perspectivas dos profissionais envolvidos.

Os vários conceitos relacionados à agitação

A ideia de agitação parece ser uma mudança importante observada por adultos no comportamento de crianças, conforme descrito nos prontuários dos pacientes do CMHS em Santos. Não se trata simplesmente de agitação, mas também de “agitação extrema e excessiva”. Deve-se notar que o grau (excessivo) atribuído a esse tipo de comportamento permitiu aos adultos diferenciá-lo do que poderia ser considerado como uma forma normal e aceitável de agitação. As queixas registradas nos prontuários dos pacientes referiam-se a uma criança que era “muito agitada” (“bem agitado”), “bastante agitada” ou “extremamente agitada”. Os adultos que apresentaram as queixas enfatizaram uma criança que “agita-se demasiadamente” e que apresentou uma “agitação excessiva”.

A ideia de agitação identificada nos prontuários dos pacientes parece reforçar a anormalidade desse comportamento, especialmente quando relacionado

a um grau muito elevado, como mencionado acima. A intensidade atribuída à agitação é o que parece se tornar um problema e uma das principais razões para as solicitações apresentadas ao CMHS.

A agitação também está relacionada às ideias de uma criança “inquieta” ou “perturbadora”, que “não para” ou “não fica parada” e que “não consegue ficar sentada”. Em seus questionamentos sobre o comportamento das crianças, os adultos também relacionam a agitação à agressividade e à instabilidade.

Também é importante notar que, nos prontuários de alguns pacientes, a queixa de agitação está associada à dificuldade de concentração e atenção, aparentemente como uma de suas consequências. Nesse sentido, uma criança agitada pode apresentar dificuldade em se concentrar e prestar atenção. Os adultos se referem a uma criança que está “dispersa” ou “frequentemente distraída”, que “não se concentra”, “não tem concentração” ou tem “pouca concentração”, isto é, uma criança que “não presta atenção” (a nada).

É o que também observamos nas entrevistas com os profissionais de saúde feitas no mesmo CMHS: uma profusão de diferentes termos relacionados à ideia de agitação. Segundo uma assistente social e uma fonoaudióloga, os adultos se queixam de uma criança que está “irrequieta”, “agressiva” e com “problemas de concentração”.

É importante notar que, mesmo se houvesse poucas menções nos registros do paciente para as categorias biomédicas de TDAH ou apenas hiperatividade, alguns adultos se referiram a uma criança hiperativa, com TDAH ou uma criança que apresenta um “alto grau de hiperatividade”.

Uma assistente social se referiu com uma perspectiva crítica a essas queixas apresentadas por adultos ao CMHS. Ela afirmou que *hoje em dia todo mundo é hiperativo, e então eles acham que uma criança está muito irritada e a rotulam como hiperativa*.

Uma psicóloga criticou essa “banalização” da hiperatividade ou do TDAH, conforme apresentado ao CMHS. Segundo ela, quando essas crianças são examinadas por profissionais de saúde mental, esses distúrbios provavelmente não serão diagnosticados: *Eles [os adultos] vêm com tudo planejado. [...] A*

reclamação é TDAH, mas não existe realmente. Pode existir, mas é muito raro. Se você pegar as reclamações e analisar o que é o TDAH, verá que não é... [TDAH].

Esses diferentes termos relacionados à ideia de agitação, complementados por adjetivos que lhe atribuem um grau de anormalidade, referem-se a um comportamento infantil específico, conforme descrito nos prontuários dos pacientes e mencionado pelos profissionais entrevistados do CMHS em Santos. Devemos salientar que esses termos revelam as representações de agitação mobilizadas pelos adultos e relacionadas às suas descrições do comportamento infantil a partir de um discurso de senso comum, mas no qual também identificamos algumas categorias do discurso biomédico (TDAH ou hiperatividade), apontando para um uso ambíguo da categoria biomédica no senso comum.

É importante ressaltar que, no CMHS¹, a agitação estava profundamente ligada à ideia de agitação como um sintoma categórico de transtornos mentais infantis, especialmente o TDAH, cujo diagnóstico era estabelecido de acordo com o *DSM-4* (o *DSM-5* não havia sido publicado até então). Nesse serviço de saúde, o principal discurso subjacente à definição de agitação, relacionado ao comportamento infantil e aos problemas de aprendizagem, baseia-se em categorias da psiquiatria biomédica e do *DSM*, tais como hiperatividade, impulsividade e desatenção. Características individuais e comportamento são a base para definir uma manifestação problemática:

A criança que chamamos de hiperativa não é que ela está doente e que ela é anormal por causa disso, mas acontece que, por suas características pessoais, por uma razão ou outra, ela tem uma tendência a não parar e prestar atenção tão rápido quanto as outras crianças. (Médico psiquiatra, 2009)

Ele também explica que a patologia, nesse sentido, não é definida como uma disfunção biológica, mas um problema que causa sofrimento:

um transtorno mental é patológico no sentido de pathos, de sofrimento, de trazer um não sentir bem, agora é não necessariamente nosológico, porque não necessariamente você encontrará um substrato

estrutural orgânico que determina isso. O TDAH é muito baseado nisso.

