

INTERROGANDO A “PUREZA” DO TRANSTORNO DE CONDUTA NO CAMPO DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

Interrogating the "purity" of conduct disorder in the field of childhood and adolescence

Camila Deneno Perez¹
Maria Cristina Gonçalves Vicentin²

Artigo encaminhado: 26/12/2018

Aceito para publicação: 28/11/2019

RESUMO: Neste texto, parte de uma pesquisa de mestrado, buscamos problematizar o uso da noção de “transtorno de conduta” no campo da atenção à saúde mental da infância e adolescência, tendo em vista sua vizinhança com as demandas de gestão da “ordem pública” e com os riscos de incapacitação sociopolítica de crianças e adolescentes. Para tanto: a) sistematizamos e discutimos o surgimento da noção e as mudanças nas descrições desse “transtorno” ao longo das sucessivas edições do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), buscando evidenciar a trama sócio histórica, cultural e política que o produz; b) analisamos o uso do diagnóstico de transtorno de conduta num serviço de saúde mental, o Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil, com base na estratégia do caso-traçador e na caracterização e análise das trajetórias de cuidado. A análise de um caso diagnosticado como transtorno de conduta “puro” permitiu evidenciar, a um só tempo, os efeitos, nas sucessivas edições do DSM, do apagamento da leitura relacional dos sintomas e de sua individualização quando combinados aos riscos de automatismo do serviço, podem impedir a produção de um cuidado ampliado e situacional que realmente envolva crianças e adolescentes em seus meios sociais e elos de existência. A construção de um crivo diagnóstico “puro” inscreve as condutas que se distanciam do padrão como desviantes, como “transtorno de conduta”, acionando um circuito reducionista que compele a etiquetar e a corrigir os corpos onde fica situada a *anormalidade*.

Palavras-chave: Transtorno de conduta. Infância. Adolescência. Saúde mental.

ABSTRACT: In this work, which is part of a Master’s research project, we have sought to problematize the use of the “conduct disorder” notion in the field of

¹ Mestre em Psicologia Social pela PUC/ SP. Especialista em Psicanálise com Crianças pelo Instituto Sedes Sapientiae. Membro do Núcleo Acesso – Estudos, Intervenções e Pesquisa sobre Adoção do Instituto Sedes Sapientiae. cacaperez@uol.com.br

² Mestre em Psicologia Social e Doutora em Psicologia Clínica pela PUC/ SP. Professora Doutora do Departamento de Psicologia Social da PUC/ SP, onde coordena o Núcleo Lógicas Institucionais e Coletivas. mvicentin@pucsp.br

childhood and adolescence mental health care, considering its proximity to the management demands of “public order” and the sociopolitical incapacitation risks posed to children and adolescents. For this purpose: a) we systematized and discussed the emergence of this notion and the changes in the description of this “disorder” in the different editions of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), seeking to demonstrate the socio-historical, cultural, and political nexus that produces it; b) we analyzed the use of conduct disorder diagnostics within a mental health service, the Psychosocial Care Center for Children and Adolescents, based on the strategy of tracer studies and on the characterization and analysis of care trajectories. The analysis of a case diagnosed as a “pure” conduct disorder allowed us to demonstrate, at the same time, the effects of the erasure of a relational reading of symptoms and their individualization in successive editions of the DSM which, combined with an automation of services, could impede production of a wider situational care that truly embraces children and adolescents within their social environments and networks of existence. The construction of a “pure” diagnostic screening incorporates conducts that deviate from the standard, such as “conduct disorder”, setting into motion a reductionist circuit that compels the labeling and correction of bodies to fit in the space where *abnormality* exists.

Keywords: Conduct disorder. Childhood. Adolescence. Mental health.

1 INTRODUÇÃO

Os “transtornos de conduta na infância e na adolescência” integram a Classificação Internacional de Doenças (CID-10), sendo utilizados em diferentes contextos de diagnóstico e/ou de cuidado em relação a crianças e adolescentes, principalmente no campo da saúde mental. São definidos como:

padrões persistentes de conduta dissocial, agressiva ou desafiante. Tal comportamento deve comportar grandes violações das expectativas sociais próprias à idade da criança; deve haver mais do que as travessuras infantis ou a rebeldia do adolescente e se trata de um padrão duradouro de comportamento (seis meses ou mais). (...) O diagnóstico se baseia na presença de condutas do seguinte tipo: manifestações excessivas de agressividade e de tirania; crueldade com relação a outras pessoas ou animais; destruição dos bens de outrem; condutas incendiárias; roubos; mentiras repetidas; cabular aulas e fugir de casa; crises de birra e desobediência anormalmente frequentes e graves (OMS, 1996, p. 371).

Tal definição já permite circunscrever – como identificado no debate relativo aos chamados transtornos de personalidade antissocial (no caso, para os acima de 18 anos) – a dimensão crítica deste diagnóstico, na medida em

que se avizinha mais de um problema de ordem pública do que do cuidado em relação ao sofrimento psíquico (ROSA; VICENTIN, 2010)³.

Os discursos em torno do “transtorno de conduta” têm evidenciado o uso do aparato psiquiátrico como um modo “reciclado” de segregação de crianças e adolescentes, em plena vigência de marcos legais como o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e políticas de saúde mental da infância/adolescência (BRASIL, 2005) que asseguram o direito à convivência familiar e comunitária e à atenção em saúde de base territorial. É o que vemos especialmente na forma das internações psiquiátricas acionadas e mantidas pelo sistema de justiça e não pelos parâmetros dos serviços de saúde (CUNDA, 2011; BLIKSTEIN, 2012; JOIA, 2014).

Blikstein (2012) constata, num hospital psiquiátrico infantojuvenil de São Paulo, que, enquanto 55% das internações se deram por pedido familiar ou encaminhamento da rede de saúde, 45% aconteceram por ordem judicial. A pesquisa também evidenciou que crianças e adolescentes com diagnóstico de transtorno de conduta são os que passam mais tempo internados⁴. Documentos anexados aos prontuários revelam que a própria direção do hospital enviava relatórios à Vara da Infância e Juventude solicitando um acompanhamento ambulatorial e pedindo a desinternação desses casos, muitas vezes, sem sucesso (BLIKSTEIN, 2012).

Outra situação em que o uso desse diagnóstico está articulado ao sistema de justiça pode ser encontrada na Unidade Experimental de Saúde (UES), criada por meio de convênio entre Saúde, Justiça e Administração Penitenciária do Estado de São Paulo, em 2006. Ainda que a unidade seja destinada a jovens autores de atos infracionais diagnosticados com transtorno de personalidade antissocial (TPAS), o transtorno de conduta já aparece nos prontuários como hipótese diagnóstica que antecederia o TPAS em casos de sujeitos avaliados com menos de 18 anos (GRAMKOW, 2011). Para esses jovens, considerados perigosos à sociedade, o confinamento é previsto por tempo indeterminado, contrariando a prerrogativa legal (OLIVEIRA, 2015a).

³ Os chamados distúrbios da personalidade antissocial são em geral tematizados na lógica da moralidade e da *normalização*, colocando em análise a função social de determinados conceitos e práticas do campo psicopatológico, principalmente quando se põem a predizer as disposições “perigosas” de um sujeito (ROSA; VICENTIN, 2010).

