

A POLISSEMIA DA AGITAÇÃO: UMA ANÁLISE SOBRE A MEDIAÇÃO DE ATORES ACERCA DOS COMPORTAMENTOS INFANTIS AGITADOS

Polysemy in agitation: analysis on actors' mediation towards child agitated behaviors

Tatiana de Andrade Barbarini¹

Artigo encaminhado: 14/10/2018

Aceito para publicação: 26/04/2019

RESUMO: Comportamentos agitados têm sido reportados de maneira associada ao mau desempenho escolar de crianças, e a agitação, como termo polissêmico, é mobilizada por diferentes atores sociais para designar comportamentos infantis ditos problemáticos. Partindo de dados de trabalhos de campo sobre as demandas em saúde mental infantil em Campinas (SP), este artigo tem o objetivo de analisar as formas pelas quais a agitação se apresenta nos discursos de atores sociais de instituições de educação e saúde mental do município. Foi utilizado o método de observação participante em dois serviços de saúde mental infantil e em quatro estabelecimentos de ensino, englobando como sujeitos de pesquisa profissionais de saúde e educação, crianças e seus familiares. Como desdobramento dessa proposta, busca-se analisar de que maneira a construção polissêmica da categoria “agitação infantil” ou “criança agitada” colabora para a mobilização e produção de noções específicas de infância e para a elaboração de narrativas adultas e identidades infantis sobre a condição de ser uma criança agitada.

Palavras-chave: Agitação. Criança agitada. Noções de infância. Narrativas.

ABSTRACT: Agitated behavior is being reported in association with low social and school performance in childhood, and agitation, as a polysemic term, is mobilized by different social actors and it is related to many different children's behaviors considered to be problems. Some field research data about demands in child mental health system in Campinas (SP) are adopted as a starting point to this paper, which aims to analyze the manners in which agitation is mobilized by different social actors found in educational and mental health institutions. Participant observation was used as data collection method. We visited two child mental health services and four education institutions, involving health and educational professionals, children and their families. This paper aims to analyze how the polysemic construction of 'child agitation' category or 'agitated child' contributes to the production and mobilizing of specific notions of

¹ Doutora em Sociologia pela Unicamp. Pós-doutoranda do Programa de Pós-graduação interdisciplinar em Ciências da Saúde/Unifesp campus Baixada Santista. tati.barbarini@gmail.com

childhood, and to the organization of adult narratives and children's identities about being an agitated child.

Keywords: Agitation. Agitated child. Notions of childhood. Narratives.

1 INTRODUÇÃO E OBJETIVOS

A agitação é um termo polissêmico mobilizado, na atualidade, por diferentes atores sociais para designar comportamentos infantis ditos problemáticos.² No campo da psiquiatria biomédica contemporânea, a agitação é definida como um sintoma de condições psíquicas e/ou cognitivas consideradas como prejudiciais à vida social, familiar, escolar e profissional das pessoas com transtornos mentais. Na quinta edição do *Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais* (DSM), lê-se que um transtorno mental se caracteriza pela existência de uma perturbação clinicamente significativa da cognição, da regulação emocional e do comportamento, sendo ela o reflexo de uma disfunção psicológica, biológica ou do desenvolvimento relativo ao funcionamento mental. Trata-se, portanto, de manifestações que não se definem como “uma resposta esperada ou culturalmente aprovada a um fator estressante comum ou a uma perda, como a morte de um ente querido, não é um transtorno mental” (APA, 2013, p. 20).

A definição proposta pelo DSM concebe o prejuízo e o sofrimento como causas de disfunções cognitivas e/ou psicológicas que afetam as atividades dos indivíduos, sendo que essas disfunções (biológico-psicológicas) diferenciam-se de uma expectativa ou resposta cultural a um determinado comportamento dito inadequado. No entanto, apesar do intuito do manual de estabelecer os limites entre um comportamento normal, socialmente aceito como uma reação conflituosa, e um comportamento patológico, advindo de disfunções neurofisiológicas do corpo humano, a noção de transtorno mental permanece fluida.

O próprio DSM (APA, 1980, p. 6) explicita que, apesar de o manual fornecer uma classificação dos transtornos mentais, ele não elabora uma definição satisfatória do conceito de “transtorno mental”. Segundo um médico

² A problematização deste artigo também norteia a análise feita no artigo Comportamentos infantis problemáticos, perturbadores e não conformes: conceitos e demandas de cuidado relacionados à agitação em crianças em Santos e Campinas, Brasil (2019).

psiquiatra (BARBARINI, 2011, p. 67), a psiquiatria utiliza o conceito de “transtorno” para afirmar que a diferença entre o normal e o patológico não se encontra em uma alteração física ou anatômica detectável. Ao contrário, essa diferença é arbitrária e, por isso, a noção de transtorno mental é “mais frouxa”, designando algo que “não está funcionando bem” e que causa um sofrimento.

“Algo não está funcionando bem”, nessa explicação, torna-se o mote do sofrimento e do distúrbio, mas não supre o caráter vago da noção de transtorno mental, tampouco oferece um embasamento consistente para a distinção entre um sintoma biológico-psicológico e um “sintoma” sociocultural dos comportamentos. Isso se expressa na definição do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), uma das categorias psiquiátricas cuja manifestação principal é a agitação (ou, mais especificamente, a hiperatividade): o TDAH é patológico (*pathos*) em razão do sofrimento que ele causa, e não da existência de um substrato orgânico ou nosológico. Nesse sentido, “a normalidade é um conceito impregnado de valores” e “corresponde, às vezes, a um construto maior” [Médico psiquiatra, 28/10/2009 (BARBARINI, 2011, p. 109)].

Nessa explicação, a busca pela predominância da estrutura biológica do transtorno mental e, portanto, da patologia psíquico-cognitiva se esvai na percepção de que a definição do normal e do patológico é permeada por valores socioculturais e morais. Essa questão revela uma problemática empírica e teórica sobre a fluidez dos conceitos relativos aos transtornos mentais, aos comportamentos infantis e, assim, à noção de agitação em contextos clínicos e da vida cotidiana.

Desse modo, busca-se neste artigo analisar a apresentação da agitação nos discursos de atores sociais em instituições de educação e saúde mental, visto que crescem nesses espaços as demandas por atenção especializada para “crianças agitadas”. Trata-se de abordar a agitação como uma categoria relacionada às manifestações comportamentais infantis ditas inadequadas e a um modelo de infância tido como normal. Portanto, o que é a agitação ou uma criança agitada? Há apenas uma definição para essas noções? De que maneira elas correspondem, ou não, ao que se espera de uma infância considerada normal? Essas questões também fundamentam o intuito de

analisar como a construção polissêmica da categoria “agitação infantil” colabora para: a) a mobilização e produção de noções específicas de infância; e b) a elaboração de narrativas adultas e identidades infantis sobre a condição de ser uma criança agitada.

2 PERCURSO METODOLÓGICO

A análise deste artigo fundamenta-se nos trabalhos de campo realizados em três ocasiões e espaços na cidade de Campinas (SP).³ A primeira investigação desenvolveu-se, entre 2009 e 2010, em um ambulatório universitário de psiquiatria infantil, onde as atividades foram acompanhadas por meio do método de observação participante (BARBARINI, 2011). Além da participação de médicos psiquiatras e psicólogos, contou-se com as entrevistas semiestruturadas de quatro mães, acompanhadas de seus filhos (três meninos de 12, 10 e 9 anos de idade, e uma menina de 11 anos), diagnosticados com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). As atividades com as crianças ocorreram com o auxílio de desenhos e conversas não formais.