Pudemos observar a partir do trabalho de campo que, apesar da importância da ideia de sofrimento para a prática multiprofissional desse serviço, as categorias psiquiátricas descritas no *DSM-4* e *CID-10*, o tratamento baseado em psicoestimulantes e a abordagem biomédica eram predominantes no CMHS₁, evidenciando as diferenças de abordagem em relação ao CMHS₂.

No CMHS₂, um centro de atenção psicossocial infantil, predominava a abordagem psicanalítica, segundo a qual a pessoa é vista como um ator - ou mesmo um sujeito/indivíduo - e não apenas como um caso diagnóstico.

A equipe multidisciplinar do CMHS₂ usava o termo “agitação” em um sentido ampliado para indicar não uma categoria clínica específica, mas ações e reações específicas para compreender o que subjaz ao comportamento agitado. Nesse sentido, a agitação é parte da maneira particular das crianças de lidar com o sofrimento, e não é reduzida à sua característica principal. Em outras palavras, agitação - ou agitação psicomotora - é o sinal limite de uma crise, ou o momento em que a criança “passa ao ato”. Diferentemente do CMHS₁, a agitação não está relacionada à normalidade, anormalidade ou patologia, mas ao sofrimento mental subjacente à ação. Dessa forma, alguns membros da equipe do CMHS₂ preferem usar o termo psicanalítico **urgência subjetiva** ao invés de **crise** para designar a situação causada pela “tomada de ação”, que coloca novas perguntas e novas ações às pessoas envolvidas com a criança. Assim, essas concepções de “agitação” e de “crise” ressignificam o conceito de sujeito ou ator social, o que não ocorre com o conceito de agitação que indica um comportamento anormal ou patológico.

Esse tipo de distinção também pode ser observado nos prontuários das crianças, que são compostos por documentos provenientes de outras instituições (escolas e centros de saúde), profissionais (psiquiatras, pediatras e assistentes sociais) e documentos produzidos no CMHS₂. Aqueles documentos geralmente reforçam a abordagem biomédica usando categorias relacionadas às ideias

de patologia e normalidade, enquanto os documentos produzidos por profissionais do CMHS₂ reforçam uma abordagem psicanalítica.

No CMHS em Santos, a “agitação” está mais relacionada aos problemas de comportamento das crianças, parecendo ser este um conceito que confunde a linha entre os termos do senso comum e as categorias diagnósticas. Os conceitos de “agitação” identificados nos prontuários dos pacientes desse serviço e nas entrevistas com os profissionais de saúde revelam um “borramento” entre as ideias de normal, anormal e patológico como possibilidades de transgressão de uma regra de saúde e, poderíamos complementar, de uma regra de comportamento adequado, socialmente concebida de acordo com uma ordem social particular, nos termos apresentados por Canguilhem (1978).

Mesmo quando o conceito de agitação se refere mais claramente a um sintoma de uma categoria diagnóstica como o TDAH, como mencionado no CMHS₁ em Campinas, parece que estamos lidando com uma condição patológica que também é uma transgressão de uma norma social. Nesse caso, o que é importante para os médicos é diagnosticar e curar, ou seja, “retornar à norma uma função ou um organismo que se afastou dela” (Canguilhem, 1978, p. 94).

Devemos lembrar que os limites entre comportamentos infantis normais e não-normais ou anormais podem ser definidos de maneira diferente, de acordo com a perspectiva adotada. Nesse sentido, a agitação, o mau comportamento ou as dificuldades de aprendizagem podem estar associadas à estrutura familiar, ao insucesso no desempenho escolar e ao mau comportamento - algo que incomoda. Eles são, em termos técnicos, comportamentos externalizantes. Especialistas (psicólogos e psiquiatras do CMHS₁ em Campinas) afirmaram que os adultos prestam menos atenção a crianças calmas. No entanto, essas crianças também estão sofrendo.

A agitação também está relacionada a concepções de “pessoa” (Bustamante; McCallum, 2014) e a abordagens psicanalíticas que consideram o indivíduo como um ator, em vez de um caso médico ou um comportamento anormal. Isso foi observado no CMHS₂ em Campinas, onde os profissionais

adotam uma abordagem psicanalítica do sofrimento psiquiátrico infantil. Nessa perspectiva, o comportamento “inadequado” e o desempenho escolar não são considerados como uma transgressão das normas sociais, mas como ações que respondem a algo que causa sofrimento. Portanto, as crianças não são vistas como indivíduos passivos que perturbam um modelo ideal de criança ou infância – ou, em outras palavras, a criança/infância “normal”; eles são considerados sujeitos ativos ou atores que também transformam as relações ao seu redor.