⁴ A autora encontrou internações que duraram de três a cinco anos.

De acordo com argumentos da Defensoria Pública, o tratamento é um direito e não um dever, não podendo ter caráter compulsório; a confusão que se instala é, portanto, entre proteção e repressão, e o que se vê na prática é o aumento do tempo de punição sob o pretexto de proteger (GRAMKOW, 2011).

Sabemos que, no Brasil, a assistência a crianças e adolescentes durante quase todo o século XX assentou-se nas lógicas higienistas, tendo como resultado “por um lado, a institucionalização do cuidado e, por outro, a criminalização da infância pobre, gerando um quadro (...) de desassistência, abandono e exclusão” (BRASIL, 2005, p. 8). Compunha este quadro a transformação da carência ou da pobreza em “doença mental”, sendo o diagnóstico de distúrbio de comportamento usado para controlar as vidas de crianças e adolescentes que colocavam risco ao convívio social (SCHMID; LEITE; BENTES, 2001).

As pesquisas acima referidas evidenciam que políticas que preveem um cuidado singular, integral e de base comunitária e territorial não resultaram de todo na extinção dessas práticas. Ao contrário, é frequente que a resistência de crianças e adolescentes em relação à sua esperada posição tutelada e submissa seja interpretada como mostras de desvio (OLIVEIRA, 2015a), desconsiderando-os como sujeitos políticos (ROSEMBERG; MARIANO, 2010; VICENTIN; GRAMKOW, 2018).

Frente a isso, afirmamos a urgência de analisar o “transtorno de conduta”, entendendo que essa classificação, além de recolocar em cena os riscos advindos da interface psi-jurídica, produz verdades e institui práticas sobre a infância e adolescência que podem naturalizar a dominação adulta e a condição de incapacidade sociopolítica de crianças e adolescentes (VICENTIN; GRAMKOW, 2018).

2 OBJETIVOS

Buscamos, de um lado, problematizar a noção de “transtorno de conduta” evidenciando a trama social, histórica, cultural e política em que está inserida e, de outro lado, interrogar, nas atuais práticas de cuidado no âmbito das políticas de saúde mental da infância e adolescência, seu uso. Pretendemos, desta forma, contribuir com discussões relacionadas à saúde mental infanto-juvenil na interface com os direitos da criança e do adolescente.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

A realização desta pesquisa está ancorada na perspectiva genealógica de Michel Foucault, que propõe a identificação dos jogos de forças e de poder a partir de determinada realidade. O objetivo da genealogia é historicizar o que é tido como essencial e sem data, de modo a identificar aquilo que configura as relações de saber-poder (FOUCAULT, 1986). E, justamente porque analisa acontecimentos e não propõe critérios universais, a perspectiva genealógica está sempre atrelada às práticas; estas, situadas em contextos e produtoras de sentidos muito particulares, não nos deixam negar a forma histórica de determinado julgamento (LOBO, 2015). Isso nos permite repensar o que se apresenta como imparcial e imutável. Permite-nos também discutir a ideia de uma instância teórica que, ao chamar-se científica, seria a única a carregar a veracidade sobre episódios supostamente estanques.

Embora a referência utilizada pelos serviços do SUS seja a CID e não o DSM, este último – onde surge a nomenclatura “transtorno de conduta” – tem grande impacto na psicopatologia de modo geral (BEZERRA JR., 2014), incluindo a seção “transtornos mentais e comportamentais” da CID atual. Além disso, o “transtorno de conduta” só aparece na CID após o surgimento no DSM, pois, na CID-9 – concluída em 1976 –, o único diagnóstico de transtorno mental relativo à infância era “psicoses específicas da infância”. Assim, realizamos inicialmente uma pesquisa sobre as versões do diagnóstico de transtorno de conduta nas sucessivas edições do DSM. Em seguida, buscamos discussões realizadas em manuais de psiquiatria da infância e adolescência que interrogassem a formulação e o uso de diagnósticos de “distúrbios antissociais”. Não à toa, a maioria dos autores lidos tem origem francesa, pois a psiquiatria na França historicamente se opõe a práticas e classificações generalistas presentes no modelo americano (MUTARELLI, 2017).

Na segunda parte da pesquisa, buscamos analisar o diagnóstico de transtorno de conduta no cotidiano de um serviço de saúde mental balizado pelos preceitos da Reforma Psiquiátrica e do ECA: o Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPS-IJ). Contamos com o aparato teórico da Análise Institucional para a identificação das dinâmicas institucionais e optamos

pela estratégia de caso-traçador como disparador de análise (FEURWECKER; MEHRY, 2011). Tal estratégia consiste no acompanhamento de um caso que comunica urgências, omissões, dificuldades e desafios por meio de sua história e de suas trajetórias. Considerando que as práticas articuladas pela equipe de um serviço não dizem somente dos trabalhadores, mas das dinâmicas em que se inserem, o acompanhamento de um caso nos permite extrair pistas sobre alguns dos usos desse diagnóstico na clínica infanto-juvenil.

Escolhemos um CAPS-IJ na cidade de São Paulo, onde a maioria dos CAPS são geridos por Organizações Sociais de Saúde (OSS). Neste CAPS-IJ, uma OSS com perfil mais associado à gestão de hospitais assumiu a administração de 2009 até metade de 2016. Trabalhadores que estavam no serviço desde essa época contaram que predominava uma orientação biomédica e hospitalocêntrica, com pouca possibilidade de construção em equipe, muitas internações e maior enfoque em classificações diagnósticas e medicações do que em intervenções com famílias e no território. A nova gestora pretendia romper com esse modelo e recebeu a pesquisa como possibilidade de análise e transformação⁵.

Em parceria com esta gestão, entendemos que a reunião geral, onde estariam presentes todos os trabalhadores, seria o espaço indicado para pactuar a pesquisa e levantar casos com diagnóstico de transtorno de conduta. Nessa reunião, num conjunto de oito casos referidos, um foi considerado caso de transtorno de conduta “puro”. Devido a tal caracterização, que punha em análise múltiplos sentidos, foi este o caso que escolhemos acompanhar. O acompanhamento aconteceu entre julho de 2016 e fevereiro de 2017 e, ao longo deste período, fizemos a leitura do prontuário, realizamos entrevistas com os pais e profissionais envolvidos no cuidado da criança, participamos de consultas com psiquiatra e técnica de referência e fizemos um encontro com a criança.

Utilizamos o diário de campo para registrar todo esse percurso, incluindo falas, olhares e sensações presentes nas conversas; assim como encontros

⁵ Cabe sinalizar, ainda, que a entrada da pesquisa no serviço também foi acompanhada de uma demanda de supervisão clínico-institucional dirigida ao nosso grupo de pesquisa. Na perspectiva metodológica que orienta nosso trabalho, assentada na análise institucional e na pesquisa-intervenção (LOURAU, 1993), acolhemos tal demanda como mais um indicativo do desejo de análise dos processos de trabalho até então vigentes. Isso possibilitou a ampliação do diálogo interprofissional, a problematização do lugar do diagnóstico no projeto terapêutico singular e construiu a possibilidade de uma efetiva restituição do processo da pesquisa.

em corredores, reuniões e consultas. Isso, juntamente com as entrevistas transcritas, compõe os nossos resultados.