O TDAH é uma categoria psiquiátrica cujos sintomas são a hiperatividade, a impulsividade e/ou a desatenção. As hipóteses diagnósticas desse transtorno são geralmente elaboradas por profissionais de educação, principais responsáveis pela demanda por atenção especializada para crianças, com base, sobretudo, na identificação de comportamentos agitados e desafiantes (APA, 2000; 2013). No referido ambulatório, a maioria dos casos contabilizados no período de realização da pesquisa dizia respeito ao diagnóstico e tratamento de TDAH.⁴

O segundo momento de pesquisa ocorreu entre 2013 e 2015 (BARBARINI, 2016), quando instituições de ensino formal (três públicas e uma privada) e não formal (uma pública) foram visitadas. Nessa ocasião, desenvolveram-se observações em salas de aula e em espaços de recreação, entrevistas semiestruturadas individuais e coletivas com professores e

³ Os projetos desenvolvidos em serviços de saúde foram aprovados, respectivamente, pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médica/UNICAMP e da Universidade Federal de São Paulo.

⁴ Em 2010, dos 180 pacientes (entre cinco e vinte anos de idade) atendidos no ambulatório, 41 (entre cinco e quatorze anos de idade) receberam o diagnóstico de TDAH, conforme as classificações F90, F90.0, F90.1, F90.8 e F90.9, da CID-10.

conversas não formais com crianças de 6 a 12 anos de idade, diagnosticadas ou não com TDAH.

Por fim, a terceira pesquisa foi realizada de novembro de 2016 a junho de 2018 em um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij). As atividades com os usuários do serviço foram observadas com foco nas crianças de 6 a 12 anos de idade, bem como foram acompanhadas as reuniões semanais da equipe multiprofissional do serviço e alguns grupos de acolhimento familiar. Ademais, o trabalho de campo privilegiou o levantamento e estudo de prontuários clínicos em que os termos “agitação” e “agitado” foram registrados na queixa inicial, que levou o caso para acolhimento naquele CAPSij.

Algumas informações mais detalhadas se fazem necessárias sobre esses diferentes campos. Sendo parte de um hospital universitário de clínicas, o ambulatório é um serviço de alta complexidade — e marcado pela atuação predominante da psiquiatria biomédica — que atende crianças, jovens e famílias de diferentes cidades do interior de São Paulo e Minas Gerais. Já o CAPSij apresenta-se como um equipamento de saúde centrado no acolhimento e na escuta de jovens em sofrimento psíquico grave e de suas famílias, bem como na integração desses usuários à comunidade local, seja por meio de atividades desenvolvidas em espaços públicos, seja pela elaboração de redes de cuidado que extrapolam as instituições de saúde mental.

Os estabelecimentos de ensino, por sua vez, apresentam características importantes e que possibilitaram algumas comparações com as redes de saúde mental e com o conjunto do sistema de educação formal, apesar da especificidade de cada contexto. A principal referência comparativa é o programa de educação não formal. Educação não formal é aquela que, embora reconhecida como parte do sistema brasileiro de educação, não tem a obrigação de seguir as normas do Ministério da Educação, o que possibilita aos estabelecimentos adotar um modo específico de acolhimento das crianças e de trabalho com elas. Por se tratar de um programa mais flexível, nele o contraste com a rigidez e a disciplina marcantes na educação formal é notável. Não por acaso o diagnóstico de TDAH e o comportamento agitado tinham um impacto diferente na forma pela qual as professoras lidavam com seus alunos e alunas.

Nestes casos, ainda que os diagnósticos psiquiátricos não fossem rejeitados, enfatizavam-se as necessidades individuais e coletivas das crianças por meio de projetos pedagógicos elaborados pelas educadoras.

Em razão da obtenção de um complexo conjunto de dados, dispõem-se de informações subsidiárias de um mapeamento da rede de demandas, cuidados e relações entre instituições e atores sociais que se forma a partir das noções de agitação. Essa rede envolve as trajetórias das crianças e suas famílias dentro e fora dos equipamentos de saúde, bem como as relações estabelecidas tanto entre indivíduos e instituições quanto entre artefatos que modulam a produção narrativa e identitária das crianças e sobre as crianças. Para analisar a constituição dessa rede, adota-se o seguinte princípio: o “social”, como uma categoria pura, é uma quimera, uma vez que as práticas sempre incluem artefatos, arquiteturas, papéis e máquinas (BERG, 1996, p. 500).

Esse pressuposto permite adotar os discursos/não-discursos, as pessoas e os objetos (prontuários clínicos, laudos médicos e relatórios escolares) como mediadores a partir dos quais se pode compreender a construção e a mobilização de noções de agitação, ou de criança agitada, bem como de noções de infância. Assim, a análise apoia-se: em escritos de Bruno Latour (2007; 2016) para elaborar o conceito de mediação; na sociologia da infância (PROUT, 2005; PROUT; JAMES, 1990) para compor uma análise sobre as categorias e noções adultas aplicadas às crianças e sobre a agência infantil; e no texto de Lindsay Pior (2004) para ponderar sobre a produção de identidade e de narrativas com base na interação entre pessoas, instituições e documentos que produzem e mobilizam noções de agitação e de infância.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 A construção polissêmica da “agitação”

A palavra “agitação” tem, no dicionário, uma diversidade de significados, que vão da movimentação irregular e repetida, passando pela perturbação moral e psíquica e a inquietude, até a reunião de pessoas cujo objetivo é fazer reivindicações. De modo geral, a agitação designa uma perturbação ou uma irregularidade. No campo dos comportamentos infantis, observou-se que o

principal discurso subjacente à definição de agitação baseava-se em categorias da psiquiatria biomédica, tendo, porém, o mesmo princípio de perturbação e irregularidade encontrado no conceito genérico.

Diversos professores, participantes das pesquisas, adotavam a “hiperatividade” como sinônimo da agitação ou como um termo agrupador de distintas manifestações comportamentais, tais como a agitação extrema, a indisciplina e o enfrentamento. Nos contextos escolares, “hiperativo” foi a palavra mais evocada, mesmo por profissionais que questionavam a validade das categorias psiquiátricas. Por vezes, o significado do termo referia-se às crianças que haviam recebido um diagnóstico médico e tratamento medicamentoso para o TDAH. Em outros momentos, a referência se fazia a um comportamento agitado significativo, algo similar ao que se chama, clinicamente, de agitação psicomotora. Nessa acepção, o comportamento agitado envolvia ações como levantar-se da cadeira durante a explicação de um conteúdo escolar, perambular pela sala, conversar com colegas, fazer brincadeiras, enfim, “colocar a sala de pernas para o ar”. Em muitas ocasiões, a hiperatividade ou a agitação estava relacionada, no discurso docente, à “falta de limites”. Não por acaso, os principais termos enunciados pelos professores foram “hiperativo”, “agitado” e “crianças sem limites”, além de “autista”, “dislético” e “psicopata”. Estes três foram apresentados para diferenciar o TDAH de “transtornos mentais reais”, especialmente o último vocábulo.

O autocontrole foi um termo menos mencionado pelos professores. No entanto, ele foi evocado por uma educadora para descrever o comportamento de um menino de doze anos em sala de aula, o que incluía sua dificuldade de concentração e, portanto, de alcance de um bom desempenho escolar. O autocontrole também estava ligado à ideia de dispersão, citada por outra professora como uma característica contemporânea e geral do comportamento infantil:

[...] Antes você tinha dois na sala, três que eram muito dispersivos, que por qualquer motivo dispersava. Hoje você tem muitos que são dispersivos. Hoje você tem muitos que, para focar, é complicado. E eu acredito que seja por conta de tanta tecnologia. (Professora de ensino fundamental da rede estadual, 15/04/2013) (BARBARINI, 2016, p. 176).