Dessa maneira, os diferentes conceitos de agitação identificados nos três CMHS se referem às representações dos adultos sobre os comportamentos das crianças, revelando como os conceitos científicos, profissionais e institucionais estão relacionados, misturando o senso comum e o discurso biomédico.

Por um lado, temos a banalização de algumas categorias biomédicas nas queixas apresentadas especialmente pelas famílias, mas também nos discursos de alguns profissionais. A noção de banalização pode ser usada como um termo referencial, a partir do qual diferentes fenômenos associados ao comportamento infantil são nomeados (Nakamura, 2016). Por outro lado, os discursos dos profissionais não são homogêneos quanto às categorias psiquiátricas, revelando, por vezes, uma fronteira difusa e pouco clara entre o normal e o patológico, entre sintomas e diagnósticos, causas e consequências. Essas fronteiras instáveis e ambíguas entre as diferentes dimensões da ideia de agitação parecem fundamentar o aumento de alguns diagnósticos, como observado em relação à hiperatividade no Brasil nos últimos anos, apontando para um fenômeno que alguns autores denominam de “medicalização das condutas consideradas socialmente indesejáveis”. (Caponi, 2014, p. 744)

A agitação é então apresentada como um problema de comportamento no CMHS em Santos, um sintoma de TDAH no CMHS₁ ou uma hipótese de TDAH ou autismo nas queixas endereçadas ao CMHS₂, em Campinas, mas também como causa

de sofrimento (CMHS₁) ou um modo particular de crianças para lidar com o sofrimento (CMHS₂), dependendo de quem fala.

Nesse sentido, o que é dito sobre agitação não pode ser separado de quem o disse.

Interdependência e intercâmbios: atores sociais, instituições, conhecimentos e práticas

A classificação das crianças e/ou de seu comportamento como normal, anormal ou patológico não é uma função exclusiva da área médica, especificamente da psiquiatria, mas uma organização necessária das experiências entre adultos e crianças. Por essa razão, referente à agitação, é interessante analisar quem apresentou a primeira solicitação, ou seja, quem mencionou a agitação como um comportamento problemático, perturbador ou não conforme.

No CMHS em Santos, notamos que foram, sobretudo, os profissionais da escola que apontaram a agitação como um problema. Principalmente os professores e conselheiros educacionais³ das escolas⁴ encaminharam crianças agitadas para esse CMHS, mas também outros profissionais de educação de escolas públicas ou privadas. Suas queixas eram principalmente sobre crianças que “perturbam a classe” e “atrapalham os colegas” ou aquelas que apresentam dificuldade de concentração e atenção: “dificuldade de aprender” e “não fazem as atividades propostas”.

Uma assistente social enfatizou o papel da escola e de seus profissionais em apresentar solicitações ao CMHS com base em problemas de comportamento das crianças em geral, não apenas das crianças agitadas: *Crianças que chegam aqui são geralmente encaminhadas pela escola, onde se observou uma situação diferenciada, um comprometimento da criança.*

As escolas parecem não conseguir resolver os problemas relacionados a crianças agitadas,

3 Nas escolas públicas brasileiras, temos conselheiros educacionais, responsáveis por garantir o envolvimento pleno dos alunos na escola, além do apoio social de outras instituições e da família.

4 No Brasil, crianças e adolescentes de 4 a 17 anos devem frequentar a educação básica, a qual é dividida em: creche e pré-escola (educação infantil), ensino fundamental I (1º a 5º ano), ensino fundamental II (6º a 9º ano) e ensino médio (1º a 3º ano).

que podem ou não apresentar dificuldade de concentração e atenção, mas outros profissionais, especialmente o conselheiro educacional, estão atentos a esses comportamentos “problemáticos” e suas consequências em sala de aula para outras crianças e para o processo de aprendizagem. Portanto, as escolas são as principais demandantes dos serviços de saúde em razão de comportamentos agitados, embora as famílias – especialmente as mães – sejam consideradas responsáveis por “cuidar” de seus filhos. De acordo com Singh (2004, 2007) e Hart, Grand e Riley (2006), como as mães, também as professoras (é importante notar que a maioria dos professores são mulheres no ensino fundamental) desempenham o papel fundamental na identificação de crianças “problemáticas”.