Nosso compromisso ético enquanto pesquisadoras⁶ foi exercitar uma posição à altura da posição singular, mas não desigual, da criança em relação ao adulto. Para tanto, não apenas os cuidados regulamentados pelo Conselho Nacional de Saúde (Resolução nº 466/2012) foram tomados (processo aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa com Seres Humanos⁷) como buscamos, nos contextos de pesquisa, sustentar posições que problematizassem as produções da desigualdade na relação adulto-criança.

4 RESULTADOS

4.1 Diagnóstico de transtorno de conduta: uma perspectiva crítica

Antes de chegarmos ao “transtorno de conduta” e suas configurações nas edições do DSM, retomaremos brevemente os contextos de surgimento do manual, atualmente em sua quinta versão.

A formulação do primeiro DSM se dá no cenário pós-Segunda Guerra Mundial, quando aqueles que voltavam da guerra pressionavam o estado americano a financiar ações de saúde em grande escala. As organizações que se ocuparam desses veteranos consideraram as classificações existentes até então inadequadas à maioria dos pacientes, o que levou à construção de um instrumento de classificação separado daquele organizado pela Organização Mundial de Saúde, qual seja, a Classificação Internacional de Doenças (CID), na época em sua sexta edição (BEZERRA JR., 2014). O DSM I foi então publicado pela Associação Médico-Psicológica Americana, que, em 1952, foi chamada de Associação Psiquiátrica Americana – APA (AGUIAR, 2004).

Essa primeira versão do manual teve forte influência da psicopatologia psicanalítica e estava fundamentada na noção de sintoma enquanto expressão de conflitos relacionados a situações existenciais, cujo sentido seria preciso desvendar (BEZERRA JR., 2014). Em 1968, é publicada a segunda edição do DSM, em um contexto de modificações e turbulências sociais que ocorriam no

⁶ O presente artigo é fruto de pesquisa de mestrado da primeira autora e de sua orientadora.

⁷ O projeto foi inicialmente apresentado à equipe do CAPS-IJ, depois submetido à Coordenadoria Regional de Saúde. Após aprovação, foi aprovado pelos Comitês de Ética da PUC-SP e Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo – SMS/ SP, por meio da Plataforma Brasil, com parecer número 1.565.727.

mundo todo, já anunciando debates em torno das classificações psiquiátricas que levariam à chamada crise da psiquiatria (AGUIAR, 2004; BEZERRA JR., 2014). O DSM II, porém, ainda manteve a vertente da primeira edição e permaneceu prioritariamente voltado à utilização para fins administrativos, com pouca influência na atividade clínica e na psiquiatria internacional (BEZERRA JR., 2014).

Em 1980, surge o DSM III, que representa uma virada na psiquiatria, pois rompe com a psicanálise e aproxima-se do modelo biomédico (AGUIAR, 2004). Há alguns fatores envolvidos nessa mudança: o advento de medicamentos psicotrópicos exigiu uma sistematização descritiva de quadros psicopatológicos com fins de pesquisas experimentais e testáveis, como nas ciências biológicas; além disso, seguradoras passaram a restringir o financiamento a procedimentos psiquiátricos, visto que os diagnósticos não eram definidos com clareza e uniformidade, e havia certo ceticismo em relação à capacidade desta categoria médica em diagnosticar e tratar seus pacientes.

Com a padronização dos diagnósticos no DSM III, a indústria farmacêutica e grandes seguradoras de saúde aproximaram-se cada vez mais do campo psiquiátrico, financiando pesquisas e aumentando seus recursos financeiros. Em pouco tempo, o DSM III ganhou visibilidade internacional e se tornou um marco para a clínica psiquiátrica mundial, globalizando o modelo americano. Apesar da intenção manifesta de criar uma linguagem comum para facilitar a realização de pesquisas mais confiáveis, o DSM IV declara-se suporte educativo aos ensinamentos da psicopatologia (AGUIAR, 2004).

A medicação torna-se intervenção prioritária na psiquiatria contemporânea, que rompe definitivamente com o interesse por dimensões subjetivas enigmáticas e não codificáveis em termos orgânicos (GUARIDO, 2007). Como assinala Assumpção Jr. (2003), uma abordagem que abandona a questão etiológica, familiar e social pode ser perfeitamente aplicada a plantas e animais, mas deixa falhas enormes no estudo de humanos.

Para chegarmos ao “transtorno de conduta”, apresentaremos, no quadro abaixo, as classificações cujos critérios diagnósticos mais se aproximam dessa classificação nas edições I (1952) e II (1968) do DSM, bem como o próprio “transtorno de conduta”, que surge no DSM III (1980), e as modificações empregadas a essa classificação nas edições subsequentes: III-R (1987), IV

(1994), IV-TR (2000) e V (2013). Buscamos identificar as categorias em que essas classificações estavam localizadas no índice do manual e as especificações e subtipos propostos a cada edição.

Quadro de definições de distúrbio de conduta ou correlatos nas edições do DSM

Edição do DSM	Categoria	Nomenclatura	Subtipos	Especificações
I (1952)	Distúrbios de traços de personalidade ⁸	Distúrbio da personalidade sociopática	1.Reação antissocial 2.Reação dissocial 3.Desvio sexual 4.Adições	Não consta
II (1968)	Transtornos de comportamento da infância e adolescência	Reação não socializada agressiva da infância (ou adolescência) / Reação de fuga da infância (ou adolescência)	Não consta	Não consta
III (1980)	Transtornos geralmente diagnosticados pela primeira vez na infância e adolescência	Transtorno de Conduta	1.Subsocializado agressivo 2.Subsocializado não agressivo 3.Socializado agressivo 4.Socializado não agressivo	Não consta
III-R (1987)	Transtornos geralmente diagnosticados pela primeira vez na infância e adolescência	Transtorno de Conduta	1.Agressivo solitário 2.Grupal 3.Indiferenciado	Gravidade atual (leve, moderado, severo)
IV (1994)	Transtornos geralmente diagnosticados pela primeira vez na infância ou	Transtorno de Conduta	1. com início na infância (antes dos 10 anos de idade) 2. com início na adolescência (a partir	Gravidade atual (leve, moderado, severo)

⁸ Nesta edição, não há uma categoria específica da infância e adolescência. Esta classificação é a que mais se aproxima do que depois será chamado de “transtorno de personalidade antissocial” em adultos e “transtorno de conduta” em crianças/adolescentes.

	adolescência		dos 10 anos de idade)	
IV-TR (2000)	Transtornos geralmente diagnosticados pela primeira vez na infância ou adolescência	Transtorno de Conduta	1. com início na infância (antes dos 10 anos de idade) 2. com início na adolescência (a partir dos 10 anos de idade) 3. não especificado	Gravidade atual (leve, moderado, grave)
V (2013)	Transtornos Disruptivos do Controle de Impulsos e da Conduta ⁹	Transtorno de Conduta	1. com início na infância (antes dos 10 anos de idade) 2. com início na adolescência (a partir dos 10 anos de idade) 3. não especificado	1. Com emoções pró-sociais limitadas 2. Gravidade atual (leve, moderado, grave)

Fonte: organizado pela primeira autora do texto, a partir de consulta aos DSM.

