



UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO – PROPPG  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA – PPGPSI  
MESTRADO EM PSICOLOGIA

**TRANSTORNO DE OPOSIÇÃO DESAFIANTE E  
MEDICALIZAÇÃO DA INFÂNCIA: ASPECTOS  
HISTÓRICOS E CONCEITUAIS**

FELIPE BARBOSA DA SILVA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro como requisito parcial à obtenção do título de mestre em psicologia.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Deborah Uhr

Seropedica

2022

Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
Biblioteca Central / Seção de Processamento Técnico

Ficha catalográfica elaborada  
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

S586t

Silva, Felipe Barbosa da , 1992- Transtorno de Oposição Desafiante e medicalização da infância: aspectos históricos e conceituais / Felipe Barbosa da Silva. - Seropédica, 2022. 107 f.

Orientador: Deborah Uhr. Dissertação(Mestrado). - Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, PPGPSI, 2022.

1. Transtorno de Oposição desafiante. 2. Medicalização. 3. Infância. 4. Psicologia. I. Uhr, Deborah, ---, orient. II Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro. PPGPSI III. Título.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento **001**

This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Finance Code **001**

**UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA - PPGPSI**

**FELIPE BARBOSA DA SILVA**

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Psicologia**, no Curso de Pós-Graduação em Psicologia.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profª Drª Deborah Uhr (orientadora)

Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro - UFRRJ

---

Profª Drª Luna Rodrigues Freitas Silva

Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro - UFRRJ

---

Prof. Dr Rossano Cabral Lima

Universidade Estadual do Rio de Janeiro - UERJ

*(Assinado digitalmente em 01/06/2022 12:26 )*

DEBORAH UHR  
PROFESSOR DO MAGISTERIO SUPERIOR  
DeptPO (12.28.01.00.00.00.00.23)  
Matrícula: 1195374

*(Assinado digitalmente em 06/06/2022 11:41 )*

LUNA RODRIGUES FREITAS SILVA  
PROFESSOR DO MAGISTERIO SUPERIOR  
DeptPO (12.28.01.00.00.00.00.23)  
Matrícula: 2079602

*(Assinado digitalmente em  
06/06/2022 23:03 )*

ROSSANO CABRAL LIMA  
ASSINANTE EXTERNO CPF:  
830.334.676-87

## AGRADECIMENTOS

A Deus, por todas as conquistas que ele me ajudou a alcançar.

A meus pais, por terem me ensinado o valor do estudo e me incentivarem a avançar cada vez mais na construção do saber.

A minha esposa, Mariane, pelo carinho e suporte durante essa jornada e por me auxiliar nos momentos mais difíceis me dando ânimo e alento.

A meu irmão Tiago que sempre me deu o suporte para alcançar meus objetivos intelectuais e acadêmicos

A Stefani, minha irmã, pelo acolhimento e recepção durante o processo seletivo para o Mestrado e na construção desta dissertação.

A Adriane Pereira pelo apoio e incentivo durante o processo de redação deste trabalho e pela amizade desde a graduação.

A meus amigos, Fernando Cesar e Priscila Borges, com quem pude debater sobre as ideias e leituras realizadas ao longo deste percurso.

A todos os amigos que contribuíram com minha formação acadêmica durante a formação no mestrado, em especial a Macário, Taís, Michele, Thais. Sentirei saudades da troca de ideias que realizamos ao longo desse período.

A meus amigos que me acompanham durante toda minha trajetória acadêmica, especialmente Adriane Pereira, Lidyane Saraiva e Matheus Elias, obrigado por me auxiliarem no processo de adaptação ao mundo acadêmico e me ouvirem nos momentos mais difíceis deste percurso.

A meu mentor, Acyr Maia, por ter confiado em meu projeto inicial e me incentivado a realizar o processo de inscrição no Mestrado, sem seu auxílio e contribuições não seria possível ter chegado até aqui.

A Fátima Antunes, que me auxiliou no processo de desenvolvimento pessoal e profissional.

A minha orientadora, Deborah Uhr pela paciência e dedicação na construção do presente trabalho.

A banca avaliadora pela disponibilidade em avaliar meu trabalho e pelas contribuições feitas.

A todos os professores do PPGPSI da UFRRJ, que contribuíram com a minha formação e me apresentaram o mundo acadêmico e da pesquisa em psicologia.

## RESUMO

O presente trabalho tem por objetivo realizar um mapeamento do processo de constituição do Transtorno de Oposição Desafiante (TOD). O interesse no tema se deu pela crescente difusão deste diagnóstico no contexto brasileiro. Apesar de sua intensa utilização, poucos estudos a problematizam, buscando situar os condicionantes que levaram à sua proposição, bem como os efeitos do seu estabelecimento na terceira versão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM III). Neste trabalho pretendemos fazê-lo por meio de uma pesquisa bibliográfica. Para os capítulos 1 e 2 adotamos uma metodologia narrativa e para o capítulo 3 integrativa. Neste utilizamos como fonte de acesso aos materiais artigos e livros que tenham o TOD como seu assunto principal. O acesso aos artigos se deu através dos portais PUBMED e Scielo. Estruturamos a presente dissertação da seguinte maneira: no primeiro capítulo apresentamos o conceito de medicalização e os principais debates feitos sobre o mesmo, visando compreender seus usos e conceituações. No segundo capítulo discutimos o surgimento da infância como objeto de intervenção da psiquiatria e da própria Psiquiatria Infantil como um campo de saber e prática. Além disso, apresentamos a constituição e os preceitos da Psiquiatria do Desenvolvimento e sua relação com a Psiquiatria Biológica e os manuais classificatórios. Por fim, no terceiro capítulo estudamos a construção do TOD enquanto categoria diagnóstica, situando seus antecedentes históricos, os impasses aos quais ela responde e seus efeitos sociais e subjetivos. Nos resultados e discussão fica clara a dimensão medicalizante e adaptativa da categoria e a fragilidade de seus critérios diagnósticos.

**Palavras chave:** Transtorno de Oposição Desafiante; medicalização da Infância; DSM; Comportamentos Disruptivos.

## ABSTRACT

The present work aims to carry out a mapping of the process of constitution of Oppositional Defiant Disorder (ODD). The interest in the topic was due to the increasing diffusion of this diagnosis in the Brazilian context. Despite its intense use, few studies question it, seeking to situate the conditions that led to its proposition, as well as the effects of its establishment in the third version of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM III). In this work we intend to do so through an integrative review research. For chapters 1 and 2 we adopted a narrative methodology and for chapter 3 an integrative one. In this we use articles and books that have TOD as their main subject as a source of access to materials. Access to the articles took place through the portals PUBMED and Scielo. We structured this dissertation as follows: in the first chapter we present the concept of medicalization and the main debates about it, aiming to understand its uses and concepts. In the second chapter we discuss the emergence of childhood as an object of intervention by psychiatry and Child Psychiatry itself as a field of knowledge and practice. In addition, we present the constitution and precepts of Developmental Psychiatry and its relationship with Biological Psychiatry and classification manuals. Finally, in the third chapter we study the construction of TOD as a diagnostic category, placing its historical antecedents, the impasses to which it responds and its social and subjective effects. In the results and discussion, the medicalizing and adaptive dimension of the category and the fragility of its diagnostic criteria are clear.

**Keywords:** Oppositional Defiant Disorder; childhood medicalization; DSM; Disruptive Behaviors.

## **LISTA DE SIGLAS**

TOD- Transtorno de Oposição Desafiante

TO- Transtorno Opositivo

TDAH – Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade

TC- Transtorno de Conduta

CID- Classificação Internacional de Doenças

DSM- Manual Diagnóstico e Estatístico

AMA – Associação Americana de Medicina

OMS – Organização Mundial da Saúde

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1: Critérios Diagnósticos Transtorno Opositivo Desafiador de acordo com DSM III.....</b>	<b>77</b>
<b>Tabela 2: Critérios Diagnósticos Transtorno Opositivo Desafiador de acordo com DSM III –R.....</b>	<b>78</b>
<b>Tabela 3: Critérios Diagnósticos Transtorno Opositivo Desafiador de acordo com DSM IV .....</b>	<b>80</b>
<b>Tabela 4: Critérios Diagnósticos Transtorno Opositivo Desafiador de acordo com DSM 5.....</b>	<b>82</b>



## Sumário

INTRODUÇÃO.....	10
CAPÍTULO 1: O CONCEITO DE MEDICALIZAÇÃO: ORIGENS CRÍTICAS E MODULAÇÕES .....	17
1.1 Irving Zola e Ivan Illich: imperialismo médico e as primeiras leituras da medicalização .	18
1.2 – Os conceitos de medicalização e biopoder em Michel Foucault.....	22
1.3 – Peter Conrad e a medicalização como processo.....	29
1.4 – Biomedicalização e o lugar das inovações científicas.....	32
1.5- Medicalização e overdiagnosis: os efeitos da ampla medicalização.....	35
CAPÍTULO 2: A DESCOBERTA E MEDICALIZAÇÃO DA INFÂNCIA ATRAVÉS DA PSIQUIATRIA.....	39
2.1- A construção da infância enquanto objeto de intervenção da psiquiatria .....	39
2.2- A clínica psiquiátrica infantil .....	42
2.3- Psiquiatria infantil e Psiquiatria do Desenvolvimento: olhares sobre infância.....	47
2.4- O Processo de remedicalização da psiquiatria e as mudanças do DSM.....	56
CAPÍTULO 3: A CONSTRUÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNO DE OPOSIÇÃO DESAFIANTE (TOD).....	61
3.1- Antecedentes históricos.....	61
3.2- A infância no DSM: Surgimento e classificação dos comportamentos disruptivos e sua relação com o TOD.....	67
3.3- O diagnóstico de Transtorno de Oposição Desafiante no DSM.....	74
3.4- A vertente da Psiquiatria biológica: pontos favoráveis ao diagnóstico de Transtorno de Oposição Desafiante .....	83
3.5- Abordagens do Transtorno de Oposição Desafiante para além da Psiquiatria Biológica: críticas e pontos controversos.....	88
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	96
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	102

## INTRODUÇÃO

A presente dissertação tem como objetivo investigar a constituição do diagnóstico de Transtorno Opositivo Desafiador (TOD) procurando mapear como se deu a tomada da infância como um objeto de intervenção do saber psiquiátrico e como desvios de comportamento passaram a ser vistos como uma questão médica demandando intervenções baseadas nesse saber.

Inicialmente nossa pesquisa tinha outros objetivos. Procuraríamos analisar o estabelecimento e divulgação do Transtorno Desafiador Opositivo no Brasil e de que maneira os psiquiatras brasileiros se apropriaram dessa categoria. Elegemos o Transtorno Desafiador Opositivo (TDO) como objeto de análise pelo fato de o mesmo ser uma categoria relativamente nova, menos estudada que o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e com menos penetração que ele; não obstante, com crescente difusão no país.

Para analisar essa difusão, esperávamos investigar como os saberes e as práticas psiquiátricas são desenvolvidos no contexto brasileiro. O principal questionamento se relacionava à maneira como determinados diagnósticos são apropriados por parte dos psiquiatras e quais discursos são produzidos por parte desses profissionais, analisando especificamente a maneira como eles incidem sobre a infância. Para isso fizemos uma análise inicial de publicações em revistas voltadas para o público especializado.

A partir dessa investigação pretendia-se examinar de que modo essa categoria foi formulada e como a mesma foi debatida junto ao público especializado, a saber: profissionais de psiquiatria, apontando as principais leituras feitas sobre esses diagnósticos e os tipos de aplicações dos mesmos nesse contexto social. Isso se daria pela investigação do tema nos anais e programas dos congressos da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP).

Porém tais objetivos precisaram ser alterados ao longo de nossa pesquisa, pois em março de 2020 fomos atingidos pela pandemia de COVID-19, o que gerou o fechamento das bibliotecas das universidades públicas e da ABP, locais onde teríamos acesso às fontes primárias para a realização do nosso trabalho. Por esse motivo, deslocamos nosso interesse para a maneira como o diagnóstico foi sendo construído ao longo dos anos e de que forma a literatura especializada aborda o mesmo.

A justificativa para a escolha desse tema reside no fato de ele possuir um uso cada vez mais frequente, sobretudo em ambientes escolares, local no qual supomos que o diagnóstico desmedido de TOD causa mais prejuízos. Outro ponto relevante para a escolha deste objeto de pesquisa residiu no fato de o TOD ser considerado um fator de risco para problemas de

comportamento futuros, como fracasso escolar, dificuldades de socialização, criminalidade e transtornos mentais mais graves, como o Transtorno de Personalidade Antissocial. Assim, pretendemos mapear de que forma se deu a construção desse diagnóstico, as principais discussões em torno dessa categoria, de que forma ele tem sido abordado dentro da literatura especializada e quais são os pontos positivos e problemáticos do mesmo, tendo em vista seu potencial efeito estigmatizante.

A motivação pessoal para o presente trabalho se deu por uma experiência enquanto psicólogo escolar, na qual houve o contato com algumas crianças que receberam o referido diagnóstico, mas que na realidade em seu dia a dia apresentavam questões inerentes ao seu período de desenvolvimento, não necessariamente preenchendo os critérios referentes a esta categoria diagnóstica.

Ao mesmo tempo, percebemos que o discurso dos professores e demais profissionais da educação estava permeado por termos médicos e que, ao abordarem alguma ação das crianças que haviam recebido o diagnóstico de TOD, o faziam a partir de uma linguagem médica, muitas vezes deixando as questões pedagógicas de lado. A partir daí surgiu a seguinte pergunta de pesquisa: como se deu o desenvolvimento e a criação do Transtorno Desafiador de Oposição?

O interesse neste tema adveio também da observação do crescente número de diagnósticos psiquiátricos dirigidos ao público infante-juvenil, que supõem uma criança “psiquicamente saudável”, em geral alguém que não apresenta qualquer problema de comportamento e que em tese não desenvolverá nenhum tipo de dificuldades para o ajustamento a normas sociais na vida adulta. Deste modo, a presente pesquisa toca em questões tanto de ordem médica quanto de ordem jurídica, visto que o diagnóstico de TDO tem sido diretamente associado à ideia de criminalidade e delinquência (CAPONI, 2018).

Seguindo esta linha de raciocínio, ao analisarmos como o referido transtorno comparece nas revistas de grande circulação no Brasil, é notório que os debates em torno desta categoria vêm ganhando espaço tanto nas mídias quanto na escola, geralmente chamando atenção para os problemas futuros que as crianças podem apresentar. Em 2017, a *Revista Claudia*, voltada para o público feminino, publicou um artigo intitulado “**Rebelde com causa: conheça o Transtorno Desafiador de Oposição**”, no qual aborda o TOD com foco no público leigo.

O artigo relata o caso de uma criança que apresentava dificuldades para obedecer ordens e seguir regras. Após uma avaliação constatou-se que a mesma tinha TOD e a partir daí foi iniciado o tratamento medicamentoso e psicoterapêutico. O alerta principal diz respeito

ao fato de a criança não se adaptar aos ambientes nos quais é exposta a algum tipo de frustração e até mesmo culpar os professores e responsáveis por seus atos, dizendo que está apenas reagindo a ações deles.

Como causas do transtorno, salienta que há uma interação entre fatores genéticos e ambientais e por esse motivo é preciso que seja realizada uma consulta com o psiquiatra. Outro ponto abordado na matéria é que o TOD pode causar problemas futuros, como a dificuldade de concluir os estudos, relações sociais prejudicadas e até mesmo o transtorno de personalidade antissocial. Os autores destacam que as crianças que apresentam TOD possuem alterações nos exames de imagem cerebral, sendo as áreas mais prejudicadas as relativas a controle de impulsos, raciocínio e julgamento, o que leva a reações comportamentais exageradas, de acordo com a matéria.

Nela, afirma-se que o tratamento para este tipo de reações envolve a terapia individual e também o trabalho contínuo entre família e escola para que a criança venha a apresentar um bom comportamento nestes ambientes. O uso de medicamentos é recomendado para que as reações impulsivas sejam controladas. O artigo alerta ainda que, quanto mais cedo o tratamento for iniciado, menores são as chances de consequências negativas no futuro.

Seguindo a tendência de alinhamento entre psiquiatria, família e profissionais da educação, encontramos um artigo publicado na revista *Nova Escola* com o título de “**O que é o Transtorno Desafiador de Oposição**”, no qual apresenta as principais características deste diagnóstico e de que maneira a escola pode abordar o mesmo em seu dia a dia. Como no artigo anterior, destaca que o TOD é um transtorno complexo, que demanda intervenções tanto psicoterapêuticas quanto medicamentosas, chamando atenção sobretudo para o fato de que a origem do transtorno está em fatores cerebrais e genéticos, bem como em ambientes desestruturados, onde não há regras claras e definidas e faltam recursos financeiros. Afirma ainda que a criança não se vê como desafiadora e frequentemente culpa os adultos por seu comportamento.

A novidade do artigo reside no fato de ele destacar que, para o tratamento do TOD no dia a dia, é necessário que haja uma colaboração entre a família, escola e profissionais de saúde mental que atendem a criança. Uma das estratégias é que os pais possam estabelecer um conjunto de regras claras e definidas, sem que um desautorize o outro. Acredita-se que com isso a criança poderá entender quais comportamentos são considerados positivos e quais são negativos.