Barbarini (2016) analisou as condições educacionais no Brasil para entender o crescente número de demandas de cuidados provenientes das escolas, especialmente quando elas estão relacionadas ao “comportamento agitado”. Segundo a autora, uma série de fatores constitui o que é chamado de “crise da educação” em um senso comum: deslegitimação social de professores e novas doenças emergentes, como a síndrome de *burnout*, que afligem esses profissionais; mudanças nos papéis sociais e educacionais do ensino, levando a conflitos nas famílias para definir quem é responsável por “educar” as crianças; novas subjetividades infantis – novas maneiras de ser criança –, não correspondendo mais a uma estrutura disciplinar que ainda hoje constitui as escolas. Nesse cenário, os professores afirmaram no estudo que “sentem-se impotentes” para lidar com “comportamentos problemáticos” ou com dificuldades de aprendizagem e exigem atendimento especializado de profissionais de saúde ou de saúde mental.

A transformação dos problemas escolares em “objetos de saúde” não é apenas um fenômeno recente. Na França, Pinell e Zafiroopoulos (1978) sugeriram esse deslocamento especialmente com o surgimento da psiquiatria infantil após a Segunda Guerra Mundial, uma das especialidades que começou a lidar com a categoria de “crianças desajustadas”. Segundo os autores, um novo conjunto de atividades para as questões escolares foi organizado em torno da psicanálise a partir do final da década de 1960 com uma retradução psicológica

de um fenômeno social: o fracasso das crianças da classe trabalhadora.

Nesse sentido, correspondendo ao deslocamento dos problemas comportamentais infantis das escolas para os serviços de saúde mental, nota-se um deslocamento das responsabilidades, lugares e papéis para regular os comportamentos das crianças.

Fernandes (1997) afirma, com base na noção de anomia, proposta por Durkheim, que a escola se apresenta como uma solução para engendrar nas crianças os elementos de uma moralidade em crise, por isso se espera que possa ser um provedor de soluções ao desvio social causado pela falta de disciplina. Porém, não sendo bem-sucedida nessa tarefa de responder e resolver problemas, a escola traduz um fenômeno social em ordem psicológica (Pinell; Zafiroopoulos, 1978), transferindo também a responsabilidade de lidar com eles para os serviços de saúde, mas não sem críticas.

Um psicólogo do CMHS em Santos criticou as razões das solicitações das escolas a qualquer comportamento infantil considerado um problema:

Os principais encaminhadores [de crianças] são as escolas. Fizemos alguns trabalhos de orientação porque eles costumavam nos encaminhar qualquer coisa [para o CMHS]. Dissemos a eles que não tínhamos uma varinha mágica, temos um processo de tratamento. Não é útil nos enviar uma criança sem instrução, porque não resolveremos [o problema].

Devemos considerar, no entanto, que uma escola pode iniciar esse processo de identificação do comportamento de uma criança como um problema (de saúde mental), mas esta é apenas uma parte de uma complexa rede que envolve serviços de saúde, outras instituições e atores sociais.

É importante destacar que cada CMHS possui uma organização diferente para receber as demandas referentes aos comportamentos infantis problemáticos. Alguns deles estão diretamente ligados aos centros de saúde, que são a “porta de entrada” do sistema de saúde (mental). Nesse sentido, as primeiras solicitações vindas das escolas são endereçadas àqueles centros e, depois, ao CMHS. Já outros CMHS recebem diretamente a demanda de profissionais da educação. Em ambos os casos, as escolas são a principal instituição onde o comportamento infantil é identificado como problema

ou não, conforme observado nos três estudos analisados comparativamente neste artigo, mas outras instituições também podem estar envolvidas nessa rede.

No CMHS de Santos, a agitação também foi apresentada como queixa por clínicos de outros serviços de saúde e por mães. Segundo uma assistente social desse serviço, outras instituições podem estar envolvidas nesse processo: *a maioria [das solicitações vêm] da escola, do conselho tutelar e da rede de serviços de saúde [...] então esse é o fluxo principal: escola, conselhos e unidades de saúde.*

Para o CMHS2 em Campinas, outra instituição importante na identificação de “crianças problemáticas” são os abrigos, especialmente quando o caso de uma criança está sendo analisado por juízes e assistentes sociais, cujas percepções e julgamentos são baseados na ideia de “menor delinquente”. De acordo com a observação feita nas reuniões de equipe desse serviço, esse tipo de situação cria um conflito entre os profissionais de saúde mental e de assistência social em função de suas diferentes percepções sobre a criança: por um lado, ela é considerada como um sujeito de direito e, por outro lado, ela é tratada como um delinquente ou produto de uma família ou comunidade “disfuncional”.