Uma análise do quadro nos permite destacar alguns elementos relativos à emergência do diagnóstico de transtorno de conduta, assim como o desaparecimento de certas referências.

É no contexto da terceira edição do DSM que surge o “transtorno de conduta”, englobando os comportamentos anteriormente descritos como “reação não socializada agressiva da infância (ou adolescência)” e “reação de fuga da infância (ou adolescência)”.

O termo “reação”, que está presente nos DSM I e II, e não aparece mais a partir da terceira edição, faz alusão à psicobiologia de Adolfo Meyer, na qual a doença é entendida como reação “psicobiológica” a aspectos físicos, mentais, tensões e hábitos (ASSUMPÇÃO JR., 2003). Meyer centrava-se na abordagem etiológica enquanto processos psíquicos dinâmicos envolvidos nas bases de um sintoma, de modo que o mais importante era considerar a história de vida dos pacientes (AGUIAR, 2004).

Alguns desses aspectos psicossociais ainda permanecem nas edições seguintes, mas perdem destaque e não são determinantes para a classificação

⁹ No prefácio desta edição, explica-se que a organização dos capítulos mudou de modo que diagnósticos mais frequentes na infância estão no início do manual, enquanto que transtornos mais aplicáveis à idade adulta estão no final (APA, 2014).

diagnóstica. O “transtorno de conduta” aparecerá com a perspectiva descritiva proposta no DSM III:

A característica essencial é um padrão repetitivo e persistente de conduta em que ou os direitos básicos de outros ou as principais normas ou regras da sociedade apropriadas para a idade são violadas. A conduta é mais grave do que travessuras e brincadeiras comuns de crianças e adolescentes (APA, 1980, p. 45, tradução nossa).

O DSM III propõe a distinção entre tipos “subsociado” e “socializado” dentro da categoria “transtorno de conduta”. Essa distinção é caracterizada pela apresentação ou não dos seguintes padrões de comportamento (APA, 1980, p. 49, tradução nossa):

- (1) tem uma ou mais amizades entre pares que duraram seis meses
- (2) ajuda os outros, mesmo quando não há vantagem provável
- (3) aparentemente sente culpa ou remorso quando tal reação é apropriada (Não apenas quando pego ou em dificuldade)
- (4) evita culpar ou informar sobre companheiros
- (5) mostra preocupação com o bem-estar de amigos ou companheiros

Para pertencer ao subtipo “socializado”, o indivíduo deve apresentar pelo menos duas dessas características, sendo o “subsociado” aquele que não apresenta mais de uma das características. Este último subtipo é caracterizado por uma “falha em estabelecer um grau normal de afeto, empatia ou vínculo com outros” (APA, 1980, p. 48, tradução nossa). Cada um desses subtipos pode estar atrelado a comportamentos “agressivos” ou “não agressivos”, compondo as quatro categorias possíveis a esse diagnóstico neste momento: “socializado agressivo”, “socializado não agressivo”, “subsociado agressivo”, “subsociado não agressivo”.

Cabe sinalizar, porém, que a própria apresentação do “transtorno de conduta” no DSM III aponta divergências, mostrando que não há consenso em relação ao critério diagnóstico:

Alguns pesquisadores acreditam que seria mais útil uma distinção com base na variedade, frequência e gravidade do comportamento antissocial ao invés do tipo de perturbação, enquanto outros

acreditam que os tipos Subsocializado e Socializado representam distúrbios distintos (APA, 1980, p. 45, tradução nossa).

No DSM III-R, apesar de ainda haver subtipos referentes a relações sociais (grupais, agressivo solitário ou indiferenciado), já encontramos uma única lista de comportamentos, com a indicação de que o diagnóstico deve pautar-se na realização de pelo menos três dos treze, nos últimos seis meses – o que torna a classificação mais focada na descrição de comportamentos, que vão de mentira e fraude escolar a assalto à mão armada e relações sexuais forçadas. A partir daí, existem níveis de gravidade do “transtorno de conduta”, de leve a grave, dependendo da quantidade de critérios preenchidos e dos danos causados aos outros. Esta espécie de inventário dos afetos e dos graus de agressividade e/ou de socialização/empatia e vínculo, iniciada no DSM III, ganha centralidade no Manual e se mantém até sua quinta e última edição, enquanto os sentidos de fuga e de reação agressiva saem de cena definitivamente. Os comportamentos tomados em sua expressão isolada e em sua aparição quantitativa situarão as crianças e adolescentes em um quantum de normalidade/anormalidade, retirando dos atos sua dimensão relacional.

Na quarta edição do DSM, os subtipos passam a ser determinados pela idade de aparecimento dos sintomas e a divisão entre “socializado” e “subsocializado” (existente no DSM III), ou “agressivo solitário” e “grupais” (presente no DSM III-R) desaparece. Interessante notar que o que se mantém é o perfil descrito no DSM III como “subsocializado”, não havendo mais a possibilidade de um perfil “socializado” nessa categoria diagnóstica. No DSM IV, as características de “indivíduos com transtornos de conduta” são descritas não mais enquanto presença ou ausência de comportamentos “socializados”, mas como afirmação de seu oposto. Apesar de não serem apresentadas como um padrão definido, e sim como características que podem aparecer, não há a descrição de outra possibilidade.

No DSM V, essas características (insensibilidade, falta de empatia, ausência de remorso ou culpa, despreocupação com desempenho e afeto superficial) passarão a ser designadas como “com emoções pró-sociais limitadas” – aspecto que exige a apresentação de ao menos dois desses descritores por no mínimo 12 meses em vários relacionamentos e ambientes. Ainda que o texto do DSM mencione que “a minoria dos indivíduos com

transtorno de conduta apresenta características necessárias para o especificador ‘com emoções pró-sociais limitadas’” (APA, 2014, p. 472), entendemos que a oferta desses indicadores (e somente esses) como possíveis reflexos de um “padrão típico de funcionamento interpessoal e emocional do indivíduo” (p. 470), pode favorecer a articulação dos comportamentos descritos a tais características. Tal associação pode levar a conclusões reducionistas e individualistas do tipo: “agrediu porque é insensível”, “violou regras porque não sente culpa”, “faltou à escola porque não se preocupa com seu desempenho”.

Além disso, essas características aproximam ainda mais o “transtorno de conduta” do “transtorno de personalidade antissocial”, diagnóstico destinado a adultos, que aparece como probabilidade futura àqueles diagnosticados com “transtorno de conduta” desde o DSM III – nesta edição, particularmente ao tipo “subsocializado agressivo”.

O DSM V indica que a maioria dos casos atinge “ajuste social” na vida adulta, porém, o tipo com início na infância é “preditor de pior prognóstico e de risco aumentado para comportamento criminal, transtorno da conduta e transtornos relacionados ao uso de substâncias na vida adulta” (p.473).