No que tange ao papel da escola, os profissionais envolvidos na educação da criança irão trabalhar de forma preventiva, observando quais comportamentos se assemelham aos

sintomas de TOD e com isso convocam os pais da criança para que eles estejam cientes destes comportamentos e possam procurar ajuda especializada. Aqui percebemos que a escola passa a incorporar o vocabulário médico em seu cotidiano, gerando com isso uma ampla possibilidade de medicalização da infância.

Por fim, outro artigo, publicado na revista *IstoÉ* em 2020 e intitulado “**quando a birra é considerada um transtorno**”, procura apresentar o TOD de uma forma explicativa para pessoas leigas, apontando a seriedade do transtorno caso não seja tratado. Logo em seu início, o artigo afirma que crianças com TOD não conseguem internalizar regras e por esse motivo perdem o controle. Afirma que este comportamento tende a perdurar até a adolescência e, caso não haja o tratamento adequado, como a terapia comportamental e o uso de medicamentos, o indivíduo diagnosticado poderá desenvolver questões mais sérias ao longo da vida.

Apresenta ainda uma entrevista com os autores do livro “Crianças Desafiadoras” que se propõe a ser um manual para os pais e pessoas que lidam com a criança diagnosticada com TOD, apresentando técnicas para lidar com suas crises. Outro detalhe que é colocado na reportagem é o fato de os autores do livro terem um filho com TOD, que inclusive escreve o prefácio da publicação. A matéria sinaliza que, a partir das técnicas propostas no livro, é possível ter uma vida “normal” a exemplo do filho do casal de autores.

Ao diferenciar o TOD da birra, os autores do artigo sinalizam que o primeiro é um padrão de reação emocional exagerada ao longo da vida do indivíduo, que tem início na infância e perdura até a adolescência. Já a birra acontece nos três primeiros anos de vida e com isso é importante que os pais estejam atentos a como a criança se comporta em casa, já que é neste ambiente que os primeiros sintomas do transtorno comparecem.

O artigo afirma ainda que só a partir dos anos 2000 surgiu a hipótese de que o TOD possuía uma origem em processos cerebrais, sobretudo nas áreas responsáveis por controle de emoções, o que sinaliza que o tratamento medicamentoso é uma via importante, e deve ser alinhado ao tratamento comportamental, tanto para as crianças quanto para os pais, para apreenderem a lidar com as reações emocionais dos filhos. Destaca também a importância da escola como um dos locais onde a criança aprenderá a lidar com as experiências de frustração ao longo da sua vida, sinalizando que a aprendizagem desse público se dá de maneira diferente e, portanto, deve ocorrer um planejamento mais elaborado e os conceitos devem ser passados de maneira mais lenta do que para os demais alunos. O estabelecimento de regras bem definidas é fundamental para essas crianças.

Deste modo, percebemos nos três artigos destacados que o TOD é trabalhado a partir de uma perspectiva medicalizada, que se alinha às propostas do DSM. Não encontramos artigos que visam traçar críticas à maneira como o diagnóstico está sendo utilizado. Antes disso, notamos que, de maneira geral, o referido transtorno é visto como uma categoria estabelecida, e por esse motivo pode ser amplamente divulgado para o público leigo (CONRAD, 2007; CAPONI, 2018).

Por esse motivo, consideramos importante mapear de que maneira a literatura especializada tem abordado o referido transtorno, compreendendo que fatores permitiram o seu estabelecimento enquanto um diagnóstico válido, bem como os antecedentes históricos do mesmo que contribuem para sua constituição. Também serão analisados os aspectos favoráveis e controversos do diagnóstico.

A fim de alcançar os objetivos apresentados acima utilizamos como método de pesquisa a revisão de literatura. Ela consiste num método de coleta de dados que permite a sintetização do conhecimento disponível sobre um determinado objeto de estudo através do acesso a fontes teóricas e empíricas. A pergunta que norteou nossa pesquisa foi a seguinte: de que maneira se deu o processo de constituição da categoria diagnóstica de Transtorno de Oposição Desafiante?

Para responder a esta pergunta organizamos a dissertação em três capítulos. No primeiro capítulo procuramos apresentar algumas abordagens sobre o conceito e medicalização. Este se mostra útil para nosso trabalho, pois versa sobre os discursos que são produzidos pelo saber médico e de que maneira ele captura aspectos cotidianos da vida dos indivíduos (Conrad, 2007). Também é relevante trabalhar a partir deste conceito, pois ele abre espaço para localizarmos como as questões relativas à infância passam a ser afetadas pelo saber médico.

No segundo capítulo analisamos como a infância foi construída enquanto um objeto de intervenção da psiquiatria, desde as abordagens clássicas das questões infantis, que consideravam que não era possível uma criança adoecer psicologicamente (Bercherie 1987/2001; Kanner, 1971), passando por teorias mais modernas, que consideram a importância do neurodesenvolvimento e da psiquiatria do desenvolvimento que ganhou força com a reformulação de como os manuais classificatórios se organizavam proposta a partir do DSM III.

Por fim, no terceiro capítulo apresentamos como se deu o desenvolvimento e formulação do Transtorno de Oposição Desafiante enquanto uma categoria diagnóstica e sua inclusão no DSM III. Em seguida, analisamos como se deu o interesse da psiquiatria pelos

comportamentos disruptivos a partir do DSM I e sua evolução até a chegada do DSM 5. Nosso foco se direciona para como o referido manual abordou o TOD enquanto uma categoria diagnóstica. Por fim, apresentamos quais são os principais pontos favoráveis e quais são as críticas direcionadas ao referido diagnóstico.

A revisão de literatura dos dois primeiros capítulos assumiu uma perspectiva narrativa e a do terceiro capítulo integrativa. Optamos pela composição de dois tipos de revisão de literatura porque aquela adotada nos capítulos 1 e 2, tinha por objetivo fundamentar teoricamente a pesquisa a ser desenvolvida no capítulo final. Já no capítulo 3 interessava-nos mapear a produção na área sobre o TOD. Como o tema ainda é pouco estudado, não foi possível delimitar critérios muito fechados para a busca de material. Apesar disso, estabelecemos alguns critérios mínimos para a busca de artigos e capítulos de livros. Igualmente procuramos estabelecer algumas fases da pesquisa, a saber: 1- Elaboração da pergunta norteadora; 2- Coleta de dados 3- Análise crítica dos estudos incluídos; 4- discussão e apresentação dos resultados de cada capítulo.

A busca por tais materiais se deu em duas bases de dados: PUBMED e SCIELO com o objetivo de mapear artigos que versam sobre o TOD, seja de maneira isolada, seja estudando o mesmo em relação ao TDAH e TC. Não limitamos nossa busca a um período específico, pois os materiais que abordam o Transtorno de Oposição Desafiante são publicados com grande período de diferença entre si, de maneira que definir um período específico poderia prejudicar nossos resultados. Também foram incluídos capítulos de livros que versam sobre comportamentos disruptivos ou que abordem a psiquiatria infantil e psiquiatria do desenvolvimento.

Os seguintes descritores foram utilizados para nossa busca: *Oppositional disorder*; *Oppositional defiant disorder*; *ODD*, bem como as combinações *Oppositional disorder and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder*; *Oppositional defiant disorder and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder*; *Oppositional Defiant disorder and conduct disorder*. Optamos pela literatura em língua inglesa, tendo em vista que a maior parte dos materiais que se alinham a proposta do DSM são escritos nesse idioma.

Alguns critérios de inclusão foram adotados: artigos e capítulos de livros que abordem a constituição do TOD enquanto categoria diagnóstica; artigos que abordem ferramentas terapêuticas utilizadas no tratamento do TOD; artigos que examinem as relações do TOD com as categorias diagnósticas de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade e também com a categoria de Transtorno de Conduta.

Adotamos os seguintes critérios, pois consideramos que eles permitem apreender de que forma se deu o desenvolvimento do referido diagnóstico e de que maneira ele foi sendo estabelecido dentro do contexto norte americano e pode ganhar lugar no DSM e demais manuais classificatórios, gerando uma consolidação da categoria ao longo dos anos.



## **CAPÍTULO 1: O CONCEITO DE MEDICALIZAÇÃO: ORIGENS CRÍTICAS E MODULAÇÕES**

No presente capítulo, realizaremos um breve panorama sobre o conceito de medicalização tendo em vista que o mesmo sofreu uma série de modulações ao longo dos anos, não possuindo um sentido hegemônico. Dessa forma, apresentaremos as principais abordagens do conceito visando à construção do mesmo ao longo dos anos para em seguida destacarmos a abordagem que utilizaremos em nossa pesquisa.

Medicalização é certamente um conceito chave no presente estudo, sendo o pano de fundo sobre o qual ela se assenta. Ao abordamos o conceito, percebemos que o mesmo começou a ser amplamente utilizado em pesquisas que se propõem a realizar uma análise social acerca do discurso e da prática médica numa perspectiva crítica. Embora seja um conceito potente, Zorzanelli et al (2014) consideram que muitas vezes ele é utilizado de maneira genérica, levando à perda da sua potencialidade teórica e conseqüentemente do seu valor crítico na literatura acadêmica.

Assim, o ponto central ao falarmos do conceito de medicalização reside no fato de que ele necessita ser avaliado dentro do contexto histórico no qual ele é aplicado. Isso implica dizer que esse contexto tem a capacidade de determinar o que pode ser considerado como uma forma de medicalização e que tipos de comportamentos passam a ser definidos como doenças ou não.

Por esse motivo, ao longo do capítulo exploraremos os sentidos dados ao conceito, analisando as principais formulações dos autores do campo. Iniciaremos com as contribuições trazidas pelos clássicos, a saber, Irving Zola e Ivan Illich. Michel Foucault também será incluído visto que o autor dialoga com a literatura dos anos 1970 e traz importantes elementos para analisar os impactos sociais e individuais do discurso médico.

Em seguida apresentaremos as contribuições de Peter Conrad acerca do processo de medicalização da vida, uma vez que ele é referência no campo e recebe destaque nesta dissertação. No terceiro momento de construção do presente capítulo serão discutidas as modulações que o conceito de medicalização assume dentro de uma perspectiva mais contemporânea, apresentando a maneira como outros autores se apropriam desse conceito e o modificam.

Sinalizamos que nosso objetivo não é realizar uma discussão exaustiva e aprofundada do conceito de medicalização, mas situar em que terreno teórico estamos amparando nosso trabalho.

### **1.1 Irving Zola e Ivan Illich: imperialismo médico e as primeiras leituras da medicalização**

Irving Zola (1971) foi um dos primeiros autores a discutir o fenômeno da medicalização, compreendendo-a como um efeito do imperialismo médico. Em seu texto “Medicine as an institution of social control”, afirma que a medicina se tornou a maior instituição de controle social, sendo vista como o novo repositório da verdade. Para ele, a novidade trazida pelo controle exercido através do poder médico é que os julgamentos não são mais feitos em nome da moral religiosa ou do direito, mas da saúde. Ao realizar essa mudança, a medicina remove os estigmas sociais que advinham da religião e do direito. Em contrapartida, insere essas questões existenciais em uma perspectiva médica, adotando uma suposta objetividade, com fim terapêutico.

O autor considera que a medicina sempre colocou questões sociais sob sua intervenção e que a prática médica produz efeitos na sociedade. Suas ações se davam em dois campos fundamentais: a saúde pública e a psiquiatria. Para a primeira, a ênfase estava na mudança de hábitos de vida com vistas a diminuir a circulação de doenças; já para a segunda tratava-se de intervir sobre os indivíduos desviantes, isolando-os, controlando-os.

Ao discutir a medicalização da sociedade, Zola afirma que inicialmente a medicina não foi uma área desenvolvida para o controle social. Isso só ocorreu no momento em que a prática médica ganhou a capacidade de determinar o que vem a ser doença e suas formas de tratamento, o que foi possível a partir de quatro procedimentos.

O primeiro deles se deu com a expansão dos domínios da medicina sobre a vida dos indivíduos. Zola (1971) afirma que, com a substituição do modelo unicausal de compreensão da doença para o multicausal, a medicina teve suas possibilidades de intervenção aumentadas, pois não só os sintomas seriam objeto de atuação destes profissionais. Dessa maneira, o médico não se limitava às queixas trazidas pelos pacientes na consulta. Questões de vida diária, hábitos, temores e preocupações também passaram a ser considerados para definir a terapêutica aplicada e eventualmente definir medidas de prevenção, ampliando o escopo da ação médica.

O segundo processo se deu com a tomada do controle absoluto de procedimentos técnicos por parte dos médicos, como realização de cirurgias e prescrição de medicamentos. Zola (1971) argumenta que a ampliação do alcance da medicina foi tamanha que as cirurgias puderam exceder o propósito de solução de problemas de saúde, como naquelas de caráter estético. Já ao referir-se à prescrição de medicamentos, o autor salienta que os psicofármacos têm sido cada vez mais utilizados para o tratamento de estados psicossociais. Com isso, na

maioria dos casos, eles são usados por pessoas que não necessariamente apresentam um diagnóstico de transtorno mental, sendo destinadas ao aprimoramento de estados de humor.

O terceiro processo está associado à discussão de questões anteriormente consideradas tabus. Zola (1971) destaca que a medicina detém a licença quase exclusiva para abordar temas como alcoolismo, envelhecimento, uso de substâncias e gravidez. O médico é visto como profissional apto a ajudar os indivíduos a enfrentarem tais questões, sendo capaz de fornecer intervenções tanto para o nível coletivo quanto para o nível individual. Zola entende que isso elevou a demanda para a medicina solucionar questões pessoais.

O quarto processo que difunde a medicalização e o imperialismo médico é a expansão do que, na medicina, é considerado relevante para as boas práticas de vida. Zola (1971) destaca que se assistiu a uma expansão do uso do vocabulário médico para uma série de aspectos da vida. Afirma que uma proposição ganha mais relevância quando é expressa em termos médicos, o que demonstra que a medicina estendeu sua expertise para as práticas sociais, legislando sobre temas que inicialmente não estavam em seu horizonte de intervenção.

Ao analisar as possíveis consequências do controle exercido pela medicina, o autor assinala que as questões de vida cotidiana que podem sofrer algum tipo de medicalização são cada vez maiores e expandidas de muitas maneiras. Afirma que isso não é meramente um efeito da expansão de categorias médicas ou ainda do exercício da medicina, sendo resultado de uma crença compartilhada de que há algo errado no organismo dos indivíduos e de que a medicina teria uma solução para essas questões.

Assim, a questão central para o autor é que a medicina está ampliando seu campo de intervenção respondendo à demanda social de aumento do tempo de vida produtiva. Zola afirma que devem ser levadas em consideração as consequências desse processo sobre os indivíduos e o ambiente, e adverte que as liberdades individuais não devem ser sacrificadas em nome da saúde ou de práticas que supostamente irão garanti-la.

Este último aspecto - da perda das liberdades individuais - e também o da incidência da medicina sobre a vida cotidiana encontram eco em Ivan Illich, um dos autores mais importantes nas primeiras teorizações sobre a medicalização. Em sua obra “A expropriação da saúde: Nemesis da medicina”, de 1975, o autor considera que a medicina invade a vida dos indivíduos, colonizando-a. Essa colonização cria uma forma de interpretação médica dos problemas cotidianos e faz com que os indivíduos percam a capacidade de criar soluções autônomas visto que o saber médico as desvaloriza.

Para o autor, a medicina não reconhecera limites e por esse motivo sua aplicabilidade atingiria virtualmente todas as áreas da vida dos indivíduos. As intervenções médicas voltadas a prevenção, terapêuticas e diagnósticos clínicos ultrapassariam um limiar que garantiria a autonomia dos indivíduos e conseqüentemente seriam uma das fontes de iatrogenia. Para ele, a medicina seria um dos fatores de risco para a saúde.

Illich (1975, p, 32) chama de iatrogenia “os efeitos não desejados provocados pela empresa médica sobre a saúde, não apenas por seu impacto direto, mas igualmente pelas transformações que opera ao nível social e ao nível simbólico”. Nessa visão, os aparelhos de intervenção médica seriam agentes patológicos e produziram doenças.

O conceito de iatrogenia ganha três modulações dentro da obra do autor. A primeira é o que ele chama de iatrogenia clínica. Aqui Illich visa localizar os resultados adversos oriundos das terapêuticas médicas como ponto central, sendo os efeitos colaterais, cirurgias e negligências médicas suas principais formas de manifestação.

O segundo nível da iatrogenia é o da iatrogênese social. Segundo Illich (1975), esse nível corresponde aos danos causados pela prática médica dentro dos espaços sociais, sendo lido como uma medicalização social. A ideia central do autor nesse ponto é demonstrar como os atos médicos causam efeitos e prejuízos sociais e não no nível individual.

Na perspectiva do autor, os indivíduos sofrem pois há a produção de uma sociedade mórbida por meio dos atos medicalizantes. Entre os exemplos citados por Illich (1975) encontram-se a medicalização do orçamento, a invasão farmacêutica, a medicalização das categorias sociais. O autor se dedica a tecer críticas especialmente ao fato de haver uma espécie de medicalização de fases distintas da vida de cada indivíduo. A velhice, por exemplo, se torna uma questão sobre a qual geriatras irão dedicar-se; também a gestação e o parto se tornam objetos de intervenção médica. Nessa perspectiva, Illich sinaliza que a vida passa a ser lida não como uma sucessão de fatos, mas como uma sucessão de fases que se tornam mais ou menos medicalizadas de acordo com o que a prática médica tem tomado como manifestação de patologia.