Apesar de os efeitos tecnológicos no comportamento infantil não serem o objeto deste artigo, é essencial notar que a “agitação” se relaciona com uma gama de conceitos usados, por vezes, para encontrar uma explicação social plausível para um comportamento problemático. Psicólogos do ambulatório, entrevistados durante a pesquisa no local, apresentaram esse tipo de percepção. Para eles, as práticas psiquiátricas enfocam os aspectos biológicos dos corpos e das relações infantis, mas ignoram a agitação como um comportamento que manifesta um sintoma institucional, social e ambiental. Aqui, uma nova definição de agitação se constrói, apesar da persistência do caráter técnico atribuído ao conceito.

Esse uso adentra a escola. Observou-se na fala de alguns professores a reprodução de uma perspectiva psicológica que vê no sintoma clínico apresentado pela criança uma manifestação das relações subjetivas e coletivas que ela vive, sobretudo no ambiente familiar. Geralmente, essa abordagem é usada por professores para se contrapor a um processo de medicalização.⁵ No entanto, o “sintoma familiar” acaba por se converter em um elemento do processo de culpabilização do outro. Nesse prisma, a culpa pelos maus comportamentos e desempenhos escolares não é da criança ou de uma disfunção neuronal, mas sim de uma família “desestruturada”. Ainda que se trate de uma abordagem comum na atualidade, Alvim e Valladares (1988) mostraram que esse discurso foi mobilizado, no Brasil, nos anos 1970 pela psicologia, assistência social e ciências sociais para explicar e responder aos problemas de delinquência entre jovens pobres.

Nessa esteira, os professores entrevistados criticavam os pais que demandavam um cuidado especializado em saúde mental ou educação em razão de sua “incapacidade” de distinguir a hiperatividade de outros comportamentos. Entende-se que essa perspectiva se assenta nas frágeis barreiras instauradas entre os termos que definem os comportamentos infantis, mas também em uma relação particularmente estabelecida entre professores e

⁵ De forma literal, “medicalização” significa “tornar médico”, designando um processo por meio do qual questões socioculturais, históricas, políticas e econômicas que afetam a vida individual e/ou coletiva passam a ser classificadas, explicadas e solucionadas pelo saber biomédico. No senso comum, o termo medicalização é utilizado para se referir ao consumo de medicamentos em casos tidos como desnecessários, como o TDAH para muitos educadores.

pais: a culpabilização do outro pelo mau comportamento e pelo fracasso escolar da criança.

Isso se verificou no fato de que, para se opor às ideias de disfunção cerebral e problemas individuais, alguns professores afirmaram que a “criança agitada” geralmente manifesta o mau funcionamento familiar (“família desestruturada”), os hipotéticos problemas comportamentais dos pais ou a carência de “bagagem cultural”. “Falta de estrutura familiar”, “pais perturbados”, “estímulo do meio”, “desenvolvimento individual” e “relações incoerentes entre casa, escola e comportamentos infantis” foram, então, categorias mobilizadas a fim de explicar as situações problemáticas vividas pelos professores em sala de aula: a dispersão dos alunos, sua incapacidade de ter autocontrole e seu baixo desempenho cognitivo e educacional.

Ainda no campo escolar, o enfrentamento foi outra categoria mobilizada pelos docentes e associada à agitação. Esse é o caso de um menino de onze anos de idade (em 2015) muito popular entre seus colegas. De acordo com uma de suas professoras, o problema mais imediato desse aluno estava relacionado à indisciplina, ao enfrentamento, à desobediência a regras e à tendência de desordenar rapidamente o grupo de alunos. Ele era identificado como uma criança hiperativa e diagnosticado com TDAH. A “falta de Ritalina®” foi indicada pela diretora escolar como o motivo principal de seu problema de conduta e desempenho. Em seu prontuário escolar as expressões “falta de concentração”, “indisciplina”, “dificuldades de aprendizagem” e “enfrentamento” compunham a queixa inicial e a demanda por encaminhamento para um especialista de saúde.

É possível notar em diferentes situações um deslocamento de elementos pedagógico-escolares (tais como desobediência, mau comportamento, indisciplina, inquietação e assimilação de conteúdos escolares) para o domínio técnico-científico e biomédico. Trata-se da submissão daqueles elementos ao vocabulário, às práticas e às estratégias de intervenção psiquiátricas. Nesse sentido, os profissionais de educação demandam que os especialistas de saúde lhes ofereçam — e aos seus alunos — um cuidado especial dentro e fora da escola. Entende-se que isso configura uma resposta externa aos novos dilemas e desafios do trabalho docente, sobretudo no que dizem respeito à

dificuldade (ou ao sentimento de incapacidade⁶) da qual os professores sofrem para manter a ordem na sala de aula, estabelecer um diálogo com os alunos e promover sua adequada socialização.

Também corresponde a esse deslocamento a combinação de categorias técnicas e populares, vista como uma situação problemática no campo educacional. Segundo uma professora, “a escola chega para o pai e fala ‘seu filho é hiperativo’, só que muitas vezes o professor não tem essa formação. Então a escola acaba reproduzindo na forma de um chavão: uma criança agitada hoje é uma criança hiperativa” [Professora de um programa de educação não formal, 14/08/2015 (BARBARINI, 2016, p. 94)]. Nesse excerto, a professora questiona o uso indistinto entre “agitação” e “hiperatividade”, criticando a instituição escolar e seu quadro funcional por produzir uma demanda excessiva de encaminhamentos psicológicos e psiquiátricos para possíveis casos de TDAH. Ela também critica o ato de os professores assumirem para si a autoridade de identificar e afirmar quem é hiperativo ou não. É preciso notar o que está em jogo: quem tem a autoridade para definir as condições médicas infantis e quais são os termos que podem ser apropriadamente difundidos?

No campo das práticas cotidianas que permeiam os espaços da saúde e da educação, crianças e seus familiares expressavam uma variedade de explicações e definições, as quais combinavam, em geral, categorias técnicas e populares. Um menino de doze anos, entrevistado em fevereiro de 2010 (BARBARINI, 2011), afirmou que sua psicóloga havia lhe explicado que “a criança hiperativa é uma pessoa elétrica, que não consegue parar por um minuto. Ela é hiperativa”. Já a avó de outro menino de doze anos (em 2013) afirmou que o neto, diagnosticado com TDAH, não estava doente, mas sim que ele tinha o pequeno problema de ser “avoado” e “viver no mundo da lua”. “Doença” não é, aqui, um termo associado à agitação, uma vez que os familiares, sobretudo mães e avós, declaravam que o TDAH não é uma

⁶ Um número significativo de professores entrevistados lamentou a falta de formação docente sobre os aspectos psicológicos do desenvolvimento infantil e do processo de aprendizagem, embora eles usassem termos da psicologia (crescimento pessoal, vínculo etc.). Nesse sentido, uma de suas principais demandas era a contratação de um psicopedagogo como parte do quadro profissional da escola, visto que sua principal queixa era: “nós nos sentimos impotentes. Nós não sabemos o que fazer”.

doença, e sim um *problema*. Doenças, ao contrário, eram associadas a impedimentos físicos e intelectuais.