Nos dois CMHS em Campinas, poucas famílias foram identificadas como demandantes diretas de cuidados de saúde mental em casos de agitação, já que, dos casos analisados, a escola é a principal fonte de demandas. No entanto, pais e responsáveis desempenham um papel intermediário entre a demanda da escola por atendimento especializado e os serviços públicos ou privados de saúde mental, revelando alguns conflitos em sua relação com as duas instituições. Por um lado, os profissionais da escola pedem aos pais que expliquem e resolvam o comportamento das crianças e os problemas de aprendizagem. Como os pais não conseguem cumprir essa tarefa, os professores lhes exigem uma relação mais próxima com os especialistas para resolver os problemas. Por outro lado, os pais desempenham um papel efetivo na relação psiquiatra-paciente, atuando como um intermediário regulador: mobilizam suas próprias expectativas, categorias e vocabulário para avaliar o desempenho do psiquiatra, como observamos em entrevistas de algumas mães:

Eu não estava vendo nenhum resultado. Em vez de dar algum remédio para concentração, ela deu calmante. Pedi ao pediatra para encaminhar ele para o hospital universitário. Nós já tínhamos algum conhecimento sobre o tratamento oferecido lá... para crianças hiperativas. (Mãe de um menino de 10 anos de idade, 2010)

Médicos e psicólogos são como padres e melhores amigos: você deve confiar neles. Se você não confiar, não funciona. Não funciona porque você vai tomar o remédio sem acreditar. Você não vai ter coragem de dizer tudo o que quiser ao médico. (Mãe de um menino de 12 anos, 2010)

Já os pedidos apresentados especialmente pelas escolas destacam uma exigência de investimento na criança fora da família. No entanto, esse processo não se restringe às escolas, pois também envolve serviços de saúde, especialistas em saúde e outras instituições. Nesse sentido, não se trata apenas de um deslocamento para substituir uma instituição (escola) por outra (serviço de saúde), mas a constituição de uma rede de instituições e atores sociais interdependentes orientada às crianças. Assim, o conceito de interdependência nos permite analisar e compreender a complexidade dessa rede.

Observamos nesses diferentes contextos de investigação algumas evidências da interdependência de muitos atores e instituições – professores, conselheiros educacionais, médicos, psicólogos, assistentes sociais e famílias – que gravitam em torno das crianças, preocupando-se com seu comportamento e seus problemas. Essa ideia de interdependência, como apresentada por Norbert Elias (1991), aponta um enfraquecimento relativo do papel quase exclusivo dos pais e das escolas na educação das crianças, em favor de outras instituições e atores com diferentes visões sobre elas, seus lugares e os papéis que devem assumir na sociedade. No entanto, não se trata de “modelar crianças como objetos de visões e ações de adultos, pois devemos considerar as próprias crianças como partes dessa rede social que é constituída por adultos e crianças” (Nakamura; Planche; Ehrenberg, 2018, p. 419). É importante salientar que essa rede de interdependência implica

um intercâmbio entre os responsáveis (famílias ou abrigos), a escola e os profissionais dos serviços de saúde; um intercâmbio que organiza as experiências envolvendo adultos e crianças de acordo com as noções de criança problemática (“desajustada”, “menor”, “agitada”), mas também entre instituições, atores, conhecimento e documentos.

No CMHS em Santos, quando um conselheiro educacional apresenta a queixa de uma criança agitada, ele/ela deve elaborar um relatório sobre o comportamento dessa criança na escola. Se ele/ela não o fizer, o profissional de saúde responsável pela avaliação dessa criança solicitará o documento. Este é o início de um intercâmbio institucional entre profissionais de saúde e da educação com base em relatórios, conhecimentos e práticas com foco em crianças agitadas. A partir deste momento, se uma criança for considerada um caso problemático (não apenas agitado), cada escola terá um profissional de saúde como referência no CMHS. O encaminhamento disponibilizará tempo para discutir com o conselheiro educacional os casos de crianças encaminhados ao CMHS em reuniões que podem acontecer uma vez a cada três meses.

O intercâmbio institucional entre os atores humanos por meio de objetos e conhecimentos nos remete à análise teórica proposta por Bruno Latour (2015), baseada na ideia de que nem o objeto é apenas um utensílio para os seres humanos nem o sujeito é apenas uma extensão reificada dos objetos, quando ambos estão em uma relação. Em outras palavras, humanos e não-humanos são ambos atores na construção da realidade social e, como mediadores, afetam uns aos outros, criando uma ação. Vale dizer que, ao mesmo tempo em que médicos ou outros profissionais de saúde criam o “perfil agitado” – ou a identidade da criança agitada – baseado no que escrevem sobre as crianças em seus relatórios, esses relatos (re)organizam concepções e ações e **performam** experiências envolvendo adultos e crianças “agitadas”.

Por um lado, esse intercâmbio coloca em ação tanto humanos quanto não-humanos (Latour, 2015) na definição do perfil, identidades e experiências sobre crianças agitadas; por outro, ele mostra que as crianças também são atores que participam da realidade social e vivenciam suas experiências de agitação.

Quais são os significados e implicações da definição de crianças como agitadas?