Um último ponto que assinala a medicalização dos espaços sociais é que os indivíduos podem se tornar pacientes sem necessariamente estarem doentes. A criação de diagnósticos seria uma das formas de manifestação desse ponto. As práticas preventivas em saúde seriam outra forma. Elas são vistas pelo autor como um modo de capturar os indivíduos e subordiná-los a algum tipo de tratamento médico, ainda que este tratamento tenha como intenção o resguardo de algum fator de risco.

Deste modo, na argumentação trazida por Illich, os médicos deixaram de atestar aqueles que estavam doentes e passaram a dedicar-se cada vez mais à manutenção da saúde através de práticas de cuidado. Isso produziu efeitos na saúde pública fazendo com que a ação individual em relação à própria saúde se tornasse impraticável, tendo em vista que se deixaria de considerar formas que cada um desenvolve pra lidar com seus estados de saúde. Como efeito, foi gerada uma demanda social por medicalização que fez com que tenhamos uma sociedade mórbida, cada vez mais dependente da medicalização e das instituições médicas. Para Illich, não importa se os tratamentos ofertados pela medicina são válidos ou seguros, o importante é que sejam analisados os efeitos obtidos com essa oferta e que tipo de sociedade isso produz.

A terceira manifestação da iatrogenia seria a iatrogênese estrutural. De acordo com Illich (1975), com o movimento de medicalização instituído pela medicina o sofrimento deixou de ser uma questão individual e de possuir destinos e significações singulares para tornar-se um problema técnico que deve receber um tratamento médico. Nesse sentido, as soluções que eram adotadas culturalmente para determinados problemas foram tecnificadas por meio da aplicação de princípios médicos e de medicamentos. Eventos inerentes à vida humana passaram a ser abordados pelo prisma da medicina.

Um dos fatores que contribuíram para que houvesse esse deslocamento foram os movimentos higienistas, que visavam aumentar os níveis de saúde da população a partir da aplicação de princípios médicos. Isso gerou uma dependência de profissionais, que prescrevem normas de conduta, o que na visão do autor faz com que haja um apagamento da individualidade e de soluções que independam de instrumentos médicos. Cabe notar que as prescrições médicas começaram a ser aplicadas a todos os domínios da vida, sejam eles fontes de doença ou não.

As críticas levantadas por Zola (1971) e Illich (1973) são relevantes quando pensamos a captura de questões cotidianas por parte da medicina e os efeitos dessa prática no dia a dia. A partir do conceito de iatrogenia por exemplo, percebemos as possíveis consequências negativas do domínio médico e com isso podemos refletir sobre o tipo de prática que é realizada por parte desse saber e quais os efeitos da mesma.

Com Zola (1971) é possível ampliarmos as discussões sobre a expansão do domínio da medicina para questões sociais ou problemas vivenciados pelos indivíduos em seu dia a dia, destacando que o saber médico reivindicou para si a expertise sobre questões como aborto, cirurgias e prescrição de medicamentos, o que deu aumento a importância social desses profissionais.

Ao discutir as ideias de Zola, Illich e outros autores do mesmo período, Lupton (1997) identifica uma crítica liberal ao domínio da medicina. Isso se apresenta pois esses autores visam localizar nos indivíduos - e na garantia de suas liberdades individuais e capacidade de aceitação ou recusa dos tratamentos médicos - a habilidade de lidarem com suas questões de vida e serem capazes de solucionar seus problemas de saúde.

A autora também reforça que, na perspectiva defendida por Zola (1971), os pacientes são colocados em posição de vulneráveis e demandantes por medicalização, tendo em vista que o vocabulário médico passa a ser aplicado a uma série de domínios e aspectos de vida. Em relação a Illich (1975), afirma que, apesar de suas ideias serem relevantes, sobretudo ao ressaltar o potencial iatrogênico da medicina, ele desconsidera a capacidade de alívio dos sintomas e cura das doenças, o que o faz suas críticas serem radicais e não refletirem os benefícios do saber médico no tratamento dos enfermos.

Por fim, Lupton (1997) sustenta ainda que as críticas ortodoxas à medicalização desconsideram que a prática médica, apesar de seus efeitos colaterais, contribuiu para que os indivíduos tenham alguns aspectos de sua vida melhorados na medida em que desenvolveu ações de prevenção, tratamento e cura para inúmeros problemas e agravos em saúde.

Concordamos com a autora e consideramos que, apesar de as críticas formuladas por Zola e Illich serem válidas e necessárias, elas merecem ser revisitadas à luz de leituras que ampliam a compreensão do processo de medicalização, dos atores nele envolvidos, de seus efeitos subjetivos e sociais. Nesta direção, a seguir apresentaremos as contribuições de Michel Foucault.

## **1.2 – Os conceitos de medicalização e biopoder em Michel Foucault**

As teses foucaultianas são relevantes para nosso trabalho pois demonstram a maneira pela qual a medicina expandiu seus domínios ao longo dos anos, tomando questões sociais para si e sendo um das agências de controle e regulação social. Esse tipo de movimento será analisado ao longo da presente dissertação, sobretudo nos capítulos 2 e 3, que tratam do surgimento da infância como objeto de intervenção psiquiátrica e da criação das *child guidance clinics* (clínicas de orientação infantil).

Concordamos com a hipótese levantada por Zorzanelli et al (2018) de que o conceito de medicalização em Foucault ganha dois grandes sentidos: o primeiro relacionado à sanitização das cidades e o segundo associado à medicalização indefinida. Partindo dessas noções foi possível o desenvolvimento do conceito de biopoder, que representa a tomada da vida como objeto de intervenção.

Analisando o primeiro sentido da medicalização em Foucault, expresso no artigo “O Nascimento da Medicina Social”, podemos afirmar que ela ocorre por meio de três processos de expansão do domínio médico e possui relações diretas com o nascimento da medicina social e o interesse por aspectos coletivos. Na perspectiva do autor, a medicina é em sua essência social e não deve ser considerada como uma prática individualizada (Foucault, 1979a/2010).

O primeiro processo se deu na Alemanha com o surgimento do que ficou conhecido como polícia médica ou *Medicina de Estado*. Aqui se observou o surgimento de um saber estatal que visava dar conta dos fenômenos de saúde da população levantando dados sobre seu funcionamento geral, político e econômico. Foucault (1979a/2010) aponta que as práticas médicas alemãs tinham como propósito efetivamente melhorar o nível de saúde da população geral. Essa polícia médica, formulada e aplicada entre os séculos XVII e XVIII, possuía alguns princípios. O primeiro deles foi o monitoramento dos fenômenos de saúde da população permitindo que seu nível fosse medido de uma maneira mais objetiva por meio de dados. Outro foi a normatização da formação e prática médica, unificando-a. Por fim, ocorreu a fiscalização e submissão dos procedimentos médicos à regulação estatal. O autor assinala que esses passos tiveram como consequência a formação de um saber conhecido como Medicina de Estado. Para ele, nenhum outro país adotou medidas tão subordinadas a um saber estatal para o cuidado de saúde de sua população.

O segundo processo de expansão da medicina se deu na França com a *Medicina Urbana* e a sanitização das cidades que estavam surgindo naquele momento (Foucault, 1979a/2010). Esta medicina visava organizar os espaços públicos separando os que estavam doentes dos sãos e intervindo nas cidades. Ela se desenvolveu a partir da intervenção em três objetos: o exame de lugares que pudessem provocar doenças dentro do espaço urbano, como os cemitérios; o controle da circulação objetos e coisas, sobretudo água e ar; a organização dos diferentes elementos que eram comuns à vida da cidade, evitando contaminação. Tais objetivos levaram, por exemplo, à criação de um plano hidrovial que visava minimizar os efeitos de mistura de água dentro do espaço urbano. Deste modo, na França a medicina foi convocada para resolver problemas sociais que estavam afetando a população. Não se tratava da aplicação individual da medicina; o foco se direcionava para a sociedade e para os problemas de organização urbana e sanitária desses espaços.

Por fim o terceiro movimento que permitiu a expansão da medicina social se deu na Inglaterra com a *Medicina dos Pobres* e a medicalização da força de trabalho. Até meados do século XIX a população mais pobre não era objeto de intervenção do estado inglês. Somente

após as epidemias urbanas e da percepção de que esse grupo poderia participar de revoluções e revoltas foi que se estabeleceu um controle sobre o mesmo. A Lei dos Pobres foi uma forma de fiscalização médica dessa classe, por meio da sua inserção no programa de assistência social e do mapeamento de doenças. Práticas como registro de epidemias, obrigatoriedade de declaração de doenças consideradas perigosas e eliminação de espaços considerados insalubres foram comuns nesse período e demonstravam que o foco de intervenção do Estado inglês se direcionava somente para as classes consideradas perigosas.

Essas características da medicina inglesa fizeram com que Foucault (1979a/2010) afirmasse que, diferente da medicina urbana que se fundou na França e da medicina de Estado preconizada na Alemanha, o que se pode observar é que a medicina inglesa visava o controle da saúde e do corpo das classes pobres dentro do território, objetivando torná-las aptas e produtivas e menos perigosas aos ricos.

Em paralelo a esses processos ocorreu a medicalização do espaço hospitalar como um elemento fundamental da ascensão da medicina enquanto um saber sobre as doenças. Em “O Nascimento do Hospital”, Foucault (1979c/2010) investiga de que maneira o hospital vai de um lugar onde os indivíduos iriam morrer para um espaço no qual se visa curar aqueles que chegam até lá.

O autor argumenta que nem sempre o espaço hospitalar foi visto como um local de cura dos doentes. Na Idade Média este local era útil para a vida urbana, mas não era oferecia tratamento para os que ali estavam. A medicina centrava-se no encontro individual entre médico e paciente e por vezes suas práticas visavam apenas diminuir os efeitos da doença ou atenuar seu curso. Com a sanitização das cidades e a expansão da medicina social, os médicos passaram a ocupar os espaços hospitalares e a entender de que maneira esse ambiente poderia ser melhorado. Procurou-se eliminar os efeitos nocivos do hospital, organizando os doentes e as rotinas que eram realizadas nesse local, numa prática disciplinar. Foram levados para o hospital ações já realizadas no âmbito social, como o registro dos dados epidemiológicos, sobre as ações médicas e seus efeitos, bem como a atenção aos fluxos de pessoas e objetos e à salubridade, entre outros. Todos esses elementos fazem parte do primeiro sentido do termo medicalização na obra foucaultiana.

O segundo sentido que o conceito de medicalização assume na obra de Foucault é chamado de “medicalização indefinida”, apresentado em “Crise da Medicina ou Crise da Antimedicina” (Foucault, 1974/2010). O nascimento da medicina social apresentado acima lançou as bases sobre as quais se deu a constituição da medicalização indefinida. Assim, tomando a sanitização dos espaços sociais e a regulamentação da prática médica como pontos



de partida, a medicalização indefinida tem sido um processo no qual as intervenções não estão direcionadas apenas para as queixas de sofrimento trazidas pelos indivíduos, mas para todo e qualquer aspecto da vida.

Podemos afirmar que foi tomando como partida o conceito de medicalização como uma maneira de ampliação do campo de atuação médica, somado à investigação das relações entre o corpo e a medicina, que Foucault formulou o conceito de biopoder, apresentado na Aula de 17 de Março de 1976 (Foucault, 1976/2005) e no último capítulo do primeiro volume do livro *História da Sexualidade* (Foucault, 1976/1999). Medicalização e biopoder não são sinônimos na obra deste autor, mas se relacionam entre si por se referirem à análise dos efeitos da prática médica (Guadenzi & Ortega, 2012).

Foucault (1976/1999) afirma que na passagem do séc. XVII para o séc. XVIII sucedeu uma mudança na maneira como o direito sobre a vida passou a ser organizado dentro das sociedades. Até o séc. XVII a vida era vista como algo que pertencia ao soberano e ele tinha a capacidade de matar um súdito ou deixá-lo viver. Essa prerrogativa seria utilizada em momentos nos quais a autoridade ou a vida do soberano fosse ameaçada. De acordo com o autor, este tipo de organização em torno do poder era característico das sociedades antigas e tinha no domínio sobre a vida e a morte sua manifestação mais potente. Nesse momento, portanto, a soberania se exercia no plano individual e o interesse era o de reprimir os indivíduos que transgrediam as normas estabelecidas.

Dois operações suscitaram o surgimento do biopoder, que substitui o poder soberano. A primeira se deu no século XVII com o que o autor chama de anamatopolítica. Esta operação é característica das sociedades disciplinares e tem como meta docilizar o corpo retirando dele a maior força de trabalho possível, fazendo com que ele se adapte às demandas econômicas que lhe são dirigidas. Esta é a marca das sociedades disciplinares.

A segunda surge com o deslocamento da atenção do corpo individual para o corpo espécie. Aqui os processos biológicos são tomados como centrais e não se restringem apenas à individualidade (Foucault, 1976/1999). Manter os níveis de saúde da população elevados e monitorar os possíveis fatores que interferem nestes é o objetivo principal da biopolítica da população. Com ela os mecanismos de poder sofrem uma mudança e passam a ser dirigidos para o plano da espécie e da população. Os fenômenos biológicos são monitorados e o interesse se volta para como fazer com que os indivíduos possam ter suas vidas prolongadas.

Nessa perspectiva, os fenômenos relacionados à duração da vida, suas nuances biológicas e como maximizar a saúde dos indivíduos são questões relevantes para a aplicação

do biopoder. A ideia principal é fazer com que o aumento da longevidade seja alcançado através de ações que visam maximizar a saúde física dos indivíduos.

A biopolítica da população se ocupa da vida e de sua duração e não da morte, como no poder soberano. A mensuração dos níveis de saúde, quantidade de habitantes, condições de higiene e econômicas são peças fundamentais nesse jogo, pois delimitam em quais campos o soberano deve exercer seu direito sobre a vida, visando maximizá-la. O objetivo fundamental é compreender as necessidades da população para alcançar um nível satisfatório de vida.

A medicina tem um papel fundamental para a estratégia biopolítica. As doenças passam a ser consideradas como estados permanentes dos indivíduos, gerando custos seja devido à baixa produtividade seja por conta de afastamentos do ambiente laboral (Foucault. 1976/2005). O autor afirma que foi com a normatização do saber médico que esta disciplina ganhou relevância para o combate de doenças e aumento da longevidade da população e seus níveis de saúde.

O biopoder vai focar em fenômenos que são globais, procurando intervir nos fatores que fazem com que eles surjam em oposição ao poder disciplinar, que se preocupava com as questões individuais e em como adestrar o corpo individual para que ele se tornasse mais produtivo. A ideia é diminuir a exposição das populações a tais fatores para que elas possam ter níveis de saúde e vida cada vez melhores, sendo com isso produtivas.

Aqui é importante salientarmos que o surgimento do biopoder não implica o abandono do poder disciplinar. Foucault admite que estes dois elementos vão interagir entre si para que possa ser feito um controle da população, uma vez que a biopoder possui duas vertentes: uma disciplinar, que foca no corpo do indivíduo, e outra coletiva, a chamada biopolítica, que se dirige à população.

Ao mapearmos o percurso teórico deste autor, percebemos que o controle do corpo enquanto espécie foi possível, pois foi acompanhado de mecanismos capazes de levantar dados e medir os níveis de saúde da população, bem como de condições de higiene que procuravam evitar que os indivíduos fossem acometidos por pandemias ou endemias. Tais mecanismos tornaram-se viáveis graças à constituição da medicina social e do processo de sanitização das cidades.

Da mesma forma, o controle dos aspectos cotidianos da vida por parte da medicina e a inserção destes no discurso biopolítico se deu com o avanço do discurso médico no meio social e a tomada da doença como um fenômeno que apresenta regularidades e uma história natural. É através da penetração do discurso médico em todas as esferas da vida que ocorre a tomada do ser humano enquanto espécie como um problema do biopoder. Isso não significa

dizer que o poder disciplinar deixou de existir, ao contrário, ele ainda vigora, pois a vigilância dos comportamentos e controle dos corpos é parte fundamental da sociedade contemporânea (MARTINS & JUNIOR, 2009).

Isso encontra expressão e ainda mais ênfase na atualidade, razão pela qual muitos autores têm adotado as teses foucaultianas para analisar aquilo que definem como biopolítica contemporânea. Nikolas Rose certamente é um dos autores mais proeminentes do campo, razão pela qual apresentaremos suas ideias no tópico dedicado a Foucault.

No texto “Biopolítica no século XXI”, Rose (2013) salienta que podemos observar alguns pontos cruciais através dos quais ocorrem mudanças na biopolítica atual. Eles são importantes, pois sinalizam de que maneira o saber médico está se adaptando às novas tecnologias e pensando suas práticas através dos avanços científicos.

O primeiro se refere ao foco dado pela biomedicina às questões moleculares. Neste ponto temos um olhar voltado para os processos internos que acontecem nas interações moleculares de cada indivíduo. O objetivo é identificar os possíveis processos envolvidos no adoecimento e cura para que se possa criar um saber molecular dos indivíduos. Desta forma o laboratório é o principal local onde a vida começa a ser pensado no nível molecular, investigando-se de que maneira a performance dos órgãos pode ser aprimorada ou modificada (Rose, 2013). A indústria farmacêutica também é afetada por esse movimento e inicia o processo de busca por medicamentos específicos que possam atuar nas moléculas de cada um, modulando suas capacidades e até mesmo humor.