No CAPSij, “agitação” também era um termo bastante usado, mas sob outros significados. O termo era mobilizado para descrever uma movimentação constante e sintomática que toma o corpo de uma criança e faz com que os profissionais da equipe notem que há algo a ser escutado. Nesse caso, o termo mais exato é “agitação psicomotora”. A agitação também era o sinal do ponto limite a partir do qual a criança teria uma “crise”. Vale observar que a crise é igualmente um termo polissêmico, cujo significado varia de acordo com um conjunto de condições, incluindo as formas pelas quais um profissional concebe a noção de sujeito. O que chama a atenção nessas situações é o processo de reconstrução da categoria agitação, possibilitado pelos procedimentos característicos do serviço em questão.

De modo geral, as queixas e demandas que chegavam a esse CAPSij por meio de relatórios de encaminhamento reproduziam as concepções de agitação relatadas anteriormente, sobretudo em sua relação com hipóteses diagnósticas (TDAH e/ou transtorno do espectro autista, majoritariamente), com a associação entre hiperatividade e agitação, com o uso de medicamentos psicotrópicos, com relatos de comportamentos perturbadores e/ou problemáticos na escola e com o baixo desempenho escolar. Apesar de uma significativa recorrência dessas queixas nos prontuários⁷ dos usuários, o processo de triagem inicial dos casos, que geralmente ocorre nas atividades de matriciamento, restringe os “casos de agitação” à referência a casos graves.⁸ Ademais, os a discussão em equipe dos casos acolhidos e o constante esforço de construção de redes de cuidado externas às instituições de saúde mental, além das perspectivas teórico-conceituais adotadas, reformulam a agitação conforme as concepções descritas.

As diversas concepções de agitação mobilizadas por diferentes atores em seus contextos colocam em evidência que aquilo que é definido como

⁷ Em março e abril de 2018, foram consultados os prontuários de usuários, entre três e doze anos de idade, recém-chegados ao CAPSij. Dos 50 prontuários encontrados, 17 registraram os termos “agitação” e/ou “agitado” nas queixas iniciais. Uma maior recorrência dessas queixas foi observada entre usuários de seis a nove anos de idade (9 prontuários de 18) e entre dez e doze anos de idade (6 de prontuários de 14).

⁸ A equipe do referido CAPSij define “caso grave” a partir de um conjunto de critérios não protocolares que se acumulam pela experiência clínica.

normal ou não normal varia conforme os modelos explicativos adotados. No campo escolar, onde a estrutura familiar, por exemplo, aparece como origem dos problemas comportamentais e de aprendizagem de algumas crianças, a agitação se define como um “sintoma social”. Porém, nesse mesmo campo, a agitação designa comportamentos infantis que incomodam e que estão associados aos sintomas de transtornos como o TDAH. As demandas por cuidado especializado, então, se estruturam sobre os limites borrados entre categorias técnicas e populares, entre os comportamentos considerados normais e anormais, entre a responsabilidade de cada instituição ou ator acerca do cuidado com a criança e entre os limites da autoridade institucional para identificar, definir, explicar e resolver o que é considerado como um problema ou como “algo que não está funcionando tão bem”.

Já nas situações em que a agitação se refere à crise, observa-se a desconstrução das categorias de normalidade, anormalidade e patologia em vista da ressignificação, com base na escuta do sujeito, do sofrimento subjacente ao momento de crise e do ato desencadeado por ele. Trata-se de compreender o sentido do passar a ato: o que originou a ação e quais são as novas questões que essa ação desencadeia, tanto para o usuário quanto para os terapeutas. Em conversa com uma das profissionais do serviço, ela sugeriu o conceito psicanalítico de “urgência subjetiva” como um substituto à noção de crise (que, em uma acepção do senso comum, se liga o medo da ameaça e da violência contra o outro) para designar a abertura provocada pelo “passar a ato” para novas questões e novas ações dos sujeitos.

Como dito, essas perspectivas colocam em evidência os diferentes modelos explicativos associados ao termo agitação. Entre eles estão as concepções de criança e de infância que sustentam as práticas e as noções relativas aos comportamentos agitados.

3.2 Mediações entre agitação e infância

A análise das diferentes concepções de agitação revela a existência de mediações entre a realidade do comportamento infantil, as pessoas envolvidas em relações, os discursos, noções e representações de infância e de criança, o

social (as normas, expectativas, padrões) e os objetos (sobretudo o laudo médico e o relatório escolar). Mas, nessas mediações, é preciso notar que se, por um lado, as representações sociais e discursivas afetam a realidade da “criança agitada”, por outro, a criança agitada afeta essas mesmas representações e cria a realidade social. Trata-se de uma relação mútua, e não de uma simples dominação de um elemento sobre o outro.

Para lidar com as relações mútuas de maneira inovadora, Latour (2015) propôs o conceito de *faitiches*, cuja máxima assevera que “o que é colocado em movimento nunca deixa de transformar a ação” (*faz fazer*), isto é, que nem o objeto se torna um mero utensílio nem o sujeito se torna uma mera extensão reificada quando ambos estão em relação. As movimentações dependem da natureza dos vínculos entre os mediadores em ação, na qual cada mediador afeta o próximo para que ele seja a origem de uma nova ação. Nessa lógica, os mediadores podem ser humanos ou não humanos, o que borra as dicotomias epistemológicas (LATOURE, 2016).

Alan Prout (2005) se apropriou desse princípio para conceber a infância em novos termos, contrários ao pressuposto corrente de que a infância se opõe e se submete ao mundo adulto. Para o autor, essa concepção comum viabiliza a criação e o aprimoramento de estratégias de institucionalização e vigilância do mundo infantil para que ele não se renda aos “perigos” da vida adulta. Entende-se que, entre os desdobramentos desse pressuposto, está a concepção da criança como um ser passivo, sujeito aos males do mundo adulto e, ao mesmo tempo, aos cuidados dos seus responsáveis.

Não por acaso, na relação de culpabilização entre escola e família, descrita anteriormente, a criança é sempre um objeto de preocupação, mas nunca um ator de fato. Isso porque as relações estabelecidas com a criança, seja ela agitada ou não, são regidas por modelos sociais de conduta. Esses modelos fornecem parâmetros para avaliar se um indivíduo se enquadra no que é tido como *normal e adequado* em uma sociedade. Caso ela não se enquadre, os mesmos modelos dispõem de possibilidades de explicação e solução dos problemas causados, entre elas as práticas psiquiátricas de diagnóstico e tratamento da agitação enquanto sintoma de um transtorno mental.

Uma perspectiva alternativa seria aquela que analisa a infância como um híbrido natureza-cultura, conforme a afirmação de Prout: “a imaturidade das crianças é um fato biológico, mas os modos pelos quais essa imaturidade é compreendida e dotada de sentido é um fato cultural” (PROUT, 2005, p. 55, tradução nossa). Por um lado, essa perspectiva, primordial à chamada sociologia da infância, rompe com a ideia de que as crianças são meramente seres dóceis e submissos às normas sociais e propõe que elas estão ativamente envolvidas na negociação dos significados socioculturais, assimilados em sua relação com os adultos e com outras crianças, bem como na modificação das relações das quais elas participam. É isso que Prout e James (1990) chamam de *agência infantil*.

Por outro lado, a agência infantil não se limita às relações com as pessoas. As crianças são afetadas e afetam os artefatos tecnológicos, discursivos e identitários com os quais elas se relacionam, incluindo os psicofármacos, os diagnósticos clínicos e os prontuários médicos e escolares. Tomando como exemplo a relação entre a criança e o psicofármaco, nota-se que a medicação provoca, ao mesmo tempo, a atividade neuroquímica de determinados elementos cerebrais, a atividade social das pessoas que modulam suas respostas às ações infantis com base no fato de que a criança toma ou não medicamentos, e, também, a atividade da própria criança, que pode criar uma nova identidade e uma nova realidade para si em vista do consumo medicamentoso. Nessa mesma cadeia de ações, para além da atividade motora, a criança agitada produz um novo campo de interpretações e práticas que redefinem seus vínculos.