Como o “transtorno de oposição desafiante” é, desde o DSM IV, apontado como possível antecessor do “transtorno de conduta”, a possibilidade de um *continuum* psicopatológico está colocada: do “transtorno de oposição desafiante” ao “transtorno de conduta” e deste ao “transtorno de personalidade antissocial”.

Outra mudança que observamos é a organização dos capítulos no DSM V: não há mais um capítulo específico aos transtornos geralmente identificados na infância e adolescência. Essa alteração parece ser consequência de um modelo descritivo de classificação que, visando cada vez mais objetividade e padronização, desconsidera peculiaridades de crianças e adolescentes, aplicando a seus sofrimentos a mesma lógica do diagnóstico destinado aos adultos (GUARIDO, 2007).

Perde-se, assim, a singularidade conquistada com a constituição de uma psicologia específica da criança e de seu desenvolvimento que permite, após a década de 1930, a formação de uma clínica psiquiátrica infantil não mais justificada por danos cerebrais, nem inteiramente embasada sobre observação

e descrição de estados patológicos, mas que considera a mutabilidade da infância e a impossibilidade de definir trajetórias e estruturas fixas (BERCHERIE, 2001).

É evidente, portanto, que, apesar da pretensão de neutralidade e da tentativa de formulação de classificações a-teóricas a partir da terceira edição do DSM, seus textos trazem sérias implicações clínicas e políticas.

Importante lembrarmos que há autores dentro da psiquiatria que interrogam o agrupamento de comportamentos antissociais em uma classificação psicopatológica. O célebre Manual de Psiquiatria Infantil do psiquiatra francês Julian de Ajuriaguerra considera a criança um sujeito em evolução não isolado do meio no qual se desenvolve e defende uma abordagem pluridimensional de psiquiatria infantil. A primeira edição desse manual foi publicada na década de 1970 e, portanto, antecede o surgimento do “transtorno de conduta” no DSM. Entretanto, no capítulo “A criança, o adolescente e a sociedade”, o autor discorre sobre a “*infância ou adolescência inadaptada*, cujos limites são difíceis de demarcar” (p. 856, grifo do autor).

Citando uma série de teorias e autores, Ajuriaguerra (1980) enfatiza a tênue linha entre diagnóstico e julgamento moral nessas classificações, o que dificulta uma abordagem terapêutica. Para ele, uma intervenção da psiquiatria só cabe em casos de crianças e adolescentes em conflito com a lei quando, mediante imposição de regras, são gerados conflitos a eles, não à sociedade. Afirma, de diversas formas, que o papel do psiquiatra “não é o de missionário da sociedade, mas de responder ao indivíduo, enquanto tal, em suas dificuldades” (p. 873).

Após o surgimento do termo “transtorno de conduta” no DSM, encontramos manuais que questionam a possibilidade de agrupar comportamentos cuja coerência enquanto entidade nosográfica seria somente descritiva, podendo indicar dificuldades diversas vividas pela criança ou adolescente (AJURIAGUERRA; MARCELLI, 1986; SZETERLING, 1994; LEWIS, 1995; MARCELLI; COHEN, 2009).

Outro ponto levantado é a importância de identificar a leitura que a criança faz de seus atos, bem como seu estágio singular de desenvolvimento, pois não podemos falar em roubo, por exemplo, antes de haver, por parte

daquele que rouba, uma diferenciação entre “eu” e “outro”, e entre “meu” e “não meu” (MARCELLI; COHEN, 2009).

Ademais, autores apontam ao fato de o conceito de delinquência responder às demandas das leis (GRUNSPUN, 1978; SZETERLING, 1994; LEWIS, 1995) e fazem uma sugestão de cautela para que a perspectiva clínica não se assemelhe a uma abordagem judicial.

Vemos, portanto, que, além da dificuldade de definir comportamentos “antissociais” em termos diagnósticos, há ainda a dificuldade em situar a psiquiatria em casos onde há intersecção com a justiça. Afinal, se manuais mais recentes referem que o “transtorno de conduta” perturba mais aos outros do que o próprio indivíduo, e colocam o “encarceramento” como possibilidade (por vezes única) de “tratamento” (IZUKAWA; COELHO, 2014), como distinguir uma prática em saúde de uma abordagem jurídica de defesa social?

4.2 Um caso “puro” de transtorno de conduta

Para selecionar um caso para acompanharmos, solicitamos à equipe do CAPS-IJ a indicação de crianças e adolescentes com diagnóstico de transtorno de conduta. O nome de Taís¹⁰ foi mencionado com bastante ênfase e, apesar de a maioria não a conhecer, a descreveram como “manipuladora, mentirosa, cruel e insensível”: “um caso clássico de transtorno de conduta”. Ou, segundo o psiquiatra, um caso de transtorno de conduta “puro”.

Taís, com onze anos de idade na época da pesquisa, havia sido encaminhada ao CAPS-IJ aos oito anos por psicóloga de clínica-escola onde fez psicoterapia. Em relação ao primeiro atendimento no CAPS, há em seu prontuário uma breve descrição de sua história e da queixa dos pais – descrição realizada a partir de relatos da mãe adotiva: Taís foi acolhida em serviço de acolhimento institucional ainda bebê e recebia visitas do pai biológico aos finais de semana. Quando tinha três anos de idade, o pai morreu e, na época, foi tentado contato com família estendida. Um tio demonstrou interesse em adotá-la, mas desistiu. Foi então adotada aos quatro anos de idade e desde então vive com esses pais.

¹⁰ Nome fictício.

Nesta primeira consulta no CAPS, a mãe relatou que Taís era agressiva, desafiadora, realizava pequenos furtos na escola e mentia muito. Os pais também se queixaram de falta de afetividade dela com eles.

De junho de 2014 até julho de 2016 (início da pesquisa), as intervenções realizadas pelo CAPS foram: 15 consultas médicas; 04 atendimentos (com psicóloga, assistente social, nutricionista e técnica de referência) sem continuidade; 01 tentativa de contato com psicóloga que encaminhou e 03 tentativas de contato com escola, todas sem sucesso. Como se pode depreender do conjunto de ações realizadas em dois anos, imperou a terapêutica medicamentosa e o pressuposto da não necessidade de outro tipo de cuidado (um “transtorno puro” indica sua não permeabilidade às terapêuticas?), assim como um não lugar para as inquietações da família.

Ao longo desses dois anos, foram prescritas 05 medicações diferentes: Metilfenidato, Fluoxetina, Lítio, Risperidona e Sertralina (Metilfenidato é um estimulante, Fluoxetina e Sertralina são antidepressivos, Lítio é um estabilizador de humor e Risperidona é um antipsicótico). As justificativas dessas mudanças não estão explicitadas no prontuário.

A classificação psicopatológica atribuída à Taís, já no primeiro atendimento, é “transtorno de conduta” ¹¹. O diagnóstico foi feito a partir da descrição de comportamentos sem qualquer investigação dos contextos que os circunscreviam e com quase nenhum contato com a menina de quem se falava. Vimos que, como alertam Figueiredo e Tenório (2002), a equivalência entre o diagnóstico descrito em sistemas de classificação e os sintomas observados faz com que a intervenção prescindia do paciente, de modo que as respostas às indagações suscitadas não sejam buscadas em sua fala.