O segundo ponto de mudança na biopolítica contemporânea se volta para o desenvolvimento de tecnologias de otimização dos indivíduos. O autor defende a tese de que as intervenções da medicina se voltam para prevenção de riscos futuros. A ideia não é curar as doenças, mas controlar os processos do corpo e da mente visando a melhora a performance. Assim, Rose (2013) afirma que devemos pensar nas ferramentas criadas pela medicina como tecnologias de otimização, pois atualmente é impossível imaginar domínios da vida que não sejam abertos à intervenção médica visando ao aprimoramento dos mesmos. Aqui temos as fronteiras entre tratamento e aprimoramento borradas tendo em vista que o foco se volta para o cálculo de como as capacidades físicas podem ser melhoradas visando um desempenho superior. A dimensão da susceptibilidade também se torna importante. O autor salienta que ela está relacionada com o risco de o indivíduo desenvolver uma determinada patologia. Acredita-se que, ao se mapear os genes que possivelmente influenciam o desenvolvimento de uma doença, é possível ofertar tratamentos cada vez mais eficazes e específicos, a esperança está na criação de medicamentos inteligentes.

O terceiro ponto de virada na biopolítica do século XXI está na maneira como a subjetivação dos indivíduos ocorre e se relaciona com os argumentos destacados anteriormente. Nessa perspectiva, saúde e doença são encaradas como questões individuais e os regimes políticos visam massificar essas ideias em seus cidadãos. Aqui a saúde se torna um bem em si mesma e desta maneira se busca consumir soluções que têm como objetivo melhorar as capacidades de desempenho de cada indivíduo. Sucede ainda uma mudança no papel que é desempenhado pelos pacientes. Ao invés de serem passivos frente as orientações médicas, espera-se que estes se apropriem do discurso médico e demandem soluções que visem aprimorar suas capacidades e com isso serem indivíduos melhores. Para Rose (2013), a linguagem biomédica se torna a principal forma de os indivíduos descreverem seus problemas e buscarem soluções que otimizem seu dia a dia.

Neste ponto, podemos estabelecer um diálogo entre as teses levantadas por Conrad (2007), que serão apresentadas no tópico seguinte e a exposição de Rose. A partir do fenômeno da medicalização dos aspectos cotidianos da vida, trazida pelo primeiro autor, diversos grupos sociais começam a demandar soluções para seus problemas de vida cotidianos e com isso possuem a capacidade de demandarem que um domínio de sua existência seja visto como um problema médico, demonstrando as apropriações possíveis deste vocabulário. Todos esses elementos mudam a maneira como o saber médico é percebido dentro das sociedades contemporâneas. O discurso destes profissionais é cada vez mais encarado como algo voltado para a especialidade em estilos de vida. Cabe a este saber delimitar que formas de vida são consideradas saudáveis e quais não o são e de que maneira os riscos de adoecimento podem ser atenuados. Assim os investimentos em saúde são cada vez mais frequentes e têm seu foco na maneira como aspectos da vida podem ser aprimorados. Isso abre possibilidades para uma interpretação dos indivíduos em termos moleculares.

Em trabalho anterior, Rose (2003) já havia abordado alguns desses temas ao investigar a forma como os indivíduos passaram a ser descritos como “eus químicos”. O autor salientou a relevância da indústria farmacêutica nesse processo e sinalizou que sobretudo os medicamentos psiquiátricos eram utilizados com o propósito de aprimorar ou modificar certos estados de humor dos indivíduos, visando o melhor desempenho dos mesmos. A maneira como o biopoder contemporâneo se apresenta volta-se para as demandas colocadas pelas sociedades capitalistas atuais e tem como foco o desempenho, a prevenção de riscos e a gestão de doenças crônicas.

Ao se debruçar sobre esses elementos, o biopoder tem como principal objetivo realizar a gestão dos indivíduos dentro das sociedades, visando eliminar os possíveis riscos para a saúde da população através do monitoramento de processos vitais e uso de intervenções medicamentosas. Mais uma vez é através da expansão do discurso médico e de suas tecnologias que isso é possível. A medicina assume outras modulações no biopoder contemporâneo, mas ainda é o principal discurso pelo qual ele se expande e ganha força (ROSE, 2013).

### 1.3 – Peter Conrad e a medicalização como processo

Numa linha um pouco diversa daquela adotada pelos autores clássicos da medicalização, como Zola e Illich, Peter Conrad assume que o processo de medicalização é algo neutro em si mesmo e não podemos considerar que ele, por si, traz somente malefícios aos indivíduos. Apresentando uma definição própria sobre o conceito de medicalização, o autor o define como processo pelo qual: “problemas não médicos passaram a ser definidos e tratados como problemas médicos, geralmente em termos de doenças ou distúrbios”<sup>1</sup> (CONRAD, 2007, p, 4).

Conrad é um dos autores mais proeminentes do campo e em sua obra analisa como se instituiu e se desenvolve a chamada medicalização da vida. Indica que sua ênfase, como estudioso do tema, se assenta sobre as questões conceituais relacionadas à medicalização e ao modo como essa alcançou as proporções atuais, incidindo sobre uma série de experiências cotidianas (Conrad, 1992, 2005, 2007).

Analisando as características do processo de medicalização, Conrad considera que os sociólogos direcionaram sua atenção para ele desde a década de 1960 em estudos relacionados aos comportamentos desviantes. As principais discussões sobre o tema se deram nas ciências sociais. Por isso, ele afirma que “parece óbvio que o interesse e as pesquisas sobre a medicalização estão crescendo e que a medicalização em si mesma também cresce”<sup>2</sup>, o que demonstra que o tema se tornou bastante estudado no meio acadêmico, geralmente com uma visão de crítica (CONRAD, 2007. p, 5).

---

<sup>1</sup> A presente passagem é uma tradução livre do texto original. Para facilitar a consulta do leitor, todas as vezes que fizermos citação direta colocaremos o trecho original no rodapé da página. A seguir destacamos o trecho traduzido: “*Medicalization*’ describes a process by which nonmedical problems become defined and treated as medical problems, usually in terms of illness and disorders.”

<sup>2</sup> No original “*It seems evident that interest in and research on medicalization is growing as medicalization itself is increasing.*”

Para ele, a chave para a análise da medicalização é a *definição*. Isto significa dizer que, para que haja medicalização, um problema ou um comportamento precisa ser definido em termos médicos, descrito usando uma linguagem médica e entendido através de uma estrutura médica. Entretanto, apesar de essa definição ser realizada por profissionais de medicina, não necessariamente eles são os atores que demandam a criação desses termos.

Outro ponto sinalizado por Conrad (2007) é que a medicalização é um *processo*, o que implica dizer que não é algo positivo ou negativo em si mesmo, apesar de o foco da maioria dos estudos se concentrar no que o autor chama de hipermedicalização e nos seus efeitos negativos sobre os indivíduos.

É interessante notar que, apesar de grande parte dos debates se direcionarem para os excessos de medicalização, conforme assinalado pelo autor, também se abre espaço para que o termo medicalização possa ganhar uma série de sentidos, de acordo com os atores envolvidos. Dessa forma, a medicalização é um processo interativo e não depende somente da medicina tomar um comportamento como foco de intervenção. Por vezes pode haver uma demanda social para que certo aspecto da vida seja medicalizado.

Conrad (2007) afirma que a definição de medicalização pode variar de acordo com a época e a relaciona à mudança de percepção acerca de questões da vida humana, que deixaram de ser vistas como imorais para assumirem um caráter médico, ou seja, migram “do pecado para a doença<sup>3</sup>”. Também aspectos comuns à vida cotidiana como ansiedade e humor são vistos como necessitando de tratamento médico. Práticas anteriormente moralmente condenáveis como o alcoolismo igualmente tiveram seu sentido alterado à medida que foram sendo abordados por uma ótica médica.

É importante sinalizar que o próprio Conrad afirma que o movimento de medicalização do alcoolismo, por exemplo, foi inicialmente realizado por outros atores, advindos do movimento dos Alcoólicos Anônimos e só posteriormente abraçado pela medicina, o que demonstra a pertinência de abordar o fenômeno da medicalização através da ótica da complexidade. Ocorre que a mudança de percepção em relação a um comportamento ser considerado ou não patológico traz consequências na forma como o indivíduo lida com sua própria vivência subjetiva e na forma como ela é vista dentro dos espaços sociais nos quais ele está inserido.

Outra característica da medicalização é que ela não precisa ser um processo total. Isso implica dizer que existem graus de medicalização, alguns casos podem não ser totalmente

---

<sup>3</sup> No original “*From sin to Sickness*”

medicalizados e possuem definições concorrentes entre si ou possuem uma definição que não é totalmente aceita pelos profissionais. A medicalização também pode ser bidirecional, ou seja, um aspecto da vida pode ser medicalizado e desmedicalizado. Porém, o autor sinaliza que, no século XX, verificou-se a tendência de expansão dos limites da medicina de maneira significativa e, nessa perspectiva, a maioria das experiências cotidianas dos indivíduos passaram a ser definidas e tratadas como problemas médicos (CONRAD, 2007).

De acordo com o autor, grande parte dos estudos que procuram investigar o crescimento da medicalização utilizam a ideia de construção social e se situam em três grandes eixos de análise: o primeiro referido ao poder e à autoridade médica, que teriam emergido tanto como uma forma de estabelecer um domínio profissional sobre determinados domínios da vida como em termos de colonização médica. O segundo eixo está relacionado ao fato de a medicalização ocorrer a partir de um grupo de interesses, sobretudo daqueles relacionados a laboratórios farmacêuticos e associações de pacientes. O terceiro é concernente à disputa entre algumas áreas de especialidades médicas onde os profissionais competem para definir o que e como será tratado por cada um.

Conrad (2007) indica que grupos que aparentemente estariam fora da medicina também podem ser fundamentais para que a medicalização de um comportamento ocorra, por exemplo, os laboratórios farmacêuticos. Na perspectiva do autor, tais grupos influenciam a definição de comportamentos que podem ser alvo de intervenção médica com o fito de ofertar novos medicamentos e terapêuticas. Também os pacientes podem utilizar determinados diagnósticos como forma de conseguirem direitos e com isso serem reconhecidos.

Nessa perspectiva, podemos afirmar que, em alguns casos, os pacientes ou outros grupos de interesse não são agentes passivos da medicalização, demandando que aspectos cotidianos venham a ser entendidos por meio de uma linguagem médica e sendo uma parte ativa da sua medicalização. Cabe notar, contudo, que isso só é possível graças à penetração do vocabulário médico na vida cotidiana.

Por esse motivo, pode-se estabelecer que, na visão deste autor, a medicalização é conceituada como um processo amplo e com diversas matrizes que fazem com que ela seja colocada em movimento, por vários atores. Na visão trazida por ele, a própria profissão médica possui graus de envolvimento na medicalização, sendo alguns aspectos objetos de forte intervenção médica, enquanto outros não.

A questão central para o autor reside no fato de a medicalização poder ser um dos meios que auxilia no alargamento de diagnósticos psiquiátricos e conseqüentemente no apagamento das diferenças individuais. Para ele, as sociedades mostram-se cada vez menos

tolerantes a sintomas não tão graves, o que indica que há espaço para o crescimento das práticas medicalizantes nesse terreno.

A nosso ver, a perspectiva adotada por Conrad (2007) traz inúmeros benefícios no que tange ao entendimento da medicalização e de suas implicações na vida cotidiana. A exemplo de Foucault, o autor analisa uma série de mudanças que culminaram na maneira como objetos que antes não eram foco de intervenção médica passaram a ser vistos como próprios do domínio da medicina.

O inovador na perspectiva adotada por ele é o fato de a medicalização ser diluída entre diversos atores e não necessariamente ser fruto de uma perspectiva médica. Para o autor, apesar de em alguns momentos a medicina ser determinante para que um fator seja medicalizado, ela não é vista como a única instituição que favorece a medicalização. Essa mudança de visão faz com que o lugar ocupado pelos laboratórios, pacientes e outros grupos de interesse seja colocado em evidência, bem como as aspirações sociais que rodam as concepções de saúde e doença, colocando o enfoque da medicalização enquanto algo complexo e multifacetado, abrindo espaço para modulações do conceito e outros debates, sobre o tema.

#### **1.4 – Biomedicalização e o lugar das inovações científicas**

Na direção da ampliação das pesquisas na área e da identificação das peculiaridades que o processo de medicalização assume hoje, Clarke et al (2013) chamam atenção para o que denominaram biomedicalização. Afirmam que este conceito “descreve os processos de medicalização cada vez mais complexos, multi situados e multidirecionais, estendidos e reconstituídos pelas novas formas sociais da biomedicina altamente tecnocientífica”<sup>4</sup> (CLARKE, et al, 2003 p. 161). Argumentam que as inovações científicas se encontram no centro da biomedicalização, pois permitem que sejam produzidas novas práticas e novos diagnósticos.

Associado a isso, Clarke et al (2003) salientam que a já comentada expansão da jurisdição médica também pode estar no centro da biomedicalização. Outro ponto destacado pelos autores diz respeito à expansão do conceito de saúde e o fato de a mesma ter se tornado um bem em si mesmo. Para os autores, isso fez com que houvesse uma responsabilização do

---

<sup>4</sup> No original: “*Biomedicalization describes the increasingly complex, multisited, multidirectional processes of medicalization, both extended and reconstituted through the new social forms of highly technoscientific biomedicine*”.



indivíduo, que deverá procurar ferramentas oferecidas pela biomedicina para manter-se saudável.

Outra maneira de interpretar o processo de biomedicalização é o fato de ela poder ser lida como expansão econômica e cultural do setor biomédico. Os autores afirmam que esse é um processo denso e multifacetado, o que faz com que tais inovações afetem diversos domínios e as práticas biomédicas que se desenvolvem com eles.

Fundamentando seu argumento, Clarke et al (2003) dedicam-se ao exame de como se deram as mudanças da medicalização para a biomedicalização. Afirmam que a medicalização ocorre com a expansão da medicina sobre assuntos que anteriormente não estavam sob seus domínios, transformando, por vezes, comportamentos socialmente indesejados em doenças. Destacam que este é um conceito amplo e historicamente determinado.

Sustentam que grande parte do que foi considerado como uma expansão do processo de medicalização, na realidade pode ser lido como as bases que fundamentaram a entrada da biomedicalização em cena, sobretudo quando se referiam a intervenções estéticas ou tratamentos que visavam dar conta de determinadas diferenças estigmatizadas (CLARKE, et al, 2003). Isso fez com que ocorresse a biomedicalização de fenômenos até então considerados normais.

Tais inovações são apresentadas como uma mudança que visava, com o aprimoramento da natureza externa, a transformação da natureza interna, ou seja, dos processos biológicos que ocorriam com o indivíduo. A ideia central apresentada pelos autores reside no fato de a biomedicalização ser um processo interativo e determinado historicamente por meio das inovações tecnocientíficas, integradas ao complexo médico industrial.

De acordo com Clarke et al (2003), são cinco os processos fundamentais para a instauração da biomedicalização. O primeiro processo é *econômico*: a formação do complexo médico-industrial nos Estados Unidos. Esse conceito coloca em evidência a produção corporativa e privatizada de uma série de produtos, pesquisas e serviços que se tornaram possíveis graças às inovações tecnocientíficas. Aqui, alguns grupos recebem muitas intervenções médicas, enquanto outros permanecem quase sem assistência à saúde; isso demonstra a desigualdade de renda na perspectiva dos autores.

O segundo processo está relacionado ao *foco direcionado à saúde, risco e monitoramento*. Nessa perspectiva, os autores argumentam que a saúde se tornou uma *commodity* que possui valor em si mesma e que pode ser restaurada com processos biomédicos, o que denominam de biomedicalização da saúde.

Clarke et al (2003) destacam que com isso a saúde é vista como uma espécie de obrigação moral dos indivíduos. Ela não é mais encarada como um estado que pode sofrer alterações ao longo do tempo, mas começa a ser encarada como algo que os indivíduos precisam esforçar-se para manter. Termos como promoção de saúde, fatores de risco e vigilância de comportamentos são práticas discursivas que apontam para essa nova perspectiva discursiva.

Por esse motivo, os autores argumentam que nas sociedades biomedicalizadas é comum que haja o foco em fatores de riscos e que os indivíduos sejam convidados a realizar uma espécie de auto monitoramento do seu estado de saúde. Sustentam que, nessa perspectiva, não é necessário que os indivíduos manifestem algum sintoma para que seja considerado como estando em um grupo de risco.

O terceiro processo que leva à biomedicalização é a *crescente tecnocientificização da medicina*. As inovações tecnológicas passam a ser incorporadas dentro da prática médica, modificando a maneira como é realizado o compartilhamento de dados dos pacientes. Os autores expõem que “o uso de computadores permite que mais aspectos da vida possam ser esquadrihados, quantificados e analisados em suas interrelações com os processos de saúde e doença” (CLARKE, et al, 2003. p,167).

O principal objetivo desse uso seria a redução de erros médicos, visto que, em um cenário onde tais erros podem ser diminuídos pelo uso de programas de computadores, os pacientes têm a possibilidade de optar por terem menos privacidade dentro de suas vidas de modo a se beneficiar de condutas terapêuticas mais precisas. Na argumentação dos autores, isso abre o caminho para que haja a biomedicalização dos comportamentos.

O quarto processo é a *transformação da informação e a produção e distribuição de conhecimentos em medicina*. Clarke et al (2003) apontam que as informações sobre o processo saúde e doença circulam em todos os tipos de mídia e que os usuários dos serviços têm acesso a elas de uma maneira mais simples. Isso faz com que a medicina esteja o centro das representações populares do que é ciência.

Deste modo, o lugar ocupado pelos pacientes é cada vez mais ativo, o que faz com que haja uma troca de informações entre os mesmos de maneira mais constante e ativa. Surgem associações que procuram que produzir sites, revistas e espaços de debates onde cada um pode narrar sua experiência com as doenças e os medicamentos ao longo de um período de tempo.