Portanto, a criança agitada, entendida como ator ou como mediador, é afetada por pessoas, discursos e artefatos tecnológicos e documentais de modo a ser provocada a originar novas ações relativas à “natureza” do corpo infantil, à produção de representações e identidades e à circulação de informações, pessoas e documentos. Trata-se de um movimento chamado, neste artigo, de *fluxo*, ainda que nas demandas por atendimento especializado prevaleçam queixas de agitação, em sua pluralidade de significados, e práticas de cuidado que identificam as crianças que divergem de um modelo social (adulto) que define o indivíduo bem adaptado assim como a gama de

expectativas e percepções sobre o seu comportamento (NAKAMURA; BARBARINI, 2019).

A esse fluxo se agregam situações, como a da agitação-crise, em que a “criança agitada” e a “crise” configuram-se como mediadores. Nessa relação específica, a crise, isto é, um conjunto de circunstâncias, sentimentos e reações que convergem para o desencadeamento de uma ação de ruptura, torna a pessoa — ou seu corpo — a origem dessa ação. É sobre a pessoa que recaem os olhares e esforços de contenção, mas também de cuidado e de escuta. Assim, novas ações se desenrolam: a contenção do corpo agitado, a escuta da “criança agitada” durante e/ou após o desencadeamento da crise, os conflitos entre membros da equipe que discordam das medidas tomadas, as reuniões de equipe em que se discutem os alinhamentos práticos em caso de novos episódios, a redefinição de estratégias clínicas de cuidado e de escuta do outro, a reestruturação da equipe etc.

Portanto, é possível afirmar que a polissemia da agitação e os fluxos que a ela se vinculam também estão baseados em um conjunto de diferentes concepções de infância, constituídas em um complexo movimento de pessoas, instituições, conceitos e documentos. Se na perspectiva da normalidade predomina um modelo social de conduta adequada que modula as expectativas em relação à criança e seu desempenho cognitivo e sociocultural, na perspectiva que se chama aqui de “agitação-crise” emerge uma concepção psicanalítica de sujeito, mas também uma concepção filosófico-sociológica de sujeito político. Nesta concepção, a criança se desloca da mera submissão para assumir uma posição de desencadeadora de novas ações e concepções que colocam à prova as verdades socialmente impostas acerca de sua condição de pessoa. Todavia, é preciso ter claro que, depois desse desencadeamento, novas ações de gestão e controle se consolidam em uma relação que vai dos adultos (equipes de saúde, profissionais de educação, assistentes sociais, juízes, familiares, entre outros) para as crianças, criando novos modelos explicativos. Ainda assim, na complexidade dos fluxos, novos relatórios, especialistas, atividades, consultas, prescrições de medicamento, conhecimento e aconselhamento familiar e educacional começam a compor o

cotidiano, as narrativas adultas e as identidades infantis sobre ser uma criança agitada.

3.3 Narrativas adultas e identidades infantis sobre ser uma criança agitada

Cada instituição constrói seu próprio processo de estabelecimento e refutação de diagnósticos e tratamentos, assim como viabiliza que cada usuário crie seus percursos de saúde. Porém, as instituições apresentam uma similaridade significativa: a produção de fluxos caracterizados pela interação e “permeabilidade” dos conceitos, pessoas e objetos que mediam ações da qual fazem parte as crianças agitadas.

No campo da saúde mental, o principal serviço de recebimento e redirecionamento de demandas referentes a queixas iniciais de agitação são as unidades básicas de saúde, uma vez que elas representam a porta de entrada do sistema de saúde. Constituem esse sistema o ambulatório universitário de psiquiatria infantil e o CAPSij, que compuseram os campos de duas das pesquisas aqui retratadas.

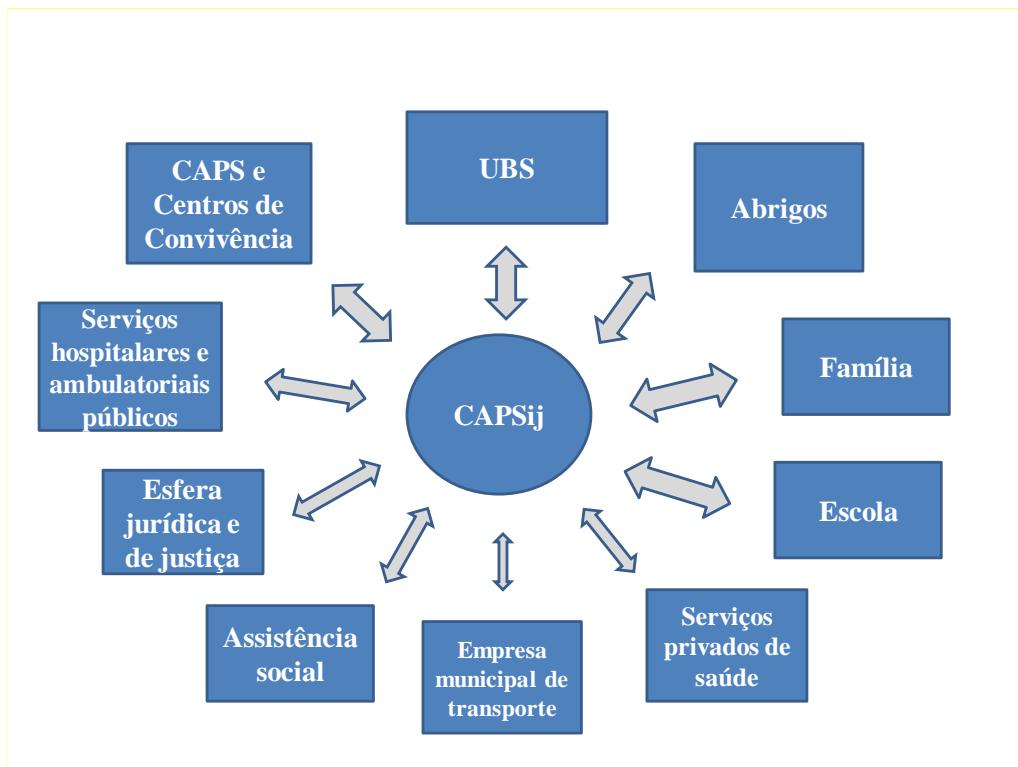
No primeiro caso, por ser parte de um hospital universitário de clínicas, o ambulatório é um serviço de alta complexidade, que atende crianças e famílias que já passaram por outros serviços de saúde e por diferentes profissionais, desde clínicos gerais e pediatras até psicólogos e neurologistas. Essa particularidade se expressava, por exemplo, no conhecimento prévio de alguns pais sobre a hiperatividade, entendida por esses atores mais como o problema em si do que como um sintoma. Essa compreensão correspondia à queixa inicial, geralmente relacionada a um mal-estar causado por comportamentos infantis tidos como problemáticos. Destaca-se a faixa etária das crianças às quais as queixas se referiam: de 6 a 12 anos, grupo que corresponde à idade escolar e ao momento em que aumentam significativamente os encaminhamentos escolares para especialistas, sobretudo quando a criança inicia o ensino fundamental.