Participando das consultas de Taís e seus pais com o psiquiatra e com a técnica de referência do serviço, percebemos que muitos comportamentos da menina eram logo lidos através das lentes de um transtorno, de forma que

¹¹ Cabe sinalizar aqui uma limitação deste estudo. Reconhecemos as variações do uso do diagnóstico de transtorno de conduta pelos profissionais de saúde mental, bem como a pluralidade de sentidos que estes podem adquirir. As exigências de atribuição de um diagnóstico inicial, quando da acolhida de um caso no serviço de saúde, com base na CID, podem, inclusive, impor um uso “operativo” com vistas à distinção de grandes quadros clínicos (por exemplo, entre quadros de caráter mais estruturantes ou reativos). Trabalhando em serviços de saúde mental, acompanhamos o uso desta indicação diagnóstica inclusive no sentido de valorizar a dimensão reativa e situacional do caso. Deste modo, uma estratégia de pesquisa que se mostra interessante é o da escuta desta variação na perspectiva dos profissionais. No escopo deste estudo, a opção pelo caso-traçador nos conduziu a evidenciar mais especificamente uma análise crítica deste uso.

qualquer tentativa de aproximação por parte dela ficava impedida enquanto uma suposta “falta de afetividade e vinculação” era frequentemente (re)afirmada.

Podemos retomar agora algo que, desde o início, nos chama muito a atenção: o termo “puro” atrelado ao “transtorno” de Taís. De acordo com o dicionário Aurélio, “puro” significa: sem mistura nem alteração; genuíno; sem impurezas; límpido, claro, transparente, cristalino.

O que seria um transtorno puro? Segundo o psiquiatra, não havia dúvidas em relação ao diagnóstico, pois a menina se encaixava perfeitamente nas descrições e definições desta classificação. A ideia de “puro” parece promover o “transtorno” a um patamar acima de quaisquer influências outras que não o próprio “transtorno”. São comportamentos sem história e sem enigma que não levam a investigações sobre a criança, sua família, seu território, seu percurso escolar, suas relações, etc. Além disso, a predição apareceu, neste caso, como mais um efeito colateral do diagnóstico. A partir de prognósticos de manuais psiquiátricos, características atuais eram entendidas como definitivas e limitantes futuras, de modo a anular a transitoriedade que é própria do tempo da infância.

Ao longo da pesquisa, (e, de certo modo, como efeito da “pergunt-ação” da pesquisadora), a equipe do CAPS quis conhecer Taís mais de perto e a convidou para participar de um grupo semanal. Quando passou a frequentar o serviço com mais frequência, os discursos sobre ela começaram a mudar. A profissional que fez o primeiro atendimento da família, e colocou “transtorno de conduta” como hipótese diagnóstica, era uma das coordenadoras dessa atividade e se surpreendeu com a participação de Taís: comentou que a achou muito adequada no grupo e que, no primeiro e único atendimento que fez com a família, entendeu que todo mal-estar dos pais advinha dos comportamentos “terríveis” da menina.

Em entrevista que realizei com a mãe de Taís, ora aparece arrependimento por ter adotado uma “criança com problema”, ora empatia e a hipótese – que não vemos inicialmente nos discursos da equipe – de que os furtos estão relacionados à história da filha: “uma necessidade de ter algo seu”, já que vivenciou muitos abandonos.

Ao final da pesquisa, propusemos à Taís que nos contasse sua história, como afirmação da importância clínica, ética e política de incluí-la na posição de falante no processo em que é tomada por objeto. Nesse encontro, realizado dentro do CAPS, levamos materiais gráficos e a deixamos livre para que fizesse/ falasse o que quisesse, do modo como quisesse. Dando notícias do lugar que lhe estava designado, Taís me chama para sentar ao seu lado dizendo: “pode sentar aqui, eu não mordo!”. Passamos a desenhar juntas e ela vai contando do que se lembra de antes e de quando conheceu seus “pais novos” (pais adotivos). Também me mostra uma música que compôs: “O amor é incrível, todo mundo vem, todo mundo vai, todo mundo vai...”. É sobre essas idas e vindas que ela conta? Taís canta. Cantamos, então, a sua música. E por essas vias compartilhadas, quando aceito seu convite e me coloco de fato ao seu lado, aparece uma menina que tem lembranças, que se diverte e que sente medo.

Entendemos que essas ricas e criativas expressões de Taís evidenciam sua vivacidade, bem como uma grande disponibilidade para se relacionar com o outro – desde que haja espaço para além dessa dinâmica que só permite ver alguém que “morde”.

5 DISCUSSÃO

Segundo Foucault (2006), a criança indisciplinável, o “pequeno indócil”, foi enredado pelo saber-poder da psiquiatria, psicopatologia, psicossociologia, psicocriminologia, psicanálise, etc. – instâncias que se destinaram desde o início do século XIX a todos os indisciplináveis. O que está em questão é um movimento mais geral de propagação do poder disciplinar, que vigia, avalia e administra espaço e tempo como tática de sujeição e ampliação da docilidade de corpos. Trata-se do domínio da ordem sobre o desvio, da competência sobre a ignorância, da normalidade sobre a desordem (FOUCAULT, 2006).

O movimento higienista foi um passo fundamental à consolidação do controle da conduta desviante da criança e da família por meio de estratégias classificatórias e intervencionistas.

No Brasil, a condição virtualmente perigosa da juventude encontrava respaldo no próprio Código de Menores de 1979, que previa internação para

fins correccionais dos chamados “menores em situação irregular” – não estando a “irregularidade” referida à pobreza, mas aos abandonados e delinquentes (LOBO, 2015).

Com o artigo 227 da Constituição de 1988 e o ECA de 1990, a doutrina da Proteção Integral das Nações Unidas é introduzida nas políticas infantojuvenis brasileiras, rompendo com o caráter repressivo e tutelar previsto no Código de Menores e visando a uma prática de proteção. Além disso, a adoção da Convenção dos Direitos da Criança e do Adolescente em 1989 aponta ao reconhecimento da singularidade da infância e à ampliação da possibilidade de uma atenção integral a esta população (VICENTIN, 2006). O antes “menor em situação irregular” passa a ser “criança/adolescente sujeito de direitos” e as medidas oferecidas frente à violação de seus direitos sociais devem ser protetivas e não mais pautadas na punição e no autoritarismo.

No entanto, muitas das práticas dirigidas às crianças e adolescentes atualizam as perspectivas tutelares. Assim, o “transtorno de conduta” pode ser considerado o sinônimo atual para a delinquência (OLIVEIRA, 2015b). Arthur Kaufman, professor do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, explicita sua posição a favor da redução da maioria penal amparando-se justamente nessa classificação, entendendo que a presença desse transtorno na infância “prevê delinquência na vida adulta” e que “para a perversidade inata, não há tratamento médico” (KAUFMAN, 2004, p. 106). Em relação aos “casos irrecuperáveis, somente seria aplicada ao *menor infrator* a medida de segurança, que poderia eventualmente mantê-lo confinado pelo maior tempo possível, caso não fosse constatada a cessação de sua *periculosidade*” (p. 106, grifos nossos).