O quinto processo diz respeito à *transformação dos corpos e das identidades dos indivíduos*. O argumento central aqui reside no fato de a biomedicalização dos corpos ir além

da regulação física. O foco se direciona para o remodelamento e a transformação dos corpos em vários sentidos, incluindo mudanças e criação de identidades pelas quais os usuários dos serviços médicos se relacionariam com o mundo ao seu redor (CLARKE, et al, 2003).

A questão que se coloca nessa perspectiva é de que a biomedicalização não visaria a normalidade e controle dos corpos; ela ofereceria a possibilidade de regulação dos mesmos através da oferta de intervenções médicas, personalizando e por vezes exacerbando as diferenças presentes em cada um. Isso implicaria o surgimento de identidades tecnocientíficas, que dizem respeito a identidades baseadas que são construídas com base nas inovações biomédicas.

### **1.5- Medicalização e overdiagnosis: os efeitos da ampla medicalização**

Assumindo uma perspectiva bastante diversa de Clarke et al (2003) acerca do processo de medicalização e seus correlatos, Wieteke et al (2016) introduzem o debate sobre o chamado *overdiagnosis* (sobrediagnóstico). Suas análises são advindas de uma literatura médica preocupada em localizar os efeitos que as demandas sociais produzem sobre sua prática e de que maneira a medicina é impactada por elas. Os autores afirmam que, nos estudos sobre a medicalização, a capacidade de a medicina influenciar a sociedade é colocada em evidência mas poucos debates são feitos quando se trata de considerar o efeito reverso.

Essa perspectiva encontra-se alinhada com o que Conrad (2007) defende ao afirmar que outros grupos sociais podem demandar que certos aspectos da vida cotidiana sejam medicalizados e com isso possam garantir o acesso a determinados serviços ou adquirirem visibilidade sobre uma questão. Esse movimento se dá com a introdução do discurso médico.

Wieteke et al (2016) argumentam que os conceitos de medicalização e *overdiagnosis* se relacionam, mas não devem ser tomados como sinônimos. *Overdiagnosis* pode ser definido como a detecção de sub normalidades, que nunca irão chegar a incomodar os indivíduos ou se tornarem algum tipo de patologia. Já a medicalização é definida como um processo pelo qual problemas não médicos passam a ser entendidos e tratados como problemas médicos (WIETEKE et al, 2016).

Nesse sentido, a medicalização é entendida como um processo sem nenhum tipo de juízo de valor a priori. Em oposição, a ideia de sobre-diagnóstico aponta para um excesso em si, demonstrando uma penetração negativa da medicina dentro dos espaços sociais e na produção de sentido que os indivíduos fazem quando recebem algum tipo de diagnóstico.

Enquanto a medicalização representa uma expansão das fronteiras da medicina, o termo *overdiagnosis* seria uma forma de ofertar tratamentos que não necessariamente

apresentam benefícios para os pacientes tratados. Wieteke et al (2016) afirmam que tanto a ideia de medicalização quanto de *overdiagnosis* podem ser resultados de demandas sociais.

Quando se trata da medicalização, isso pode ser consequência de uma articulação social, que realiza demandas tendo em vista os possíveis benefícios sociais advindos do fato de uma condição ser entendida através do vocabulário médico. Já em relação ao *overdiagnosis*, os autores argumentam que existe a expectativa por parte dos indivíduos de que a medicina seja capaz de solucionar os problemas que eles estão vivenciando e por isso demandam deste saber uma resposta. Os indivíduos podem delegar à medicina intervenções que supostamente sanariam seus problemas (WIETEKE et al 2016).

Ao analisarem o conceito de medicalização, os autores salientam as noções trazidas por Ilich (1971) sobre o conceito de iatrogenia. Destacam que, nessa perspectiva, a medicalização é tomada como uma hiper expansão do imperialismo médico dentro dos espaços sociais. Atualmente a medicalização também é avaliada tomando como ponto de partida a ação de outros atores que não estariam dentro do campo médico, como a indústria farmacêutica, mídia e associações de pacientes.

Assim como Abraham (2010) e Bell et al (2012), Wieteke et al (2016) afirmam que os médicos são os agentes fundamentais para que a medicalização aconteça, porém em alguns momentos funcionam apenas como porta de entrada para que um comportamento seja medicalizado, sendo esse processo um resultado de demandas sociais já estabelecidas. A prática médica seria apenas uma forma de introduzir o indivíduo ao medicamento, visto que a demanda já estaria formulada antes do encontro médico – paciente.

Aqui é importante destacar um ponto central da argumentação dos autores. Para eles, a medicina, enquanto um discurso que permeia todos os aspectos da vida (Foucault, 2010/1976), não é uma variável importante para que tenhamos o *overdiagnosis*. Ao contrário, consideram que a medicina é um peça neutra que apenas atende as demandas sociais que lhes são dirigidas, procurando sanar as questões dos indivíduos. Wieteke et al (2016) insistem que a penetração do discurso médico em outras esferas da vida não tem relação com a amplitude que este discurso assumiu, mas sim com o fato de os usuários passarem a demandar soluções dos médicos e os mesmos apenas responderam a tais demandas.

Em contrapartida, autores como Conrad (2007) e Frances (2016) ratificam a importância da medicina nesse processo. Apontam como ela colocou sob sua alçada todos os aspectos da vida, medicalizando questões cotidianas que antes não despertavam seu interesse. Desta maneira, levou os indivíduos a interpretarem seus atos e o de pessoas que os cercam usando a linguagem médica.

Parece-nos que o tipo de interpretação feito por Wieteke et al (2016) advém do fato de os autores que utilizam este conceito serem em sua maioria graduados em medicina, sendo esta noção uma maneira de desresponsabilizá-los e contrariar as teses que salientam a expansão do campo de interesse dos mesmos. Nesse sentido, destacam que o *disease mongering* é uma das variáveis que influenciam os atores envolvidos na busca por medicalização, uma vez que atores fora do campo médico estariam envolvidos na venda da doença, sobretudo a indústria farmacêutica, através da promoção de determinadas patologias para os profissionais de medicina, promovendo com isso o sobre-diagnóstico.

A questão central abordada por Wieteke et al (2016) é que existiria um crescimento na demanda dos indivíduos e de outras entidades para que uma série de diagnósticos sejam realizados, sem que não necessariamente haja um quadro patológico instalado ou em progresso. Isso, na leitura dos mesmos, evidencia como outros atores sociais impactam a prática médica.

Deste modo, os autores procuram demonstrar as interrelações entre o conceito de medicalização e o de *overdiagnosis*, uma vez que apontam para uma demanda que é a macro-social. Afirmam que a medicalização pode ser tomada como uma das condições para que haja o sobre-diagnóstico, uma vez que ela demonstra uma série de normas sociais que, quando transgredidas, são corrigidas por meio de intervenções médicas, resultando em um diagnóstico ou algum tipo de intervenção terapêutica realizada no caso.

Assim, alguns comportamentos passam a ser pouco tolerados, o que faz com que haja a medicalização dos mesmos. Os indivíduos também podem introjetar esses tipos de normas e através delas realizar uma vigilância de seus comportamentos, consultando um médico para que os comportamentos desviantes sejam corrigidos.

A grande novidade trazida pelos autores que trabalham com o conceito de *overdiagnosis* é o fato de que esses mesmos pacientes podem pressionar o médico para que ele realize algum tipo de diagnóstico, ou muitas vezes demandar prescrições médicas para seus problemas (WIETEKE et al, 2016). Questionamos apenas se essas demandas se dão de maneira autônoma ou se possuem algum tipo de atravessamento com o saber médico amplamente divulgado dentro dos espaços sociais. Parece-nos que, por mais que os indivíduos realizem essa solicitação, ela possui relações com a produção médica.

Como apontam Rose (2003, 2013) e Clarke et al (2003), há crescente produção de subjetividades baseadas no discurso médico e nas inovações da tecnociência. Desse modo, podemos questionar as teses de Wieteke et al (2016) que afirmam que a medicina apenas

responde a demandas sociais e nada teria haver com o excesso de uso dos diagnósticos propostos por ela.

Se retornarmos as teses dos autores clássicos, sobretudo as de Foucault (2010/1976), percebemos que o vocabulário médico começou a ser utilizado para a definição de aspectos cotidianos e por esse motivo baseamos nossas experiências cotidianas nestas noções. Isto é efeito das respostas dadas pela medicina a problemas sociais que estavam presentes na sociedade e portanto teriam relação com seu saber, ao contrário do que afirmam Wieteke et al (2013).

Desta maneira compreendemos a importância tomada por outros atores sociais para a medicalização (Conrad, 2007). Porém, de maneira oposta ao que teorizam Wieteke et al (2013), a presença de outros atores não isenta o saber médico da decisão de intervir sobre os aspectos da vida cotidiana. Isto se dá pela penetração social do vocabulário médico e pelo aumento de inovações médicas, que não necessariamente se voltam para a cura de demandas físicas.

\*\*\*

Percebemos que os estudos sobre medicalização são muito relevantes no âmbito acadêmico, pois revelam, a partir de diferentes perspectivas, como aspectos cotidianos da vida passam a ser foco de intervenção médica. Especialmente útil para esta pesquisa é a abordagem proposta por Conrad (2007), que propõe a medicalização como a tomada de um comportamento que antes estava fora do domínio da medicina como uma questão médica.

Consideramos essa abordagem importante, pois ela permite que analisemos a expansão do vocabulário médico e como outros atores sociais são importantes para a medicalização de um dado aspecto da vida cotidiana. Ao estudarmos nosso objeto de pesquisa, percebemos que a definição do que é considerado patológico na infância passa pelo processo de interação entre diversos atores, sejam eles médicos, profissionais do direito ou da escola.

No próximo capítulo procuraremos demonstrar como a infância é um dos períodos da vida sobre os quais a medicalização incide sobremaneira, com frequência e intensidades variadas de acordo com a época e com o tipo de comportamento apresentado. Exploraremos as possíveis consequências desse ato e de que forma ele influencia na produção do DSM.

## **CAPÍTULO 2: A DESCOBERTA E MEDICALIZAÇÃO DA INFÂNCIA ATRAVÉS DA PSIQUIATRIA**

Nesse capítulo pretendemos apresentar como a infância se tornou objeto de intervenção da psiquiatria. Construimos nosso argumento tendo por base a noção de que a infância é uma construção social estabelecida somente a partir do século XVIII e que desde então foi instituída uma vigilância sobre as crianças e o ambiente no qual elas estão inseridas. A psiquiatria assume papel importante nesse processo, tendo atribuído a si a tarefa de monitorar esses indivíduos e suas famílias, bem como produzir discursos sobre a normalidade e a anormalidade. Procurou localizar neste período a origem dos transtornos no adulto, fazendo com que ele ganhasse relevância nos estudos psiquiátricos.

### **2.1- A construção da infância enquanto objeto de intervenção da psiquiatria**

Nessa seção analisaremos de que maneira a infância tornou-se um dos objetos privilegiados de intervenção da psiquiatria. Isso teve início com a atenção à família. Para Foucault (1973/2006), ela foi se tornando uma espécie de extensora do poder psiquiátrico a partir dos anos de 1860 e 1880. No ambiente familiar passou-se a observar os comportamentos da criança e a partir daí foram realizadas intervenções que visavam eliminar aqueles ditos inadequados<sup>5</sup>.

Nesse período acreditava-se que a observação da criança e o controle de sua sexualidade permitiriam moldar o seu desenvolvimento futuro. Instrumento para construção do biopoder, a vigilância deste público deu lugar à psiquiatrização/psicologização da infância, da qual a família foi a principal colaboradora. Nesse processo a disciplinarização do corpo infantil ganhou lugar de destaque, como aponta Foucault:

O controle da postura, dos gestos, da maneira de se comportar, o controle da sexualidade, os instrumentos que impedem a masturbação, etc., tudo isso penetra na família por uma disciplinarização que se desenrola no decorrer do século XIX e que terá por efeito que a sexualidade da criança tornar-se-á finalmente objeto de saber, no interior da própria família, por essa disciplinarização. E, com isso, a criança vai se tornar o alvo central da intervenção psiquiátrica. (FOUCAULT, 1973/2006p, 155.)

Para o autor, a tomada da infância como alvo de intervenção psiquiátrica se deu em dois sentidos: o primeiro, direto, em que a psiquiatria se afirmará como uma forma de

---

<sup>5</sup> O autor afirma que essas intervenções eram as mesmas utilizadas dentro dos asilos, como submeter às normas institucionais e vigiar comportamentos sexuais. O objetivo principal era criar comportamentos adequados socialmente.

tratamento das crianças loucas. Surge então a noção de que não se é jovem demais para adoecer e com ela uma série de instrumentos normativos que visam dar conta da observação, do enquadramento, da terapêutica infantil. O segundo sentido, indireto, diz respeito ao fato de a psiquiatria, ao tratar do adulto, resgatar nele o infantil. Aqui a infância é concebida como uma espécie de repositório dos sinais da loucura que virá a se instalar na fase adulta.

Foucault (1974/2006) defende que esse movimento de psiquiatrização teve início na primeira metade do século XIX. Afirma, contudo, que não foi com base na descoberta da criança louca que se fez a expansão do poder psiquiátrico para a vida dos infantes. Antes disso, foi a partir da psiquiatrização da criança anormal - daquela que não se adequava às normas sociais, que possuía desvios em sua sexualidade e por esse motivo deveria ser monitorada - que se fez a descoberta da loucura infantil.

Ressalta que os primeiros relatos na área se devem a Charcot, mas que eles diziam respeito a crianças consideradas desviantes e não loucas. A percepção de que elas poderiam ser “anormais” tornou possível colocá-las sob a alçada médica. Foi então que os psiquiatras passaram a investigar indícios de loucura neste público que pudessem sinalizar o comportamento estigmatizado dos adultos. Tratava-se de correlacionar restos da infância com a loucura do adulto (FOUCAULT, 1974/2006).

Conforme dito, o personagem a partir do qual surgiu a noção de loucura na infância foi a criança anormal, ou melhor, idiota. Os idiotas não eram loucos, mas constituam um grupo que possuía um atraso em seu desenvolvimento e com isso não conseguiam se adequar às normas sociais. A partir desses desviantes foi que o poder psiquiátrico pôde produzir todo o seu aparato de conhecimento e capturar a infância. (Foucault, 1973/2006).

Como exemplo disso, o autor afirma que os diagnósticos de imbecilidade e idiotia, como concebidos na época clássica, não sinalizavam quaisquer correlações entre infância e loucura. Eles eram reservados àqueles que apresentavam atraso no desenvolvimento e, portanto, não poderiam ser caracterizados como loucos. Do mesmo modo, a intervenção que lhes era reservada não se reportava à medicina, mas à pedagogia posto que eram crianças anormais, não doentes. Foi então, sob a figura do anormal, que se constituiu a psiquiatrização da infância (Foucault, 1974/2006).

Foucault afirma que a sexualidade infantil foi o principal vetor de medicalização da idiotia por parte da psiquiatria. Com isso, passa-se a considerar o idiota como um indivíduo pervertido e mobiliza-se uma série de discursos que permitem que a psiquiatria exerça seu controle sobre os mesmos. O elemento perigo presente nos idiotas adviria exatamente da falta



de regulação do instinto sexual, fonte de perversão. Como resposta a ele, era preciso confinar as crianças, mas não qualquer uma. De acordo com Foucault (1974/2006p, 280),

As crianças que é preciso confinar são "crianças mais ou menos débeis do ponto de vista intelectual, mas que sofrem de perversões dos instintos: ladrões, mentirosos, onanistas, pederastas, incendiários, destruidores" homicidas, envenenadores, etc.", ou seja, crianças que apresentavam desvios em seus comportamentos e não propriamente eram vistas como loucas.

O autor salienta que podemos derivar duas consequências do exercício do poder psiquiátrico sobre a criança louca e sobre a criança anormal, conectadas entre si. A primeira é o fato de que, a partir da identificação das anomalias voltadas para a infância, a psiquiatria vai dar conta de diversas outros desvios relacionadas à vida adulta, expandindo imensamente o campo de intervenção psiquiátrico.

A segunda consequência localiza-se na autoridade atribuída à psiquiatria para relacionar a criança anormal com o adulto louco, tudo isso como uma forma de expandir seu campo de intervenção e consequentemente definir processos que seriam considerados anormais. Aqui ganha força a noção de criança degenerada, que serviria como uma espécie de protótipo do adulto louco.

A noção de degenerescência chega à infância com um estigma de gerações anteriores. A criança degenerada é aquela sobre a qual incidem os traços hereditários que eram atribuídos aos seus pais. A hereditariedade seria uma anomalia que pesa sobre a criança, mas que na realidade é produzida pelos pais. Esse movimento assinala que foi preciso ocorrer a patologização do ambiente familiar para que a criança fosse medicalizada.

A família seria o suporte que permitiria à psiquiatria fazer tais generalizações e produzir a noção de que a criança seria anormal em si. Aqui a ideia é a de que a anomalia produz loucura devido às influências familiares. Deste modo, a tomada da infância enquanto um objeto de intervenção da psiquiatria se deu a partir da criança anormal e da produção discursiva sobre a criança degenerada e sobre a influência familiar no seu processo de adoecimento.