A propósito das demandas por atendimento nos serviços de saúde mental visitados e do encaminhamento majoritariamente advindo de unidades básicas de saúde, tem-se que, quando os usuários e seus familiares chegam ao serviço de saúde mental infantil, eles já perfizeram uma significativa trajetória, o que, em alguns casos, lhes provê informações sobre a condição agitada da criança. Os profissionais de educação entrevistados também viviam em uma realidade social na qual as informações sobre agitação, TDAH e outros sintomas ou categorias psiquiátricas são facilmente obtidas da internet, revistas de educação, cursos e conferências especializadas, entre outras fontes informativas acessíveis aos professores, os principais demandantes de atendimento médico e/ou psicológico. Assim, as primeiras queixas observadas no ambiente escolar expressavam algum conhecimento prévio.

Destaca-se disso o fluxo de pessoas entre instituições que ocorre por meio de demandas, formulários de encaminhamento e relatórios escolares e médicos. Trata-se da passagem de um profissional e de um serviço de saúde a outro, tendo como origem a demanda escolar por atendimento especializado e uma concepção prévia de comportamento infantil adequado a uma faixa de idade. Essa é, portanto, a principal base das narrativas adultas que orientam as queixas sobre as crianças agitadas.

Ainda que os relatos coletados reconstituam de forma fragmentada uma rede de demandas e cuidados, é possível observar que ela é bastante complexa, como mostra a figura 1.

Figura 1. Rede de demandas e cuidados em saúde mental na cidade de Campinas, tendo como referência um CAPSij



Fonte: Dados coletados em momentos distintos de pesquisa de campo.

Atenta-se também para o fluxo de documentos que constitui essa rede. Trata-se de uma produção humana por meio da qual as narrativas coletivas e individuais são construídas. É preciso observar que essas narrativas criam e recriam as histórias e trajetórias coletivas, as normas, as representações da infância e da criança agitada, a vida e a identidade da criança sobre a qual se escreve, bem como o cuidado que lhe será oferecido. Essa criação é feita de acordo com a perspectiva de um adulto — professor, familiar, médico, terapeuta —, mas não a partir do entendimento da criança sobre a sua própria vida, condição e identidade. Assim, o documento modifica a realidade, as percepções subjetivas das relações sociais e as identidades individuais e coletivas. Em outras palavras, os documentos contam algo sobre a criança, mas também a constroem e a tornam visível para os diferentes atores sociais, incluindo as equipes de saúde mental.

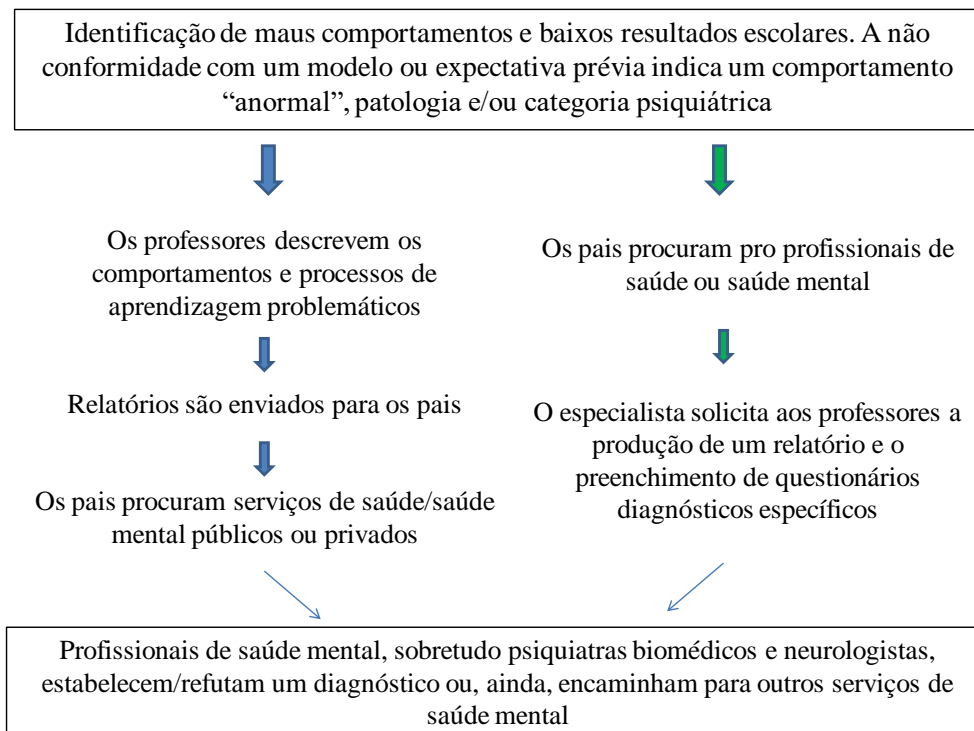
Segundo Lindsay Pior (2004), os documentos entram nos projetos humanos de duas maneiras: como receptáculo de informações, obrigações, contratos e desejos, e como agentes em seu próprio direito. Os documentos são coisas que podem ser produzidas e manipuladas, usadas e consumidas,

mas também podem agir sobre seus criadores. Nesse sentido, os documentos são sistemas de visibilidade (isto é, situam as coisas e as tornam visíveis) ligados às práticas sociais, fazendo com que as pessoas atuem em direções específicas, seja na criação de sua própria identidade, seja na aquisição de um *script* para sua ação. Isso não significa que eles determinam a ação, mas sim que as coproduzem.

Sobre a produção dos relatórios médicos e das estatísticas psiquiátricas, fundamentais para a elaboração do *Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais* (DSM), Prior descreve o seguinte percurso de elaboração: entrevistadores leigos aplicam questionários (sim/não) a uma população específica, sem fazer ou mencionar diagnósticos, a fim de levantar sintomas, condições e situações; em seguida, aplicam uma pontuação algorítmica sobre esses dados para, finalmente, criar hipóteses diagnósticas e hierarquias entre transtornos (categorias). Esse processo, depois de elaborado, mediará diferentes tipos de relação social, uma vez que expressa regras de ação que constroem o médico como especialista, o paciente como leigo e a relação entre os dois.

Em um contexto social em que os diagnósticos psiquiátricos e seus principais sintomas permeiam significativamente as relações sociais, os fluxos descritos por Prior fundamentam demandas por atendimento especializado para “crianças agitadas”, como mostra a figura 2.

Figura 2. Procedimento de demanda de cuidados



Fonte: Dados coletados em momentos distintos de pesquisa de campo.

Nesse procedimento se formam os conceitos sobre a criança agitada. No caso das escolas, foi recorrente a observação de perfis elaborados pelas equipes pedagógicas para identificar as crianças “com problemas”. Um dos recursos é a anotação, em vermelho, da palavra *hiperativo* ao lado do nome da criança na lista de chamada. Outro recurso é a demanda do relatório médico para registrar no sistema informacional que a criança tem um diagnóstico psiquiátrico.

Essas estratégias não contam com a participação da criança. Parte-se da observação adulta de algumas condutas e da conseqüente elaboração de um perfil diagnóstico para definir quem é essa criança e o que deve ser feito com ela. Exemplo disso foi constatado na análise de prontuários do CAPSij. Em um deles, a criança havia sido submetida a exames pela equipe multidisciplinar de uma associação de portadores de necessidades especiais, com base nos quais se elaborou um diagnóstico específico e recomendações de tratamento. No relatório produzido pela equipe do CAPSij, do qual constavam algumas falas da criança em questão, lia-se que ela própria não se reconhecia no relato inicial feito sobre ela, uma vez que ele se pautava em

exames objetivos, e não na efetiva participação da criança na revisita a sua história de vida.

O que se constata, portanto, é que também os documentos são atores que integram um fluxo que constrói a realidade social. Por serem atores, esses componentes agem de maneira interdependente como mediadores (LATOURET, 2016).