O conceito de periculosidade, que aparece no Direito ao final do século XIX (MECLER, 2010), tem sua utilização psiquiátrica arguida pela própria Associação Americana de Psiquiatria (APA), que, em 1974, se posiciona comunicando ser esta uma noção jurídica e não um diagnóstico médico. Adverte ainda que não há competência científica para a psiquiatria predizer periculosidade, de modo que os médicos deveriam renunciar a julgamentos nessa área (LEONARDIS, 2003). No momento em que a psiquiatria se torna a ciência das condutas anormais, porém, a distinção entre terapêutica e punição,

hospital e prisão dá lugar à aliança medicina e judiciário em torno de uma função: detectar o perigo para neutralizá-lo (FOUCAULT, 2010).

Nos DSM IV e V, são indicados como fatores predisponentes ao desenvolvimento do “transtorno de conduta” a rejeição e negligência parental, abuso físico ou sexual, institucionalização precoce e mudanças frequentes de cuidadores (APA, 2000; APA, 2014). Vale lembrar que o pediatra e psicanalista Donald Winnicott, ao acompanhar a realocação de crianças na Inglaterra durante a Segunda Guerra Mundial, percebe uma estreita relação entre tendência antissocial e privação de ambiente adequado às necessidades da criança. Winnicott (2005) explica que a tendência antissocial é uma expressão saudável, pois mostra que a criança é capaz de reivindicar ao ambiente o que perdeu, compelindo-o a encarregar-se de cuidar dela. Entretanto, quando se constrói uma classificação em que a criança ou adolescente está localizada como violadora de regras sociais, e cujos critérios diagnósticos se pautam no que causam aos outros, não faz qualquer diferença se seus próprios direitos estão garantidos. É o que observamos no caso de Taís e na identificação da “pureza” de sua “patologia”.

Não há dúvidas de que os CAPS são dispositivos extremamente potentes, trabalhando a atenção em saúde mental com base numa perspectiva territorial e em rede (BRASIL, 2005). No entanto, é preciso estarmos atentos à coexistência de diferentes lógicas de cuidado no campo da saúde mental infanto-juvenil. Como apontam alguns estudiosos dos processos da Reforma em Saúde Mental (FOUCAULT, 2010; CAPONI, 2012), à medida que o modelo asilar entrou em declínio, emergiram as discursividades sobre os riscos e seus desdobramentos securitários, trazendo novas tensões entre cuidado e controle.

É preciso, porém, que exigências de produtividade e o automatismo do serviço não se sobreponham ao tempo exigido à aproximação e ao vínculo, e que os trabalhadores possam contar com espaços de discussão, reflexão e elaboração de suas práticas, para que codificações preestabelecidas não sejam saídas à falta de tempo e à impossibilidade de encontro com o outro.

É necessário também que a formação de profissionais de saúde inclua conhecimentos sobre a constituição subjetiva na infância, de modo que a perturbação no desenvolvimento da criança possa ser lida como expressão de impasses e dificuldades que abrangem uma multiplicidade de fatores e, assim,

utilizada como ponto de partida a investigações amplas e transdisciplinares (RABELLO, 2012).

Enquanto a criança rebelde, contestadora e indisciplinada, de que nos fala Foucault (2010), coloca questionamentos ao jogo de forças estabelecido (RAGO, 2015), a construção de um crivo de diagnóstico límpido, “puro”, inscreve as condutas que se distanciam do padrão como desviantes, como “transtorno de conduta”, acionando um circuito rígido e mecanicista que compele a etiquetar e corrigir os corpos onde fica situada a *anormalidade* (FOUCAULT, 2006). Têm-se aí as condições para que condutas e movimentos subversivos sejam invalidados e destinados à correção pelos aparatos disciplinares (FOUCAULT, 2006).

Nesta construção, a *função psi* (FOUCAULT, 2006) cumpre um papel estratégico, tanto ao produzir o discurso que informa o diagnóstico “puro”, pleno de certezas, ancorado nos sintomas descritos pelo DSM, quanto ao legitimar uma intervenção desimplicada e longe do “risco” produzido por crianças e adolescentes.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nossa intenção neste estudo foi pesquisar a classificação “transtorno de conduta” enquanto construção historicamente datada e imbricada nos contextos socioculturais em que emerge, problematizando a noção de uma classificação neutra e analisando seus usos nas práticas de saúde mental da infância e adolescência.

A pesquisa acompanhou um único caso e se restringiu a um único serviço, logo, os resultados, apesar de nos darem pistas sobre o uso do diagnóstico, estão circunscritos às condições e aos processos de trabalho de uma equipe, em determinado tempo. Ainda assim, foi possível constatar que a identificação de um “distúrbio” favorece à crescente normalização que controla a potência disruptiva da infância e impede a construção de projetos, clínicos e políticos, que incluam as crianças, suas reivindicações e conjunturas.

Ressaltamos, como contribuição deste estudo, que, nesta dupla injunção normalizante – a de medicalizar as investidas da criança em relação ao meio e ao mesmo tempo dela se manter à distância –, o “transtorno de conduta”

destitui qualquer conflitiva da criança em relação ao mundo ou ao mundo adulto. Como vimos ao longo das edições do DSM, sequer a noção de reação, que ainda implica a participação de um meio em relação ao qual a criança reage, parece ter qualquer lugar.

Por outro lado, pudemos perceber com Taís que a inventividade e imprevisibilidade da infância, em toda sua experimentação e contestação do que se torna óbvio, exigem e auxiliam construções que escapam às habituais prescrições e práticas estigmatizantes que ainda permeiam a clínica infantojuvenil.

Sugerimos que as investigações nesse campo incluam uma postura brincante, questionadora de certezas científicas que ocultam protestos e aflições de crianças e adolescentes, ameaçando seus direitos e amparando políticas excludentes. Trata-se de ir escutar essas vidas, tantas vezes silenciadas, “lá onde falam por si próprias” (FOUCAULT, 1992, p. 98).

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION. Diagnostic and statistical manual of mental disorders – *DSM-I*. Washington: American Psychiatric Association, 1952.

_____. Diagnostic and statistical manual of mental disorders – *DSM-II*. Washington: *American Psychiatric Association*, 1968.

_____. Diagnostic and statistical manual of mental disorders – *DSM-III*. Washington: *American Psychiatric Association*, 1980.

_____. Diagnostic and statistical manual of mental disorders – *DSM-III-R*. Washington: *American Psychiatric Association*, 1987.

_____. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – *DSM-IV*. Porto Alegre: *Artes Médicas Sul*, 2000.

_____. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – *DSM-IV-TR*. Porto Alegre: *Artmed*, 2011.

_____. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM-V. Porto Alegre: Artmed, 2014.

AGUIAR, Adriano Amaral de. *A psiquiatria no divã: entre as ciências da vida e a medicalização da existência*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2004.

AJURIAGUERRA, Julian de. *Manual de psiquiatria infantil*. Rio de Janeiro: Masson do Brasil, 1980.