Buscava-se o que de anormal estava presente nesse período de vida para traçar correlações entre o desvio desse momento e a loucura desenvolvida no adulto. O sexual assume lugar de destaque nesse processo e, em razão disso, as propostas de “tratamento psiquiátrico” para crianças eram essencialmente pedagógicas, com vistas ao ensino de regras sociais. Assim, a despeito da construção de um saber psiquiátrico sobre a infância ter se iniciado no séc. XIX, a clínica dedicada a essa faixa etária só foi inaugurada de fato no século seguinte.

## 2.2- A clínica psiquiátrica infantil

Kanner (1971), Bercherie (1987/2001) e Ajuriaguerra (1980) são unânimes ao afirmar que a Psiquiatria Infantil, como prática clínica, teve início apenas na década de 1930. Sua constituição não foi linear e, a exemplo da psiquiatria do adulto, o saber em torno das questões da infância foi constituído com base na empiria. As reflexões específicas sobre a clínica com esse público se deram posteriormente e advieram de fontes teóricas diversas.

Essas fontes por vezes eram conflitantes entre si, passando por teorias sociais e genéticas, pela psicanálise e teorias da aprendizagem e de uma maneira mais contemporânea pela neurociência (Klein & Lima, 2020). Esse movimento de articulação entre saberes distintos mostra como foi e tem sido difícil a delimitação do objeto da Psiquiatria Infantil. Bercherie (1987/2001) se dedica ao estudo desse processo. Afirma que o campo da Psiquiatria Infantil é uma área de investigação quase tão antiga quanto o da psiquiatria do adulto, mas que a clínica específica da criança, com conceitos próprios, só se estabeleceu na 1ª metade do século XX.

O autor indaga os motivos que levaram a esse atraso, a essa autonomia histórica da clínica infantil e se propõe a apresentar a formulação do campo com base em três grandes momentos históricos. O primeiro período se deu dentro dos primeiros três quartos do século XIX, quando a clínica psiquiátrica voltada para a infância era marcada pelo conceito de retardo mental.

Os dois maiores nomes desse tipo de pensamento são Pinel e Esquirol. O primeiro havia descrito o idiotismo como uma anulação completa das faculdades mentais, no qual o indivíduo apenas manifestaria uma proto inteligência e sua existência seria restrita a um estado vegetativo. Pinel acrescentava ainda que este estado pode ser congênito, o qual não poderia ser curado, ou adquirido, que poderia ser revertido por meio de intervenções psiquiátricas. Já para Esquirol, o idiotismo possuía um estatuto mais severo e incapaz de ser revertido por meio dos tratamentos disponíveis. A ideia defendida por ele era a de que o idiotismo se daria numa idade na qual o desenvolvimento já estaria estabelecido e com isso seria um quadro incapaz de apresentar remissão.

Bercherie (1987/2001) destaca que Georget, aluno de Esquirol, ao partir do idiotismo congênito, introduziu a noção de que esses indivíduos deveriam ser melhor entendidos como monstros, no sentido da ausência de seu desenvolvimento intelectual. O ponto central dos psiquiatras clássicos reside no fato de que eles consideram o idiotismo como um transtorno que se manifesta propriamente na infância e que em sua forma mais grave não pode ser revertido.

Desse modo, introduz-se uma divisão entre a loucura propriamente dita, a loucura do adulto, que até aí tinha uma aparência normal - do adulto no sentido biológico, assim como psicológico - e uma doença congênita ou adquirida precocemente na infância na qual se pode reconhecer, sem dúvida observado primeiro nos adolescentes e nos adultos, o primeiro conceito de uma psiquiatria da criança conservado dessa época<sup>6</sup> (BERCHERIE, 1987/2001p,2).

Assim, pode-se afirmar que a criança não era diagnosticada como louca, sendo a manifestação de patologia nessa idade algo relacionado à idiotia, quando muito à epilepsia. No que diz respeito à idiotia, duas grandes posições se faziam conflitantes nesse momento. De um lado encontravam-se Pinel e Esquirol, para quem a doença era um déficit global e definitivo, não havendo com isso possibilidade de cura do quadro. De outro, Séguin e Delasiuve, que consideravam que a idiotia era, na maioria das vezes, um quadro parcial. Para os últimos, a educação especial seria o principal método de “tratamento”. Aqui podemos ver o momento ao qual Foucault denomina de psiquiatrização da infância a partir da idiotia, tendo como foco fornecer uma espécie de treinamento para adaptação às regras sociais (BERCHERIE, 1987/2001; FOUCAULT, 1973/2006).

Havia, portanto, uma interface muito grande entre educação e psiquiatria nas primeiras abordagens dos transtornos mentais relacionados à infância, o que colocava a loucura como algo a ser corrigido por meio de técnicas pedagógicas radicais, conforme destaca Foucault (1974/2006) na aula de 26 de Janeiro de 1974.

Apesar do crescente interesse pelos quadros de idiotia, não podemos afirmar que a Psiquiatria Infantil se desenvolveu nesse período. O que se observou foi a criação de uma série de dispositivos asilares para crianças localizados nos mesmos espaços dos que eram voltados para os adultos (Guarido, 2008). A principal forma de intervenção era pedagógica e não se pode falar em uma oferta de fato terapêutica.

O segundo momento destacado por Bercherie (1987) teve início em meados do séc XIX e ganhou força nos anos 1880 com a noção de que a criança poderia ser diagnosticada como louca. Nesse período não houve o desenvolvimento de uma nosologia propriamente voltada para a infância, mas sim a importação dos conceitos e diagnósticos que eram utilizados na clínica do adulto.

---

<sup>6</sup> No original: “*se introduce así una división entre la locura propiamente dicha, la locura del adulto que hasta Ali presentaba una apariencia normal - del adulto en el sentido biológico, como así también psicológico - y una enfermedad congénita o adquirida tempranamente en la infancia en la que se puede reconocer, sin duda observado primero en los adolescentes y en los adultos, el primer concepto de una psiquiatría del niño conserva de esta época.*”

Procurando se associar à medicina anátomo-patológica que se desenvolvia na época, a psiquiatria supunha a origem biológica, cerebral da doença mental. Alinhado a essa tendência, mas relacionando-a também aos estudos sobre causas morais, o psiquiatra Morel advogava a existência de um outro tipo de doença mental, de origem constitucional, cuja raiz seria uma degenerescência mental hereditária ou adquirida precocemente. É então, no final do séc XIX, que o conceito de criança degenerada ganha força e começam a ser publicados trabalhos que versam sobre transtornos mentais na infância.

Para Bercherie (1987/2001), o que caracteriza esse momento de investigação da clínica psiquiátrica voltada para a infância é o fato de que se procurava encontrar na criança os transtornos mentais que eram atribuídos e diagnosticados em adultos, com a intenção de se estabelecer uma espécie de continuidade entre os mesmos. Mas, mesmo com toda atenção que o campo ganhava e com os trabalhos que eram produzidos a partir desse momento, a clínica psiquiátrica da infância era vista apenas como um campo de curiosidade e complementar à clínica do adulto, o que fazia com que ela não tivesse a sua própria nosologia.

Assim, nesse momento não se podia falar em um nascimento da Psiquiatria Infantil como um campo autônomo de investigação. A infância servia apenas como um suporte para o desenvolvimento de teorias que procuravam estabelecer os desvios presentes nessa fase a fim de demonstrar que a loucura poderia estar presente desde cedo, como salienta Foucault (1973/2006).

A Psiquiatria Infantil, como campo teórico-clínico, só se estabelece nos anos 1970. Até lá a maior parte dos psiquiatras não considerava que uma criança poderia ser diagnosticada como louca, limitando-se a dar-lhe o diagnóstico de idiotia (GUARIDÓ, 2008). Com o tempo, outras categorias foram surgindo para abordar o sofrimento apresentado pelas crianças, mas elas se limitavam à mera transposição dos diagnósticos adotados na clínica de adultos. Conforme se dava o avanço dos estudos, os psiquiatras começaram a diferenciar a loucura infantil e o retardamento, marco fundamental posto que esse tipo de trabalho teve como fruto a criação dos diagnósticos de esquizofrenia e psicose infantil (Postel y Quétel, 1987).

O terceiro momento de desenvolvimento da Psiquiatria Infantil se coloca com a construção de uma clínica voltada para a infância. Bercherie (1987/2001) pontua que ela teve início a partir dos anos de 1930 e continua se desenvolver até a atualidade. Seu principal precursor foi a Psicanálise, cujas concepções obtiveram grande importância no século XX.

Essa corrente de pensamento introduziu a noção de que toda manifestação patológica é resultado de um conflito inconsciente e de que os mesmos possuem uma origem na infância.

Ao considerar que eles se atualizam na vida adulta, produziu interesse por esse período de desenvolvimento e sobre como ele contribuía para o surgimento de patologias na idade adulta. Com a influência da psicanálise, ocorreu uma mudança no que diz respeito à questão do desenvolvimento de teorias sobre a infância. Como se considerava que todos os comportamentos eram resultados de conflitos inconscientes, o ato de roubar, por exemplo, passou a ser visto de acordo com a história individual. Com a migração de psicanalistas judeus europeus para os EUA em função da Segunda Grande Guerra, lá houve apropriação das referidas teses, marcando a publicação de tratados de psiquiatria que versavam sobre infância e adolescência. Bercherie (1987/2001) salienta que esse tipo de apropriação se deu a partir de uma mistura de uma série de teorias por vezes eram contraditórias entre si, mas que no solo norte americano obtiveram grande aceitação e difusão<sup>7</sup>.

Desta maneira ocorreu um embate de ideias relacionadas a maneira como os transtornos mentais se instauravam e duas figuras se tornaram proeminentes neste período: Adolf Meyer e Emil Kraepelin. O primeiro defendia que o processo de adoecimento se dava a partir de reações do indivíduo e que deveriam ser situados em sua história. Já o segundo sustentava que os transtornos mentais eram resultado de perturbações orgânicas e poderiam ser equiparados a transtornos cerebrais.

Tais concepções tiveram ressonâncias diretas na maneira como os transtornos mentais na infância foram abordados: o sintoma como resultado de uma reação da criança ou como resultado de uma alteração cerebral. Para a primeira aceção o tratamento indicado era a psicoterapia, de orientação majoritariamente psicanalítica. Para a segunda, propunha-se o acompanhamento do aparecimento e da evolução dos sintomas, visando localizar e compreender a origem física do transtorno mental. (BERCHERIE, 1987/2001).

A trajetória de um dos pioneiros da Psiquiatria Infantil, Leo Kanner, acompanha a passagem de uma abordagem de cunho mais psicossocial para outra, de viés biológico. Com a principal vertente de seu trabalho voltada para o estudo do autismo, o autor é considerado um dos precursores da criação desse campo de estudo e um dos primeiros a procurar alinhar a psiquiatria ao modelo médico contemporâneo.

Kanner (1962) enfoca outros aspectos para compreender o nascimento da Psiquiatria Infantil. Argumenta que ela se originou a partir de diversas contribuições, não tendo uma origem única. Sustenta que os estudos sobre idiotia, crianças desajustadas e com retardo

---

<sup>7</sup> Pode-se afirmar que as teorias norte americanas apresentavam uma espécie de fusão entre a psicanálise, psicologia do ego e também das ideias funcionalistas. O autor afirma que essa fusão resultou em uma prática diversa e que viria a sofrer uma série de críticas dos psiquiatras biológicos, para os quais seriam importante investigar a origem física dos transtornos mentais (BERCHERIE, 1987).

constituíram as bases desse novo discurso. Também destaca que outros fatores, como a instauração de tribunais de menores e o julgamento de delitos cometidos por essa faixa etária, foram igualmente importantes, pois permitiram que outros saberes demandassem da psiquiatria soluções e tratamentos para os problemas que eram apresentados por crianças, sobretudo quando se tratava da necessidade de estabelecer a presença ou ausência de culpa dos atos cometidos por elas.

Tal movimento evidencia que a Psiquiatria Infantil se constituiu como um campo dependente de outras disciplinas, sobretudo a pedagogia e a clínica praticada com adultos. Isso fez com que o estudo das psicopatologias infantis não fosse considerado como parte do saber médico, levando os psiquiatras a adotarem instrumentos da psicologia para afirmação de suas hipóteses. Com isso nasceram os primeiros testes psicológicos e a psicometria foi fundada.

Os testes para mensurar os níveis de inteligência, surgidos nessa época, foram importantes para a constituição da Psiquiatria Infantil, pois permitiam que fosse realizada uma distinção entre crianças que tinham um problema de aprendizagem daquelas que eram diagnosticadas com alguma deficiência intelectual. Dessa forma a psiquiatria poderia se apoiar em alguma materialidade para que pudesse realizar os seus diagnósticos. Ocorreu então a expansão dos saberes psiquiátricos sobre os processos normais do dia a dia da criança, sob os diagnósticos de desvios de personalidade infantil (GUARIDO, 2008).

Essa produção teórica sobre a psicopatologia da infância contribuiu para a atenção constante dada este período e ocorreu no século XX o que alguns autores chamaram de “o século da infância”. Nesse mesmo período houve o estabelecimento da psicopatologia do desenvolvimento e do estudo sobre a relação entre os estados patológicos e o estágio de desenvolvimento infantil. Tais noções foram importantes, pois fundaram um campo de pesquisas que procurava correlacionar o momento biológico ao aparecimento de transtornos na infância. Nesse cenário, a maioria dos trabalhos se voltou para as chamadas psicoses infantis (KANNER, 1971).

Com o passar dos anos, o autor afirma que a infância foi sendo constituída como um campo de estudos e interesse médico e a partir de 1930 tornou-se possível delinear uma área do saber que concebia a existência de transtornos mentais severos em crianças, ainda que estes trabalhos visassem situar na infância a origem dos transtornos dos adultos. Também nesse período ocorreu o estabelecimento das primeiras clínicas que visavam tratar as crianças e não somente aplicar técnicas pedagógicas. A questão é que uma nosologia voltada exclusivamente para a infância demorou a ser desenvolvida e só após algum tempo os

comportamentos ditos desviantes puderam se transformados em diagnósticos psiquiátricos (KANNER, 1971).

Atualmente a Psiquiatria Infantil procura basear seus pressupostos teóricos cada vez no modelo biomédico. Esse tipo de concepção tem seu fundamento na Psiquiatria Biológica norte-americana. A tese principal é de que a psiquiatria deverá se basear nas neurociências em busca dos fundamentos biológicos para os transtornos mentais (Uhr, 2014). A Psiquiatria do Desenvolvimento, tema da próxima seção, apresenta esse intento no que se refere ao público infanto-juvenil. Seu surgimento foi precedido da constituição da Psiquiatria Infantil propriamente dita, também objeto de investigação a seguir.

### 2.3- Psiquiatria infantil e Psiquiatria do Desenvolvimento: olhares sobre infância

Ao examinarmos como a infância se tornou objeto de intervenção psiquiátrica nos Estados Unidos, identificamos três movimentos importantes: *Child Savers*, *Child Guidance Movement*<sup>8</sup> e Teoria do Desenvolvimento Infantil. Eles serão apresentados de maneira separada para fins didáticos, mas ocorreram em paralelo. Sua exposição visa demonstrar que o campo da infância é alvo de disputa de diversos saberes e que, dentre eles, a medicina ganhou grande importância.

Um dos primeiros movimentos ficou conhecido como *Child Savers* (Protetores de Crianças) e originou-se na segunda metade do século XIX. O mesmo era dedicado ao cuidado de crianças que estariam em situação de risco e necessitavam de assistência. O foco desse movimento se direcionasse para indivíduos que vinham de famílias consideradas incapazes de criá-los ou que cometiam algum tipo de delito.

Esse movimento nasceu a partir da crença de que os delitos encontrariam explicação no contexto de cada indivíduo (Crutcher, 1943). O intento era prover meios que pudessem prevenir atos desviantes e, para isso, foram estimuladas investigações científicas sobre os desvios de comportamentos e delinquência, entre outros ações considerados inadequados. Para Conrad (1980), o contexto no qual esse movimento emergiu estava associado ao aumento da criminalidade nessa faixa etária, fato cuja origem se atribuía à negligência familiar e influências ambientais.

O principal dispositivo utilizado pelo *Child Savers* foram as chamadas *Houses of Refugee*, que eram espaços nos quais se procurava tratar crianças desviantes em relação às

---

<sup>8</sup> É importante que façamos uma breve distinção entre os dois movimentos. O *Child Savers* foi um movimento majoritariamente filantrópico, no qual a elite norte americana visava construir locais de caridade para as crianças da época. Já o *Child Guidance* ocorreu a partir da estruturação de um modelo de atenção médica para aqueles que cometiam delitos ou eram diagnosticados com algum transtorno mental ou comportamental.

normas estabelecidas. O tratamento ocorria através da aplicação de diversas medidas rigidamente organizadas, como horário para atividades, repouso e estudos, não por meio da punição. A ênfase era estimular que as crianças desenvolvessem a obediência a figuras de autoridade.

Esse grupo introduziu a noção de este público deveria viver em um ambiente que estimulasse o desenvolvimento do seu bem estar via estabilidade e regras bem definidas. O foco do *Child Savers* não estava direcionado somente àquelas que apresentavam algum comportamento delinquente, mas também para as crianças pobres que ocupavam os centros urbanos e de certa maneira perturbavam a ordem social, ainda que não cometessem crimes. Nesse momento se percebe uma grande preocupação com a questão da delinquência e da pobreza e, a partir do alinhamento com o saber médico, o referido movimento pôde auxiliar na formulação de teorias deterministas que consideravam a interação entre questões biológicas e um ambiente inadequado como fatores decisivos para o surgimento da delinquência.