Assim, a ênfase se coloca sobre as noções de criança que permeiam as concepções de agitação e, conseqüentemente, as demandas por atendimento especializado. O uso do termo agitação na produção narrativa da identidade, muito comum nos relatórios médicos e escolares, impõe-se a partir dos adultos para definir quem é a criança objeto de cuidado e o que fazer com ela.

É importante notar que as concepções de cuidado e de criança (ou criança agitada) estão intimamente relacionadas. De acordo com Bustamante e McCallum (2014), cuidado é uma categoria problemática que liga definições universalizantes do senso comum, um caráter normativo aplicados às políticas públicas e às práticas de saúde e as interações sociais e relações de poder nas quais os diferentes indivíduos estão envolvidos quando recebem ou ofertam cuidados. Nessa multiplicidade, o que está em jogo é a relação mútua entre a maneira como se define e estabelece o cuidado e a maneira como se entende e lida com a pessoa e seus projetos de vida.

Enquanto os relatórios médicos e multiprofissionais de encaminhamento constroem uma demanda de cuidado baseada em sintomas e tratamentos, concebendo a criança como um caso a ser tratado e criando uma figura por vezes contestada pela própria criança, as práticas da equipe do CAPSij, por exemplo, se pautam em uma noção mais democrática de pessoa, segundo a qual a criança é vista como um sujeito político. Isso se evidencia nas assembleias, atividades terapêuticas nas quais os usuários jovens têm um importante protagonismo. Essa relação particular entre concepções de cuidado e de criança (ou de pessoa) se evidencia, igualmente, nos embates da equipe de saúde mental com instituições da assistência social que se mantêm presas às noções de menor infrator e menor delinquente e, conseqüentemente, à lógica repressiva e punitiva dos “desvios” de conduta. Ademais, a noção de crise,

descrita anteriormente, propõe uma noção particular segundo a qual a pessoa, em sua “crise” se torna um sujeito e desencadeia novas ações.

Entretanto, apesar dessa concepção democrática do sujeito, a rede em saúde mental conserva as relações de controle e gestão das crianças, como se observa, por exemplo, nas reuniões intersetoriais ou nas audiências judiciais em que os profissionais de saúde mental fazem uso de documentos produzidos sobre a criança, mas não pelas crianças, para orientar sua atuação.

Nesse complexo fluxo, a criança também cria experiências a partir da agitação. Aqui se faz importante a afirmação de Goffman (1975), segundo a qual, na interação face a face, os indivíduos buscam obter informações sobre o outro em sua companhia ou trazem à cena informações que já possuem sobre ele. Essas informações servem para delimitar a situação vivida a partir da elaboração prévia de expectativas acerca da conduta do outro e, conseqüentemente, da melhor maneira de agir nessa relação.

Goffman (1988) designa esse caráter imputado ao indivíduo, em uma relação face a face, como a identidade social virtual, na qual as pré-concepções são transformadas em expectativas normativas em relação ao outro. Já os atributos individuais efetivamente apresentados são denominados de identidade social real. Quando essas expectativas são frustradas, isto é, quando a identidade social real não corresponde à identidade social virtual, cria-se um estigma, um atributo depreciativo imposto ao outro em decorrência de sua suposta inferioridade social e moral.

Essas concepções podem ser relacionadas à perspectiva de Pior, segundo a qual os documentos coproduzem formas de agir, trajetórias de vida e identidades a partir de um *script* de ações. Porém, é fundamental considerar o papel ativo das crianças na coprodução de sua identidade, ainda que associada às narrativas adultas sobre sua condição de criança agitada. Nesse sentido, constatou-se a articulação entre apropriação dos conceitos de agitação e a produção de identidade.

Foram observadas três maneiras de se apropriar do conceito de agitação. A primeira diz respeito à contestação do diagnóstico e da identidade construída. Um exemplo significativo foi observado na confrontação de informações entre o prontuário clínico e os relatos de acolhimento feitos pela

equipe do CAPSij. Trata-se do caso em que o laudo multidisciplinar de uma associação para portadores de necessidades especiais acentuou a deficiência de uma criança de dez anos a partir de entrevistas pontuais e com base nas quais se definiu um diagnóstico, elaborou uma demanda de cuidado em educação inclusiva e saúde mental e colocou a criança no lugar de deficiente. No prontuário desenvolvido pela equipe do CAPSij, todavia, constam falas da criança em que ela afirma: “eu não sou nada disso que eles escreveram de mim. Eles me viram uma vez”.

Outro exemplo é o de um menino de doze anos, participante da pesquisa realizada nas escolas. Ele afirmava que não estava doente e que, por isso, não precisava ir ao médico. Porém, as consultas médicas eram vistas como positivas, pois ele podia se ausentar da escola. Em sua perspectiva, a agitação não era um problema, exceto quando ela interferia em seu rendimento escolar e causava conflitos entre o menino e seu pai. Aqui é possível identificar os efeitos negativos da agitação quando o termo está associado ao modelo da criança bem adaptada, criado em uma relação de expectativas entre a instituição escolar e a familiar.

A segunda maneira de apropriação dos conceitos de agitação pelas crianças é a criação de uma nova identidade capaz de se associar ao modelo social da criança bem adaptada. Neste caso, a medicação, sobretudo, pode ser usada pelas crianças para manipular sua identidade deteriorada (GOFFMAN, 1988). Nesse caso, a medicação atua no comportamento agitado, permitindo a algumas crianças sentirem-se “calmas”, “iguais às outras” e “não envergonhadas” de sua “diferença” quando suas mães lhe chamam a atenção devido a um comportamento tido como inadequado. “Eu quero ser como as outras crianças” é o princípio discursivo e identitário que orienta esse tipo de apropriação.

Finalmente, a terceira maneira de apropriação é a criação de uma nova identidade para justificar o desvio. A mãe de um menino de doze anos explicou, em 2010, que a criança hiperativa tem problemas comportamentais (dificuldade de concentração, de permanecer quieta), mas não expressa sinais físicos que provocariam na população geral um sentimento de empatia ou de comoção. De acordo com o seu relato, as crianças hiperativas são definidas como mal-

educadas, inquietas e perigosas, pessoas que podem ter um ataque inesperado e violento. Portanto, elas sofrem o preconceito de serem “loucas”. As pessoas as temem. É preciso notar que diferentes pais e crianças afirmaram que colegas de escola e amigos adultos relacionavam o diagnóstico psiquiátrico do TDAH — ou mesmo uma manifestação comportamental excessivamente agitada — com a loucura e com a imagem de uma pessoa perigosa para si e para os outros.

Em resposta a essa condição, o menino de doze anos citado anteriormente definia-se como “um paciente de um ambulatório de psiquiatria infantil”, que “tem hiperatividade e não consegue parar por um minuto sequer”. Ele contou que sua família lhe pedia para parar e ficar quieto, demanda à qual ele respondia: “mas eu sou hiperativo, não consigo ficar quieto”. Essa era a sua nova identidade, que o definia e justificava sua maneira de ser e agir.

Apesar dos efeitos estigmatizantes do diagnóstico e do medicamento, eles são mediadores de algumas relações infantis. Danilo⁹ (12 anos, em 2013) era visto como um bom aluno graças ao tratamento medicamentoso. No entanto, para ele, o medicamento era apenas um instrumento por meio do qual ele podia melhorar seu rendimento escolar. Se o medicamento é um instrumento (desejado), o desempenho é a engrenagem de uma teia de imagens positivas e negativas, de relações e de acontecimentos. Foi o desejo de melhorar seu rendimento que o motivou a “dedicar-se aos estudos”, uma mudança pautada na busca de referências que dessem sentido à função da escola e aos benefícios do bom desempenho escolar.