Os estudos realizados em Santos e Campinas nos mostraram os diferentes conceitos de agitação no senso comum, nos discursos dos profissionais e sua relação (ou não) com os sintomas e o diagnóstico de TDAH ou apenas hiperatividade. Esses diferentes conceitos nos revelaram a necessidade de considerar a rede estabelecida entre os atores e instituições sociais, seus conhecimentos, práticas e documentos produzidos a partir das várias maneiras pelas quais os adultos lidam com os comportamentos infantis, especificamente a agitação em sentido amplo e vago.

Os conceitos de agitação circulam nesta rede de forma interdependente e intercambiável, levando-nos a refletir sobre três pontos referentes aos significados e implicações da definição de crianças como agitadas.

O primeiro ponto se refere aos limites borrados entre categorias científicas e populares, comportamentos normais e não-normais, a responsabilidade das instituições no cuidado infantil e a dimensão da autoridade das instituições para identificar, definir, explicar e resolver o que é considerado um problema. Os vários usos do termo “agitação” refletem o que poderíamos considerar uma categoria difusa e vaga, nem patológica nem normal, mas ao mesmo tempo natural (biologicamente), social e cultural, empregada para explicar, organizar e normalizar o que “não está funcionando tão bem”.

É importante notar que a circulação dos diferentes conceitos de agitação revela a banalização das categorias biomédicas no discurso do senso comum e a ambiguidade do discurso biomédico para definir claramente os sintomas clínicos de alguns transtornos mentais, especialmente quando se referem ao comportamento das crianças. Nesse sentido, as noções históricas, sociais e culturais de criança e seus comportamentos também são identificadas nos discursos dos profissionais de saúde pela integração de conceitos populares de agitação.

A falta de uma fronteira clara que limite as categorias biológicas, sociais e culturais coloca em questão a maneira como essas categorias, bem como os atores e instituições sociais responsáveis por identificar, definir e tratar os comportamentos infantis,

estão relacionados nas diversas noções de agitação. Portanto, o fenômeno que observamos atualmente em relação à agitação, como um conceito vago com diferentes usos, é destacado pela discussão sobre uma relação não dicotômica, mas interdependente e intercambiável entre o biológico e o sociocultural, em que “as antigas oposições, tais como a disputa pela determinação biológica do social, ou vice-versa, não parecem fazer sentido” (Nakamura, 2017, p. 179).

O segundo ponto a ser refletido diz respeito ao modelo social (adulto) que define o que é uma criança bem-adaptada, bem como a grande variedade de expectativas sobre o comportamento e o desempenho infantil. Assim, definir agitação não pode ser separado da definição que cada sociedade tem sobre a criança e seus comportamentos.

A esse respeito, falar sobre os comportamentos infantis em uma determinada sociedade é também considerar as normas a partir das quais seus comportamentos são classificados como normais, anormais ou patológicos. A conformidade de uma criança a uma ordem social, de acordo com valores morais e expectativas sociais, é complementada pela possibilidade de readequar à norma aqueles que estão fora dela (Canguilhem, 1978).

Muitas instituições responsáveis pelo cuidado da criança (família, escola, serviço de saúde e assistência social) afirmaram, ao longo da história, seu papel de manter as crianças dentro das normas e valores sociais, baseados em conhecimentos científicos e especializados para orientar as práticas dos profissionais. Essas práticas voltadas para a criança foram, em geral, relacionadas a uma ideia de socialização que considera que as crianças devem ser social e emocionalmente ajustadas a uma ordem estabelecida (Silva; Nunes, 2002), de acordo com estratégias disciplinares.

Perguntamos, no entanto, sobre a responsabilidade dessas instituições e sua eficácia em ajustar as crianças agitadas a uma ordem estabelecida nas sociedades contemporâneas. Em outras palavras, a questão que apontamos é a possibilidade de definir quais instituições são responsáveis pelo processo de socialização, especialmente quando as fronteiras de suas práticas e ações relativas à agitação parecem ser tão pouco claras quanto observado nas demandas apresentadas pelos atores sociais e instituições aos

CMHS. Parece que não estamos perante a autoridade dos adultos para impor uma socialização disciplinar às crianças, mas em um contexto em que seria possível pensar na relação interdependente entre adultos e crianças, considerando a autonomia destas, o que pressupõe que sejam também “capazes de fazer escolhas, tomar iniciativas, ser agentes de sua própria mudança” (Nakamura; Planche; Ehrenberg, 2018, p. 419).

Isso nos leva à necessidade de refletir sobre um terceiro ponto: o lugar das crianças no processo em que seus comportamentos são identificados como problemáticos, considerando-as como atores sociais em uma relação interdependente com os adultos, mediando e vivenciando as experiências de “agitação”.