Nessa mesma linha de raciocínio, estabeleceu-se no início do século XX o *Child Guidance Movement* (Movimento de Orientação Infantil). Capitaneado por William Healy. Seus representantes tinham como objetivo fornecer bases teóricas para que os comportamentos desviantes na infância fossem abordados e tratados de maneira precoce com o objetivo de evitá-los na idade adulta.

Percebe-se aqui que desde cedo existia uma grande preocupação nas relações entre infância e delinquência (Crutcher, 1943; Chess, 1978; Conrad, 1980; Rey et al, 2015). Outra premissa básica desse movimento era a de que mesmo um indivíduo aparentemente normal poderia ser socialmente desajustada. A tese desse grupo se fundava na necessidade de vigilância dos comportamentos desviantes, que deveria ser estendida para todas as crianças com o objetivo de evitar que elas cometessem crimes.

A partir de teorias psicanalíticas, Healy acreditava que condutas antissociais eram resultado de conflitos intrapsíquicos (Crutcher, 1943; Rey et al, 2015). Também acreditava que o delinquente não possuía uma identificação com figuras de autoridade e isso faria com que o mesmo tivesse dificuldades no seguimento de regras e obediência a determinadas normas de funcionamento social.

As chamadas *Child Guidance Clinics* apresentavam uma forte perspectiva multiprofissional e abarcavam trabalhadores de assistência social, educação, psicologia e psiquiatria. A psicanálise era a ferramenta teórica mais utilizada na sustentação das intervenções. Um vetor que potencializou o movimento foi a Segunda Guerra Mundial,



responsável pelo abandono de muitas crianças e pela necessidade de criação de dispositivos de acolhimento.

O objetivo do *Child Guidance Movement* era prover os meios pelos quais seria evitada a delinquência. Esperava-se que, a partir do fornecimento de figuras de identificação e de treinamentos em relação ao cumprimento de regras, a criança seguisse um caminho considerado adequado e sem desvios ou transgressões. É importante destacar que, para Conrad (1980), esse movimento institucionalizou a intervenção psiquiátrica sobre a delinquência.

Cabe questionarmos se o surgimento de diagnósticos como o de Transtorno Desafiador Opositivo é uma atualização da produção de um saber sobre a suposta delinquência infanto-juvenil cujo principal objetivo é promover um bom funcionamento social a partir do cumprimento de regras. Exploraremos essas reflexões no próximo capítulo.

O terceiro movimento que contribuiu para a consolidação do campo de estudos da Psiquiatria Infantil foi o surgimento das Teorias do Desenvolvimento Infantil. Chess (1978) afirma que tais ideias são uma maneira de se estabelecer uma compreensão do homem ocidental a partir de estudos e noções compartilhadas de acordo com os conhecimentos disponíveis.

Para ela, três teorias são fundamentais para o desenvolvimento dessa compreensão: a Psicanálise, a Teoria do Desenvolvimento de Jean Piaget e as Teorias da Aprendizagem. Ressaltamos que não faremos uma discussão exaustiva dessas teorias, apenas apresentaremos de modo breve como a autora percebe a contribuição destas para a construção do campo da Psiquiatria Infantil.

Iniciando pela Psicanálise, afirma que Freud não formulou uma teoria do desenvolvimento infantil, mas deu lugar a formulações teóricas que colocaram a infância como um dos seus elementos centrais. Acreditava-se que os estados patológicos desenvolvidos pelos adultos possuíam origem na infância.

A ideia de que o inconsciente seria estruturado na infância fez com que esse período fosse especialmente estudado para que, a partir daí, pudessem derivar formulações sobre a vida adulta. É importante salientar que o desenvolvimento da Psicanálise lança luz à infância de uma maneira paralela à escuta de adultos. Por esse motivo, Chess (1978) afirma que essas formulações serviram apenas de base para apontar a importância adquirida pela infância nesse momento.

A segunda teoria que permitiu a formulação da Psiquiatria Infantil e também da Psiquiatria do Desenvolvimento foi lançada por Piaget com a chamada Epistemologia

Genética e o estudo de maturação do conhecimento e do corpo (Crutcher, 1943; Chess, 1978; Rey et al, 2015). Ao longo de sua obra, o autor procurou formular como se davam as relações entre o indivíduo que conhece e o conhecimento em si. A partir de conceitos da Teoria do Desenvolvimento, ele formulou considerações sobre as mudanças que ocorriam no corpo e no pensamento, estabelecendo períodos nos quais as crianças realizariam formulações sobre o mundo a sua volta.

O autor também se preocupava sobre como se daria a formação da inteligência ao longo da vida. Considerava que ela poderia ser definida como uma interação ativa entre o organismo e o meio. Essa explicação destaca a importância que o ambiente adquire, sendo uma variável capaz de influenciar na evolução de habilidades dos indivíduos. Tais noções serão de suma importância para a Psiquiatria do Desenvolvimento.

A terceira teoria que permitiu que a infância se estabelecesse enquanto um objeto de intervenção médica foi a Teoria da Aprendizagem. Os autores dessa escola de pensamento procuravam estabelecer relações entre os estímulos ambientais e a aquisição de novas habilidades. Essa teoria é baseada nos princípios de Análise do Comportamento. Nesse sentido, sua premissa fundamental relaciona-se às influências ambientais no comportamento de cada indivíduo. Destaca-se que o ambiente ganha características capazes de estimular ou não a resposta de cada indivíduo dentro de seu contexto de vida. Para os autores da Teoria da Aprendizagem, o fundamental é a interação entre o meio ambiente e as predisposições biológicas de cada um.

Conforme destacado anteriormente, os estudos disponíveis à época faziam interface com a educação e possuíam foco no desenvolvimento enquanto facilitador da aquisição de habilidades escolares. As pesquisas sobre o contexto educacional foram de suma importância para o que viria a se constituir como Psiquiatria Infantil nos anos de 1930. Dois princípios da pedagogia se mostram especialmente relevantes para os estudos relacionados à infância: o primeiro é de que as crianças e suas atividades espontâneas são o principal foco do sistema educacional e o segundo é o de que as elas passariam por fases de desenvolvimento definidas (CRUTCHER, 1943; CHESS, 1978; REY et al, 2015).

Essas ideias se destacam pois demarcam a existência de aspectos da infância que seriam diferentes da vida adulta. Logo, haveria a necessidade de estudos sobre esse período de maneira separada da clínica do adulto. A partir daí se formou um campo teórico e prático que tinha como objetivo correlacionar o desenvolvimento de crianças e técnicas psicológicas que visavam potencializá-lo.

Deste modo, a principal ferramenta teórica utilizada foi a Teoria do Desenvolvimento Infantil, que serviu de base para a construção da Psiquiatria do Desenvolvimento, ocorrida a partir de 1950. Ela tem como pressupostos básicos que os transtornos mentais teriam início na infância e progressivamente assumiriam novos contornos ao longo da vida. Um dos principais nomes desse campo de pesquisa é o psiquiatra Michael Rutter. Ele e outros teóricos da área se baseiam na tese de que é necessária a interação entre questões genéticas e ambientais para que o indivíduo venha a desencadear um transtorno mental.

Rutter & Sroufe (1984, p, 18) definem a Psiquiatria do Desenvolvimento como “o estudo das origens e curso dos padrões individuais de desajuste comportamental”. Nesse campo considera-se que os padrões de comportamentos desajustados dos adultos são encontrados desde os primeiros anos de vida. O fato de a criança não se adaptar à escola, apresentar comportamento antissocial e uma relação prejudicada com seus colegas são vistos como marcadores de uma patologia em curso, que na vida adulta assumirá outras manifestações sintomáticas.

Ao estabelecer os saberes que auxiliariam na construção desse campo de estudos, Rutter & Sroufe (2000) localizam algumas influências. A primeira ocorreu com os estudos longitudinais voltados para a prevenção do risco de desenvolvimento de um transtorno mental. Esses se voltaram para questões relacionadas à infância e foram responsáveis por estabelecerem a noção de que, quando se trata da infância, é necessário observar os fatores de risco e também os de proteção.

A segunda influência se relaciona com o mapeamento das diferenças individuais e como elas podem ser importantes para que se estabeleçam diagnósticos. A necessidade de estudos longitudinais é defendida pelos psiquiatras do desenvolvimento para delimitar a maneira como o ambiente é capaz de influenciar no adoecimento do indivíduo.

Ligados a esse campo estão os trabalhos sobre o processamento cognitivo das experiências. Eles demonstram como os indivíduos processam de forma singular as experiências pelas quais passaram e como o ambiente no qual estão inseridos pode ser um fator de proteção ou adoecimento. Os autores destacam que esse tipo de estudo demonstra que não só os fatores genéticos mas também ambientais são fundamentais para a evolução dos transtornos mentais.

Por fim, outra área de estudos que forneceu as bases a formulação do campo da Psiquiatria do Desenvolvimento foi a das investigações sobre transtornos incapacitantes, sobretudo quando se trata da infância. A ideia era mapear aspectos normais e anormais da infância. Com esse intuito, por exemplo, indivíduos diagnosticados com autismo começaram

a ter suas diferenças comportamentais comparadas com outros que não obtiveram tais diagnósticos.

Procurando fazer avançar a Psiquiatria do Desenvolvimento, Rutter & Sroufe (1984) se dedicam a diferenciá-la de alguns campos tradicionais da pesquisa relacionada à infância. Ao abordar as diferenças entre a Psiquiatria do Desenvolvimento e Psiquiatria Infantil, afirmam que a primeira se diferencia da segunda por duas razões:

A primeira está relacionada à preocupação com a patologia infantil. Para a Psiquiatria do Desenvolvimento, essa questão está no centro de suas observações. Procura-se mapear as relações entre esses comportamentos desajustados e instauração de uma patologia, mas também se busca estudar os comportamentos considerados normais para que se possa definir o que se deseja alcançar a partir do momento em que se intervém nos comportamentos desviantes.

A segunda associa-se ao diagnóstico diferencial, às técnicas de tratamento e ao prognóstico da patologia. Essas três questões são tomadas de maneira secundária por parte do psiquiatra do desenvolvimento já que ele estaria interessado nas origens e no tempo de desenvolvimento das patologias, em quais seriam os seus precursores e as consequências de sua manifestação ao longo prazo.

Outro ponto que diferencia a psiquiatria do desenvolvimento da Psiquiatria Infantil é que a primeira procura relacionar as manifestações patológicas com padrões de comportamento manifestados durante a vida do paciente. Por isso o autor salienta que os:

psiquiatras do desenvolvimento podem estar tão interessados em um grupo de crianças que mostra precursores de um padrão de comportamento desordenado, mas não desenvolveram o transtorno propriamente dito, quanto o grupo que com o tempo manifestou a patologia completa (RUTTERS & SROUFE, 2000. p,18).

A partir disso, esses psiquiatras voltam sua atenção para estudos comparativos que procuram mapear quais variáveis foram aplicadas para que um determinado padrão patológico tenha surgido ou sido modificado ao longo do desenvolvimento do indivíduo. É por esse motivo que a Psiquiatria do Desenvolvimento procura estabelecer os comportamentos considerados normais para então se dedicar ao estudo dos comportamentos desviantes.

Dando continuidade à diferenciação entre os dois campos, os autores consideram a Psiquiatria do Desenvolvimento difere da Psiquiatria Infantil e da Psicologia do Desenvolvimento devido ao fato de não ter o seu foco direcionado somente para os padrões de comportamento vistos como anormais, mas também procurar os de adaptação considerados normais ou bem sucedidos.

Sendo um campo de estudos relativamente novo, a Psiquiatria Infantil tinha como primeiro objetivo conceber que crianças poderiam sofrer de transtornos mentais (Bercherie 1987/2001). Logo após esse estabelecimento, foi necessário se desvencilhar da pedagogia e neurologia e superar a ideia de que este público sofreria de transtorno incuráveis estabelecendo com isso categorias diagnósticas próprias, e formas de tratamento (KANNER, 1971).

Atualmente este campo de estudos concebe que, pelo fato de a criança passar por uma série de mudanças ao longo de sua vida, é necessário estar atento a como cada período pode afetar seu processo de desenvolvimento físico, mental e emocional. Outro ponto relevante está na consideração por parte do Psiquiatria Infantil de que alterações cerebrais podem influenciar no surgimento de uma patologia. As fontes de acesso a essas mudanças envolvem o indivíduo diagnosticado, e pessoas que convivem com ele, sobretudo familiares e profissionais da educação, e também exames de neuroimagem (RUTTERS & SROUFE, 2000).

Por fim, a Psiquiatria Infantil se preocupa com o estudo e tratamento de transtornos comportamentais e emocionais que afetam a criança. Deixando de lado o paradigma psicanalítico que relacionava o surgimento de patologias na infância a explicações ambientais e relações familiares, enfoca sobretudo como os processos cerebrais estão na origem do sofrimento deste público e até mesmo categorias que se voltam para aspectos comportamentais, como o TOD, por exemplo, teriam sua origem no cérebro, diferenciando-se deste modo da Psiquiatria do Desenvolvimento que salienta a importância de outros fatores, sobretudo o ambiente e a relação com pessoas próximas a criança que podem ser as fontes de sofrimento da mesma e com isso levar ao adoecimento. Para o tratamento das patologias e a depender do caso, o psiquiatra infantil indica o uso de medicação e a terapia comportamental como primeira escolha (RUTTER & STEVENSON, 2008).

No que diz respeito à diferença do campo com a Psicologia do Desenvolvimento Rutter e Sroufe (2000) afirmam que, nesta perspectiva, o foco se direciona para todas as fases de desenvolvimento normal, o que inclui idade, aparecimento de certas capacidades físicas e mentais. Os autores criticam tal abordagem afirmando que ela estuda os padrões de comportamentos de maneira fixa. Ao contrário, a Psiquiatria do Desenvolvimento procura estabelecer de que modo mudanças nas variáveis e precursores da história individual alterariam os comportamentos futuros.

Ao apresentarem o campo de maneira breve, Rutter & Sroufe (1984) sublinham que a importância da perspectiva de desenvolvimento já está estabelecida por vários autores, como Freud, Piaget e outros. Afirmam que a Psiquiatria do Desenvolvimento não deve ser reduzida

a apenas se procurar ligações entre os comportamentos desajustados e manifestações anteriores do mesmo. Antes disso, ela é um campo complexo e com uma série de implicações.

Destacando as principais proposições que definem este campo de estudos as resumem, da seguinte maneira: os comportamentos só podem ser entendidos a partir do mapeamento total do seu contexto social e psicológico. A essa tese se associa outra, segundo a qual as pessoas não se inserem de maneira passiva no ambiente no qual habitam; ao contrário, se colocam de maneira ativa nos mesmos. Assim a experiência de cada um seria importante, pois sinalizaria as escolhas individuais, que são exercidas a partir das possibilidades colocadas.

Por esse motivo, as experiências anteriormente vivenciadas por um indivíduo podem influenciar o aparecimento de uma patologia futura. Os autores procuram apresentar algumas variáveis diretas e indiretas para que isso ocorra:

(1) a experiência leva à desordem no momento, que então persiste; (2) a experiência leva a mudanças corporais que influenciam o funcionamento posterior; e (3) há padrões alterados de comportamento na época, que só mais tarde assumem a forma de desordem. Outros são menos diretos: (4) os eventos iniciais podem mudar as circunstâncias familiares, que com o tempo produzem desordem; (5) as sensibilidades ao estresse ou estilos de enfrentamento são modificados, o que mais tarde "predispõe" a pessoa à desordem (ou protege a pessoa contra o estresse); (6) as experiências alteram o autoconceito ou as atitudes dos indivíduos, que, por sua vez, influenciam a resposta a situações posteriores; e (7) a experiência influencia o comportamento por meio de efeitos na seleção de ambientes ou na abertura ou fechamento de oportunidades<sup>9</sup>. (RUTTER & SROUFE. 2000. P,22).

Todos esses elementos possuem implicações diretas nas pesquisas realizadas na área, sobretudo pelo fato de que a Psiquiatria do Desenvolvimento não se atenta somente aos aspectos patológicos do comportamento, mas procura avaliar os que se ajustam à vida cotidiana, embora uma definição do que é considerado ajuste ou normalidade não seja colocada. Considera que tanto os padrões de comportamentos quanto as diferenças de sexo e idade são capazes de produzir uma patologia futura.

Outro aspecto reside no fato de que, a partir de uma perspectiva desenvolvimentista, a infância passa a ser vista como um período fundamental, tendo em vista que ela proporcionará a descoberta de patologias futuras. Os autores sinalizam que isso demanda uma mudança nos manuais classificatórios para que os mesmos possam dar lugar ao estudo de patologias

---

<sup>9</sup> No original: "(1) experience leads to disorder at the time, which then persists; (2) experience leads to bodily changes that influence later functioning; and (3) there are altered patterns of behavior at the time, which only later take the form of disorder. Others are less direct: (4) early events may change the family circumstances, which in time produce disorder; (5) sensitivities to stress or coping styles are modified, which then later "predispose" the person to disorder (or buffer the person against stress); (6) experiences alter the individuals's self-concept or attitudes, which, in turn, influence the response to later situations; and (7) experience influences behavior through effects on the selection of environments or on the opening up or closing down of opportunities."

desencadeadas na infância e como podem ser precursoras de desordens futuras. Nesse sentido, a Psiquiatria do Desenvolvimento atribui uma posição de destaque aos estudos longitudinais, o que tem reflexos no DSM III e em suas edições futuras.