Também foi o desempenho adequado que levou os professores a reconhecê-lo como um bom aluno. Entretanto, o instrumento é mais visível do que a engrenagem, por isso o medicamento (e o laudo médico) aparece sempre como um divisor de águas: “quando eu não tomava remédio, os professores ignoravam minhas perguntas. Com o remédio eles não ignoram mais”. Em outras palavras, o que resguardava esse aluno da invisibilidade completa eram a visibilidade e a eficiência dos objetos médicos. Nesse sentido, objetos interagem com pessoas na solução e na explicação de um problema, sendo capaz de intervir nas funções e papéis, nas responsabilidades, nas

⁹ Nome fictício.

decisões e nos desejos individuais e coletivos. Danilo se tornou visível quando passou a fazer uso da Ritalina®.

Esses relatos evidenciam a participação de diferentes pessoas, instituições e objetos como mediadores na construção da realidade social com base nas noções de agitação. Comumente se atribui maior atenção às relações entre os adultos e as instituições na produção do discurso sobre a criança agitada. No entanto, os dados de pesquisa revelam que os objetos também são atores dessa construção, uma vez que, ao tornarem a criança visível, desencadeiam ações (reações, explicações, estratégias de cuidado, práticas pedagógicas etc.) que a concernem. Ademais, as crianças se mostram igualmente ativas na produção da realidade e do desencadeamento de novas ações, sejam elas contestatórias, sejam elas reprodutoras de uma ordem social dada sobre a infância. De qualquer forma, é fundamental para os estudos socioantropológicos sobre a saúde mental infantil e sobre a infância considerar a complexidade dos fluxos e das relações de mediadores, humanos e não humanos, adultos e crianças, na produção da realidade social.

4 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

O presente estudo limita-se a um pequeno número de instituições de psiquiatria, saúde mental e educação visitadas ao longo de três diferentes trabalhos de campo. Apesar disso, essas instituições têm um importante papel na constituição e articulação da rede de demandas e cuidado em saúde mental infantil na cidade de Campinas.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A polissemia da agitação revela um complexo de relações, mediações e concepções que colocam em questão o senso comum acerca dos comportamentos infantis agitados e da criança agitada. Identificar algumas dessas mediações e concepções foi o objetivo central deste artigo. Dessa maneira, é possível fazer algumas considerações acerca do tema.

A primeira consideração diz respeito à relação entre concepções de agitação e de pessoa. A agitação-hiperatividade, por seu aporte fiscalista e biomédico, está vinculada a modelos sociais de comportamento que, definidos

pelos adultos (pais, professores, especialistas), impõem expectativas e formas de agir e ser para as crianças. Aquelas que se enquadram nesses modelos são vistas como adequadas ou normais, enquanto as crianças que “se desviam” estão sujeitas a diferentes sistemas de rotulação e normalização, tais como usos comuns e pouco rigorosos dos diagnósticos psiquiátricos e dos tratamentos medicamentosos. Já a agitação-crise, por seu aporte na palavra, está vinculada à linguagem e à compreensão da criança como um sujeito ou um ator que, por meio de um momento de ruptura, comunica seu sofrimento e desencadeia um conjunto de novas ações para os diferentes atores envolvidos. Ainda assim, essa perspectiva está sujeita aos mecanismos de controle e gestão dos indivíduos, uma vez que se pauta na produção hierárquica de documentos para dar visibilidade às crianças e lhes propor estratégias de cuidado.

É preciso destacar que essa categorização não deve ser tomada como a indicação de um modelo mais verdadeiro que o outro. Ao contrário, tal confrontação permite observar que diferentes concepções, abordagens e formas de cuidado carregam noções diversas de pessoa, de criança e de infância.

A segunda consideração refere-se ao conjunto de novas ações desencadeadas pela “crise”, entendida de modo genérico. Visto que a agitação pode ser considerada como uma categoria vaga — ou polissêmica — baseada no borramento de definições relativas ao comportamento infantil, os limites entre o normal, o anormal e o patológico também são borrados. Isso permite, por um lado, a expansão crescente de demandas de cuidado especializado para crianças agitadas e, por outro, a indefinição das responsabilidades dos atores para com o cuidado com a criança. Como consequência, vê-se o estabelecimento de relações de interdependência nas quais conhecimentos e práticas sobre o comportamento infantil podem ser intercambiados e, também, tornados responsabilidade exclusiva do outro.

Por fim, uma nova perspectiva parece ser a dos fluxos ou das relações de mediação ou vinculamento (LATOURET, 2015) que, como se esboçou neste artigo, coloca em evidência a participação de diferentes pessoas, instituições e objetos como mediadores na construção da realidade social com base nas

noções de agitação. Destaque foi dado aos objetos — que, ao tornarem a criança visível, desencadeiam ações que a concernem — e às crianças, que se mostram ativas na produção da realidade e no desencadeamento de novas ações, sejam elas contestatórias, sejam elas reprodutoras de uma ordem social dada sobre a infância. Portanto, é fundamental para os estudos socioantropológicos sobre a saúde mental infantil e sobre a infância considerar a complexidade dos fluxos e das relações de mediadores, humanos e não humanos, adultos e crianças, na produção da realidade social.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos à Prof.^a Dr.^a Eunice Nakamura pela leitura e pelas sugestões. Agradecemos também à FAPESP e ao CNPq pelo apoio às pesquisas que fundamentaram este trabalho.

REFERÊNCIAS

ALVIM, M. R. B.; VALLADARES, L. P. Infância e sociedade no Brasil: uma análise da literatura. *Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, n. 26, p. 3-37, 1988.

AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION (APA). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders - DSM-III*. 3rd ed. Washington: APA, 1980.

AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION (APA). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition (DSM-V)*. Washington, DC/ London, England: APA, 2013.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA (APA). *Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais – DSM-IV (1994)*. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.

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) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2016.

BARBARINI, T. A. *O controle da infância: caminhos da medicalização*. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2011.

BERG, M. Practices of reading and writing: the constitutive role of the patient record in medical work. *Sociology of Health and Illness*, v. 18, n. 4, p. 499-524, 1996.

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, set. 2014.

GOFFMAN, E. *A representação do Eu na vida cotidiana*. Petrópolis: Vozes, 1975.

GOFFMAN, E. *Estigma: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1988.

LATOUR, B. Faturas/fraturas: da noção de rede à noção de vínculo. *Ilha*, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 123-146, ago./dez. 2015.

LATOUR, B. *Jamais fomos modernos*. São Paulo: 34, 2016.

NAKAMURA, E.; BARBARINI, T. Comportamentos infantis problemáticos, perturbadores e não conformes: conceitos e demandas de cuidado relacionados à agitação em crianças em Santos e Campinas, Brasil. *Saúde e sociedade*, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 12-26, mar. 2019.

PRIOR, L. Doing things with documents. In: SILVERMAN, D. *Qualitative research: theory, method and practice*. 2. ed. London/Thousand Oaks/New Delhi: Sage Publications, 2004, p. 76-94.

PROUT, A. *The future of childhood: towards the interdisciplinary study of children*. London/New York: Routledge, 2005.

PROUT, A.; JAMES, A. A new paradigm for the Sociology of Childhood? In: JAMES, A; PROUT, A. (org.). *Constructing and reconstructing childhood*. London/New York/Philadelphia: The Falmer Press, 1990, p. 7-35.