Por um lado, o conceito de agitação pode indicar aquelas crianças que divergem de um modelo social de infância e comportamento infantil, mas, por outro lado, também pode criar uma identidade, por vezes proposta por adultos, por vezes pelas próprias crianças. No primeiro caso, a ideia de “ser TDAH” (Silva, 2003) ou a suposição de que o TDAH e seus sintomas são uma característica pessoal é subjacente aos discursos de alguns psiquiatras do CMHS¹ em Campinas que definem o TDAH como um transtorno mental infantil de acordo com o discurso biomédico. Eles assumem que o TDAH não é uma disfunção fisiológica, mas definem seus sintomas como um comprometimento ou uma “característica pessoal”, responsável pelas desvantagens das crianças em tarefas escolares padronizadas e testes, bem como em outras atividades sociais, segundo um psiquiatra entrevistado no CMHS¹.

No segundo caso, o diagnóstico e o tratamento do TDAH levam as crianças atendidas no CMHS¹ a criar ou manejar identidades de acordo com três modos de apropriação da categoria médica. No primeiro, um menino contestou o “diagnóstico” médico e a identidade relacionada ao TDAH imposta pelos adultos. Ele afirmou que não estava doente, então ele não precisava ir ao médico. No entanto, as consultas médicas eram usadas como justificativa para sua ausência na escola. No segundo modo, a identidade está relacionada ao modelo social de crianças bem-adaptadas. Neste caso, a medicação pôde ser usada por crianças, no CMHS¹, para administrar sua “identidade deteriorada” (Goffman, 1963) porque permitia a elas “permanecerem calmas”, “serem

como as outras” e “não terem vergonha” de seu comportamento diferente. Finalmente, na terceira forma de apropriação, a definição dos sintomas de TDAH está na base de uma identidade criada para justificar comportamentos problemáticos. Em resposta à sua condição de TDAH, experimentando o preconceito e o medo que as pessoas têm de suas reações, um menino do CMHS¹ definiu a si mesmo como *um paciente em um serviço psiquiátrico infantil*, que tem hiperatividade e não para nem por um minuto. Ele afirmou: *minha família me pede para parar e ficar quieto, mas sou hiperativo; eu não posso ficar quieto*, reforçando assim a identidade de hiperativo.

Assim, refletir sobre os significados de definir o comportamento infantil como agitado não é apenas falar sobre os conceitos relacionados a essa categoria vaga. Implica a compreensão das intenções, opiniões e identidades daqueles que experimentam condições como o TDAH, conforme mostram os exemplos anteriores, que buscaram apontar brevemente como as crianças podem assimilar as categorias médicas de modos distintos e criar novas formas de manipulá-las ou vivenciar novas identidades.

Nesse sentido, o TDAH não pode se restringir a uma categoria diagnóstica, mas a uma construção biomédica que constitui um fato, o “fato TDAH” (Caliman, 2009), que revela uma intersecção de conceitos, saberes, práticas, instituições e atores sociais, incluindo as crianças. Segundo a autora, no “fato de TDAH”, “vozes destoantes que dialogam explícita e implicitamente com o discurso biomédico também fazem parte da constituição da patologia” (p. 136).

Por fim, não se trata de negar as categorias diagnósticas, mas considerá-las também como um fenômeno sociocultural, integrando uma rede interdependente e intercambiável na qual os fluxos e os usos de conceitos, conhecimentos, práticas, pessoas (humanos) e objetos (não-humanos) devem ser considerados para uma compreensão profunda, a partir de uma perspectiva sociocultural. Contudo, no “fato de TDAH”, o aspecto mais importante que destacamos é como as crianças são consideradas pessoas que integram esse “fato”.

Se, no passado, as crianças e seus comportamentos eram considerados objetos do diagnóstico em termos de expectativas dos adultos sobre o comportamento e o desempenho infantil visando uma criança

bem-adaptada, atualmente elas são solicitadas a desenvolver a capacidade de se controlarem. Nesse contexto de mudanças, é necessário aprofundar os estudos a partir das visões das crianças sobre sua relação com os adultos, como sujeitos e agentes de suas próprias experiências, ao mesmo tempo em que devemos compreender seus novos lugares e papéis sociais, na medida em que constituem suas identidades particulares, seja contestando, adaptando ou reforçando o “ser TDAH”.

Referências

- APA - AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5. ed. Washington, DC, 2013.
- ANDRADE, E. R.; SCHEUER, C. Análise da eficácia do metilfenidato usando a versão abreviada do Questionário de Conners em Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, São Paulo, v. 62, n. 1, p. 81-85, 2004.
- BARBARINI, T. A. *A condição da criança hiperativa e desatenta: um estudo sobre a intervenção psiquiátrica nas formas contemporâneas de inserção social infantil*. 2016. Tese (Doutorado em Sociologia) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2016.
- BARBARINI, T. A. *O controle da infância: caminhos da medicalização*. 2011. Dissertação (Mestrado em Sociologia) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2011.
- BUSTAMANTE, V.; MCCALLUM, C. Cuidado e construção social da pessoa: contribuições para uma teoria geral. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 673-692, 2014.
- CALIMAN, L. V. A constituição sócio-médica do “fato TDAH”. *Psicologia & Sociedade*, Belo Horizonte, v. 21, n. 1, p. 135-144, 2009.
- CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1978.
- CAPONI, S. O DSM-V como dispositivo de segurança. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 741-763, 2014.
- CARDOSO DE OLIVEIRA, R. *O trabalho do antropólogo*. 3. ed. Brasília, DF: Paralelo 15; São Paulo: Ed. Unesp, 2006.