AJURIAGUERRA, Julian de; MARCELLI, Daniel. *Manual de Psicopatologia infantil*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986.

ASSUMPÇÃO JR., Francisco Baptista. *Psiquiatria da infância e adolescência*. São Paulo: Santos, 1994.

BERCHERIE, Paul. *A clínica psiquiátrica da criança: estudo histórico*. In: CIRINO, O. *Psicanálise e psiquiatria com crianças: desenvolvimento ou estrutura*. Belo Horizonte: Autêntica, 2001.

BEZERRA JR., Benilton. *Introdução – A psiquiatria contemporânea e seus desafios*. In: ZORZANELLI, Rafaela; BEZERRA JR., Benilton; COSTA, Jurandir Freire. (Org.); *A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea*. Rio de Janeiro: Garamond, 2014.

BLIKSTEIN, Flávia. *Destinos de crianças: estudo sobre as internações de crianças e adolescentes em hospital público psiquiátrico*. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2012.

BRASIL. *Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990*. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília: *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, 1990.

BRASIL. *Ministério da Saúde*. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas*. Brasília: *Editora do Ministério da Saúde*, 2005.

CUNDA, Mateus Freitas. *Tramas empedradas de uma psicopatologia juvenil. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional)*. – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

FIGUEIREDO, Ana Cristina; TENÓRIO, Fernando. O diagnóstico em psiquiatria e psicanálise. *Revista de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, ano V, n. 1, p. 29-43, 2002.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz; MEHRY, Emerson Elias. Como temos armado e efetivado nossos estudos, que fundamentalmente investigam políticas e práticas sociais de gestão e de saúde? In: MATTOS, Ruben Araujo de; BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria (Org.). *Caminhos para análise das políticas de saúde*. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015.

FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 6ª ed., 1986.

_____. *O que é um autor?* Rio de Janeiro: Passagens, 1992.

_____. *O poder psiquiátrico: curso no Collège de France (1973-1974)*. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

_____. *Os anormais: curso no Collège de France (1974-1975)*. São Paulo: Martins Fontes, 2010.

GUARIDO, Renata. *A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na Educação*. Educação e Pesquisa. [online]. São Paulo, v. 33, n. 1, p. 151-161, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-4462008000400015&script=sci_arttext>. Acesso em: 28 janeiro 2016.

GRAMKOW, Gabriela. *Fronteiras psi-jurídicas na gestão da criminalidade juvenil: o caso Unidade Experimental de Saúde*. Tese (Doutorado em Psicologia Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo-PUCSP, São Paulo, 2011.

GRUNSPUN, Haim. *Distúrbios psiquiátricos da criança*. 3.ed. São Paulo: Atheneu, 1978.

IZUKAWA, Juliana Kimie; COELHO, Bruno Mendonça. *Transtorno de conduta*. In: COELHO, Bruno Mendonça; PEREIRA, Juliana Gomes; ASSUMPÇÃO, Tatiana Malheiros; SANTANA JR., Geilson Lima (Org.). *Psiquiatria da infância e da adolescência: guia para iniciantes*. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2014.

JOIA, Julia Hatakeyama. *As tóxicas linhas da abstinência: compulsoriedades nas interações psiquiátricas de crianças e adolescentes em*

situação e vulnerabilidade social. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2014.

KAUFMAN, Arthur. *Maioridade Penal*. Revista de Psiquiatria Clínica, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 105-106, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832004000200007>. Acesso em: 18 março 2017.

LEONARDIS, Ota de. *Estatuto y figuras de la peligrosidad social*. Entre psiquiatria reformada y sistema penal: notas sociológicas. Delito y Sociedad – Revista de Ciencias Sociales, Buenos Aires, vol. 1, n. 18/19, 2003.

LEWIS, Dorothy. *Transtorno de Conduta*. In: LEWIS, Melvin (Org.). Tratado de psiquiatria da infância e adolescência. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

LOBO, Lilia Ferreira. *Os infames da história: pobres, escravos e deficientes no Brasil*. 2.ed. Rio de Janeiro: Lamparina, 2015.

MARCELLI, Daniel; COHEN, David. *Infância e psicopatologia*. 7.ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

MECLER, Kátia. Periculosidade: evolução e aplicação do conceito. Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano. São Paulo, v. 20, n. 1, p. 70-82, 2010.

MUTARELLI, Andreia. *Estratégias de resistência à medicalização: a experiência francesa*. Tese (Doutorado no Programa de Pós-Graduação em Psicologia) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

OLIVEIRA, Adriano de. “Os recusados”. Uma experiência de moradia transitória infanto-juvenil no campo da saúde mental. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Pontifícia Católica de São Paulo. São Paulo, 2015a.

OLIVEIRA, Salete. *Psiquiatrização da ordem: neurociências, psiquiatria e direito*. In: RAGO, Margareth; VEIGA-NETO, Alfredo (Org.). Para uma vida não-fascista. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2015b.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde: CID-10 Décima revisão*. 3 ed. São Paulo: EDUSP, 1996.

RABELLO, Silvana. *A serviço de que pode estar a detecção precoce do autismo?* In: KUPFER, Maria Cristina Machado; BERNARDINO, Leda Mariza Fischer; MARIOTTO, Rosa Maria Marine (Org.). *Psicanálise e ações de prevenção na primeira infância*. São Paulo: Escuta/Fapesp, 2012.

RAGO, Margareth. Foucault, o *onanismo e a criança*. In: RESENDE, Haroldo de (Org.). *Michel Foucault: o governo da infância*. Belo Horizonte: Autêntica, 2015.

ROSA, Miriam Debieux; VICENTIN, Maria Cristina Gonçalves. *Os Intratáveis: o exílio do adolescente do laço social pelas noções de periculosidade e irrecuperabilidade*. *Psicologia Política*, São Paulo, v. 10, n. 19, p. 107-124, 2010.

ROSEMBERG, Fúlvia. MARIANO, Carmem Lúcia Sussel. *A convenção internacional sobre os direitos da criança: debates e tensões*. *Cadernos de Pesquisa*, São Paulo, v. 40, n. 141, p. 693-728, 2010.

SCHMID, Patrícia Cavalcanti; LEITE, Ligia Maria Costa; BENTES, Ana Lúcia Seabra. *Menor Infrator, menor louco? - O caso de Honório*. In: MORAES, Talvane (Org.). *Ética e Psiquiatria Forense*. Rio de Janeiro: Edições IPUB, 2001.

SZETERLING, Jaques. *Distúrbios anti-sociais*. In: ASSUMPÇÃO JR., Francisco Baptista. *Psiquiatria da infância e adolescência*. São Paulo: Santos, 1994.

VICENTIN, Maria Cristina Gonçalves. *Infância e adolescência: uma clínica necessariamente ampliada*. *Revista de Terapia Ocupacional*, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 10-17, 2006.

VICENTIN, Maria Cristina Gonçalves; GRAMKOW, Gabriela. *Pistas para um agir criancável nas experiências de conflito*. *Educação Temática Digital*, Campinas, v. 20, n. 2, p. 368-390, 2018.

WINNICOTT, Donald Woods. *Privação e delinquência*. São Paulo: Martins Fontes, 2005.