- ELIAS, N. *La société des individus*. Paris: Fayard, 1991.
- FERNANDES, H. R. Infância e modernidade: doença do olhar. In: GHIRALDELLI JUNIOR, P. (Org.). *Infância, escola e modernidade*. São Paulo: Cortez; Curitiba: Ed. UFPR, 1997. p. 61-82.
- GOFFMAN, E. *Stigma: notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1963.
- HART, N.; GRAND, N.; RILEY, K. Making the grade: the gender gap, ADHD and the medicalization of boyhood. In: ROSENFELD, D.; FAIRCLOTH, C. A. *Medicalized masculinities*. Philadelphia: Temple University Press, 2006. p. 132-164.
- LATOURET, B. Faturas/fraturas: da noção de rede à noção de vínculo. *Ilha*, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 123-146, 2015.
- NAKAMURA, E. *Depressão na infância: uma abordagem antropológica*. São Paulo: Hucitec: Fapesp, 2016.
- NAKAMURA, E. Les problèmes de santé mentale durant l'enfance à Santos (Brésil) et Paris: l'interdépendance entre biologique et social dans les comportements des enfants. In: LEMERLE, S.; REYNAUD-PALIGOT, C. (Coord.). *La biologisation du social: discours et pratiques*. Paris: Presses Universitaires de Paris Nanterre, 2017. p. 161-180.
- NAKAMURA, E.; BARBARINI, T. A. Dealing with agitation in children by the mental health services and schools in the Brazilian cities of Santos and Campinas: concepts, care demands and referrals. In: WORKSHOP ENFANTS AGITES, PARCOURS MOUVEMENTES : VERS UNE COMPARAISON ENTRE EUROPE ET AMERIQUE DU SUD, 24 jan. 2017, Paris, França. *Proceedings...* Vanves: Institut des Amériques, 2017.
- NAKAMURA, E.; PLANCHE, M.; EHRENBERG, A. The social aspects in the identification of children's mental health problems in two health services in Paris, France. *Interface*, Botucatu, v. 22, n. 65, p. 411-422, 2018.
- OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. *Classificação estatística internacional de doenças e problemas relativos à saúde*. 10ª rev. São Paulo, 2008. v. 1. Disponível em: <<https://bit.ly/2UvkNwd>>. Acesso em: 3 mar. 2011.
- PINELL, P.; ZAFIROPOULOS, M. La medicalization de l'échec scolaire. *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, Paris, v. 24, p. 23-49, 1978.
- ROHDE, L. A.; HALPERN, R. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: atualização. *Jornal de Pediatria*, Porto Alegre, v. 80, n. 2, p. S61-S70, 2004. Suplemento.
- SILVA, A. B. B. *Mentes inquietas: entendendo melhor o mundo das pessoas distraídas, impulsivas e hiperativas*. São Paulo: Gente, 2003.
- SILVA, A. L.; NUNES, A. Contribuições da etnologia indígena à antropologia da criança. In: SILVA, A. L.; MACEDO, A. V. L.; NUNES, A. (Org.). *Crianças indígenas: ensaios antropológicos*. São Paulo: Global, 2002. p. 11-33. (Coleção Antropologia e Educação).
- SILVERMAN, D. (Ed.). *Qualitative research*. 3. ed. London: Sage Publications, 2010.
- SINGH, I. Doing their jobs: mothering with Ritalin in a culture of mother-blame. *Social Science & Medicine*, Oxford, v. 59, p. 1193-1205, 2004.
- SINGH, I. Not just naughty: 50 years of stimulant drug advertising. In: TONE, A.; WATKINS, E. (Org.). *Medicating modern America: prescription drugs in history*. New York: New York University Press, 2007. p. 131-155.
- VASCONCELOS, M. M. et al. Prevalência do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade numa escola pública primária. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, São Paulo, v. 61, n. 1, p. 67-73, 2003.

Contribuições dos autores

Nakamura foi responsável pela revisão crítica e aprovação da versão final. Barbarini participou da revisão crítica do artigo. Ambas as autoras realizaram a análise dos dados e contribuíram para a redação do manuscrito.

Recebido: 17/12/2018

Aprovado: 28/12/2018