Um terceiro ponto é que o estabelecimento de correlações entre eventos ocorridos na vida de cada indivíduo e o aparecimento de uma patologia devem ser generalizações derivadas de estudos longitudinais, o que significa dizer que não se pode incorrer no risco de serem feitas associações apressadas, perdendo de vista outras variáveis que possam influenciar nesse processo de adoecimento (RUTTER & SROUFE, 2000).

Deste modo, os comportamentos da infância serão objetos privilegiados de intervenção e a partir deles se procurará estabelecer as bases das patologias na vida adulta. Os psiquiatras do desenvolvimento estão interessados nos problemas deste público, mas ao mesmo tempo se voltam para questões que os conectem com a sucessão de etapas de vida que são consideradas normais, visando padrões de socialização desejados, especialmente em longo prazo.

O campo de estudos da Psiquiatria do Desenvolvimento é importante para nossa pesquisa devido ao fato de o mesmo pressupor que os transtornos mentais têm seu início nos primeiros anos de vida e a partir daí se desenvolvem ao longo de toda a história do indivíduo. É interessante notar que esse tipo de proposta começa a ser localizado dentro do DSM, quando o mesmo, por exemplo, localiza o Transtorno Desafiador Opositivo como fator de risco para o desenvolvimento do Transtorno de Personalidade Antissocial na vida adulta. Consideramos que esse tipo de alinhamento pode ser lido como mais um elemento de medicalização da infância, conforme aponta Conrad (2007).

Outro elemento dessa medicalização é a observação da infância com vistas à prevenção de comportamentos indesejados na vida adulta. Podemos argumentar que esse fato se dá devido ao fato de a Psiquiatria Infantil inserir-se na intersecção da prática médica com os saberes jurídicos, tendo em vista que a questão da delinquência sempre foi uma preocupação dessas disciplinas. Isso se expressa nas análises também da Psiquiatria do Desenvolvimento, para a qual o olhar para a infância é fundamental, pois permite que os comportamentos dessa faixa etária sirvam de base para a proposição de modelos que expliquem o adoecimento do adulto por meio dos estudos longitudinais (Rutters & Srouffe, 2000) Klein & Lima (2020) sinalizam que, de uma maneira mais contemporânea, a ideia de desenvolvimento vai cedendo lugar para à noção de neurodesenvolvimento e que com isso enxergamos uma nova fase na busca do alinhamento da psiquiatria ao modelo médico. Trata-

se de procurar através de outros mecanismos, como o diagnóstico por neuro imagem, a busca dos fundamentos biológicos dos transtornos mentais.

O Neurodesenvolvimento, como corrente de pensamento, também concebe que o desenvolvimento se inicia na infância e persiste até a vida adulta. A diferença que se coloca está no fato de a mesma conceber que os transtornos mentais seriam totalmente ligados a uma questão de ordem cerebral. Aqui a patologia é concebida como algo que se instala de maneira lenta e progressiva e possuiria seu ápice na vida adulta.

Para Klein & Lima (2020), autores como Bishop e Rutter são importantes pois apontam que as teses sobre neurodesenvolvimento surgiram a partir dos anos de 1960 com os estudos sobre *minimal brain disfunction* e a busca pelo estabelecimento de uma raiz biológica única para todos os transtornos mentais. A entrada das concepções do neurodesenvolvimento sinaliza o ideal de um contínuo entre psiquiatria e neurologia e aponta para a tão esperada integração da psiquiatria ao modelo médico. Essas concepções e também aquelas veiculadas pela Psiquiatria do Desenvolvimento estão em conformidade com a remedicalização da psiquiatria que levou à redefinição do DSM em 1980, ambos expostos a seguir.

Optamos pela análise do DSM e não da classificação oficial utilizada no Brasil, a CID, pois o primeiro possui uma relevância cada vez mais crescente, sendo utilizado em estudos realizados ao redor do mundo, efeito da disseminação internacional da psiquiatria norte americana. Outro fator que levou a escolha desse manual é a sua difusão entre profissionais não médicos, ocupando uma posição de destaque no imaginário popular (ZORZANELLI, 2014).

Por fim, a opção pelo DSM se dá devido ao fato de este manual ter sido o primeiro a mencionar o TOD, em sua terceira edição, e por ser o principal manual utilizado no contexto norte americano, local onde a maior parte dos estudos sobre esta categoria diagnóstica ocorre. Em consonância com esta tendência, os estudos brasileiros sobre o tema também se baseiam no DSM.

#### **2.4- O Processo de remedicalização da psiquiatria e as mudanças do DSM**

Conforme apontado anteriormente, com a Segunda Guerra Mundial ocorreu um grande fluxo emigratório de profissionais que estavam fugindo do regime nazista na Alemanha e levou a que muito do conhecimento produzido na Europa fosse importado pelos Estados Unidos (Uhr, 2014; Mayes & Horwitz, 2005; Russo & Venancio, 2006). A psicanálise foi um desses saberes, tendo sido rapidamente apropriada e ganhado grande relevância institucional. Ela permitiu que os psiquiatras pudessem expandir sua prática para



além dos manicômios e difundissem a experiência de análise pessoal. Esse movimento contou com a forte presença das concepções psicanalíticas nas duas primeiras edições do DSM, o que, no contexto americano, favoreceu o borramento das fronteiras entre normal e patológico e serviu à medicalização (UHR, 2014; SABSHIN, 1990; MAYES & HORWITZ, 2005).

Russo & Venancio (2006) destacam que nessa época havia oposição entre três correntes de pensamento no interior da psiquiatria norte-americana: a primeira era a dominada pela Psicanálise, que entendia os transtornos mentais como advindos da dinâmica familiar e resultado dos conflitos intrapsíquicos. A segunda era a Psiquiatria Biológica, que localizava nos processos físicos a origem do sofrimento exibido pelos pacientes. A terceira e menos popular era a Psiquiatria Social, que via nos conflitos sociais a origem do adoecimento psicológico.

Para as autoras, a articulação entre as críticas das vertente biológica e social foi o que proporcionou a queda da psicanálise de seu lugar central nos Estados Unidos, tendo se concretizado com o lançamento do DSM III. Tanto para os psiquiatras biológicos, quanto para os psiquiatras sociais, a psicanálise não poderia ser vista como uma vertente válida, pois eles consideravam que esta não seria capaz de produzir diagnósticos condizentes com a realidade, seja pelo fato de desconsiderar a origem física dos transtornos, seja por focalizar em demasia as relações familiares.

Desta maneira começaram a surgir resistências ao domínio psicanalítico na psiquiatria e às categorias formuladas no DSM I e DSM II (Russo & Venâncio; Bezerra, 2014). As críticas voltavam-se, sobretudo, à ausência de confiabilidade dos diagnósticos e a sua incapacidade de serem replicáveis. A vertente da psiquiatria biológica foi a principal a vocalizar tais críticas.

Ao avaliar as condições que influenciam os debates na psiquiatria norte americana e que deram condições sociais para o surgimento do DSM III, Bezerra (2014) aponta para: 1- Ascensão do naturalismo, 2- contestação da instituição psiquiátrica e seus instrumentos, 3- desinstitucionalização e surgimento do campo da saúde mental, 4- emergência da indústria farmacêutica e pesquisas experimentais, 5- pano de fundo sócio cultural exploraremos cada uma a seguir.

A primeira condição diz respeito a uma mudança na maneira como o DSM é concebido e organizado. O autor salienta que as duas primeiras edições eram reflexo das tensões entre as concepções biológicas e psicossociais que dividiam os transtornos em transtornos orgânicos e transtornos sem a presença de um fator físico. A partir da terceira edição todos os transtornos passaram a ter sua origem cerebral cogitada, podendo ser lido

como um efeito da introdução dos psicofármacos a partir de 1950, o que gerou uma alternativa para o tratamento dos transtornos mentais.

A segunda se relaciona com a ascensão dos movimentos para a garantia dos direitos civis dentro dos Estados Unidos. Em um clima onde a sociedade contestava suas instituições e visava a garantia por mais direitos, a psiquiatria passou ser percebida como uma instituição opressiva, pelo fato de seus métodos de intervenção serem considerados violentos e privarem os indivíduos de liberdade. Outro ponto estava relacionado ao fato de os diagnósticos não possuírem consistência e poderem ser dados a pessoas que não apresentavam um transtorno mental.

Nesta esteira, temos a terceira condição social que permitiu o surgimento do DSM III. O uso de psicofármacos permitiu que pacientes que antes eram tratados no modelo asilar pudessem ser atendidos na comunidade da qual faziam parte, o que levou a criação de uma série de serviços substitutivos ao manicômio. Isso fez com que os profissionais de saúde mental atuassem com uma gama maior de pessoas e conseqüentemente facilitou a medicalização de comportamentos cotidianos.

Como quarta circunstancia, houve a ascensão da indústria farmacêutica e dos estudos experimentais. Tal movimento foi efeito do processo de regulamentação dos medicamentos por parte do governo norte americano a partir de 1962. Para que fosse aprovada uma substancia deveria apresentar evidências de que era eficaz para um transtorno. Bezerra (2014) salienta que ocorreu o rápido alinhamento entre a indústria farmacêutica e as pesquisas quantitativas, acarretando na produção de categorias diagnósticas para as quais já existiam medicamentos disponíveis.

Por fim, a quinta condição é localizada no pano de fundo sócio cultural do qual destacamos dois fatores: um relacionado à maneira como os indivíduos lidam com o risco de adoecimento que conseqüentemente seria um desvio das normas sociais, no geral se recorre a instrumentos que possibilitem o ajuste rápido e sem gerar prejuízos, aqui os medicamentos são fundamentais. O segundo se relaciona ao fato de todo o processo de adoecimento emocional ter sua origem biológica suposta. Isso faz com que o tratamento farmacológico seja a primeira via de opção.

Esses fatores nos permitem perceber que o sucesso alcançado por manuais classificatórios como o DSM III e seus correlatos não podem ser diretamente atribuídos a avanços científicos ou a descobertas que apresentam novos paradigmas em psiquiatria (Uhr, 2014; Mayes e Horwitz, 2005). Antes disso, eles devem ser lidos como objetos culturais, sendo resultantes de uma série de fatores que pressionam a disciplina dominante até aquele

momento, como foi o caso das críticas que eram realizadas a psicanálise na época (ZORZANELLI, 2014)

Nessa linha de raciocínio, Zorzaneli (2014) aponta que é possível compreendermos o DSM como um produto cultural. Para isso é preciso localizar seus usos fora do contexto médico e a maneira como suas proposições são apropriadas além deste território. Os diagnósticos localizados neste manual são utilizados, por exemplo, por professores do ensino fundamental, profissionais do direito e outros interessados no tema, o que demonstra que as categorias listadas ali podem ser alteradas de acordo com o ambiente e interesses destes atores.

Ao afirmarmos que o manual é efeito de seu contexto social, é possível discernir os vetores fora do campo psiquiátrico que deram suporte para o sucesso do mesmo e permitiram que suas categorias diagnósticas fossem amplamente aceitas. Também é possível mapear os valores que estão em voga na cultura na qual são produzidos. Desta forma, destacamos que grande parte do sucesso que é atribuído ao DSM não advém dos avanços da psiquiatria, mas da influência de outros atores fora do campo (ZORZANELLI, 2014).

Argumentando sobre a importância de outros atores, sobretudo da indústria farmacêutica na constituição do referido manual, Ortega & Aguiar (2017) afirmam que apesar do sucesso conseguido pela vertente biológica dentro do DSM, a mesma não apresentou nenhum avanço na descoberta de uma etiologia biológica dos transtornos mentais, o que na visão dos autores não justifica seu grandioso sucesso no cenário mundial.

Mas a que se deve a receptividade que o DSM conseguiu internacionalmente? Na visão dos autores esse processo é resultado de uma associação entre a psiquiatria biológica, psicofarmacologia e indústria farmacêutica. Tal vínculo permitiu a psiquiatria biológica localizar nos medicamentos uma alternativa ao tratamento psicoterapêutico que era ofertado pelos psicanalistas e isso fez com que tivéssemos uma aliança entre estes dois campos de saber.

Com o surgimento das medicações psiquiátricas foi possível a construção das primeiras intervenções medicamentosas sobre o sofrimento psicológico e isso fez com que a psiquiatria expandisse seu campo de atuação. Ortega & Aguiar (2017) localizam nas exigências das agências americanas para o controle de medicamentos a origem da adoção de ensaios clínicos randomizados para que os diagnósticos do DSM fossem considerados válidos.

Tal movimento sinaliza o alinhamento entre os organizadores do referido manual e a indústria farmacêutica. Para que um determinado medicamento seja testado e considerado

eficaz é necessário que haja um diagnóstico bem delimitado e que responda ao efeito esperado pelo medicamento. Isso faz com que mesmo resultados considerados discretos sejam vistos como válidos, o que aumenta a capacidade de um medicamento ser usado para um transtorno. Em alguns casos temos primeiro o lançamento de um medicamento e posteriormente a formulação de uma categoria diagnóstica que permita seu uso (UHR, 2014; ORTEGA & AGUIAR, 2017).

Desta maneira, o lançamento do DSM III pode ser visto como um produto de seu contexto social, que pressionava a psicanálise visando ampliar a capacidade de medicalização da psiquiatria. A importância de outros atores fora do campo médico também foi fundamental para que ocorresse o sucesso deste manual (Conrad, 2007). Tudo isso se passa em um momento no qual a psiquiatria procurava se aproximar da medicina e localizou na possibilidade de reformulação de seu principal manual classificatório o movimento necessário para essa reaproximação (MAYES e HORWITZ, 2005; RUSSO & VENANCIO, 2007; ZORZANELLI, 2014; UHR, 2014; ORTEGA & AGUIAR, 2017).

Esse movimento resulta no que Frances (2016) denominou de inflação diagnóstica, com a proliferação de categorias clínicas que terminam por cercear a diferença e normalizar os comportamentos considerados desviantes. O autor afirma que isto se dá pela ampliação do campo de atuação da psiquiatria para além de seus domínios e conseqüentemente da medicalização de aspectos da vida cotidiana dos indivíduos.

Destaca ainda que este processo de ampliação do escopo da psiquiatria foi responsável por inúmeras falsas epidemias de transtornos mentais, sobretudo em crianças, manifestadas especialmente nos diagnósticos de autismo e TDAH. Ao expandir-se, o discurso psiquiátrico capturou aspectos cotidianos da vida da criança que antes não eram do seu interesse.

Consideramos que o mesmo se aplica quando falamos da constituição do TOD enquanto uma categoria diagnóstica voltada para crianças. Ao se tomar os atos disruptivos como sinais de um transtorno mental, a psiquiatria aplica à infância a mesma lógica que rege os diagnósticos voltados para adultos. Pretendemos no capítulo seguinte desenvolver de que maneira se deu a constituição do TOD e quais os pontos mais bem estabelecidos e os questionamentos que esta categoria recebe.

## **CAPÍTULO 3: A CONSTRUÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNO DE OPOSIÇÃO DESAFIANTE (TOD)**

No presente capítulo procuraremos abordar de que maneira se deu o surgimento do diagnóstico de Transtorno de Oposição Desafiante<sup>10</sup> e como o mesmo passou a ser uma categoria direcionada ao público infantil. Ressaltamos que a construção histórica da referida categoria diagnóstica é um trabalho árduo, pois a mesma surgiu a partir do DSM III e desde então sofreu diversas revisões até ser estabelecida oficialmente. Apesar disso, os estudos que analisam o referido diagnóstico em uma perspectiva histórica são escassos.

O principal desafio para abordarmos como ocorreu a construção do referido diagnóstico advém do fato de o mesmo ser sempre apresentado em relação às categorias diagnósticas de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e Transtorno de Conduta (TC), sendo este último utilizado pela Psiquiatria do Desenvolvimento como uma espécie de prognóstico do TOD.

Ressaltamos que nosso esforço é direcionado para identificar na literatura a maneira como o TOD foi construído e os principais vetores que a permitem sustentar-se enquanto um diagnóstico oficial. Este processo será exposto na seguinte ordem: primeiro apresentaremos como os comportamentos disruptivos se tornaram alvo de medicalização. Em seguida, abordaremos sua inserção e classificação no DSM. Por fim serão apresentados pontos favoráveis e as críticas que são levantadas ao diagnóstico.

### **3.1- Antecedentes históricos**

De acordo com Conrad (1980), podemos afirmar que o desvio de comportamento é uma espécie de fenômeno universal, ou seja, todas as sociedades produzem pessoas cujos atos fogem às normas estabelecidas (Conrad, 1980). A questão, segundo o autor, reside em torno de qual resposta será dada ao comportamento desviante e de que maneira ele é abordado, o que muda conforme tempo, espaço, cultura.

Por isso, podemos falar que a noção de desvio é socialmente construída e atribuída aos indivíduos, não sendo algo inerente a eles; ao contrário, reflete o julgamento social. Quando abordamos os comportamentos desviantes nas crianças, o problema se torna mais complexo pois o que viola as normas estabelecidas é definido por adultos, assim como a forma de controlá-los.

---

<sup>10</sup> Adotaremos no presente capítulo a nomenclatura utilizada no DSM 5 e na CID 11. Na décima versão esta categoria diagnóstica havia sido designada Distúrbio Desafiador e de Oposição.

Essa fiscalização foi realizada por muitas instituições ao longo da história e despertou explicações religiosas, jurídicas e médicas. Antes da penetração social do discurso médico, que ocorre entre os séculos XIX e XX, as instituições jurídicas e religiosas atribuíam punições. A ideia vigente no século XIX era de que as origens do desvio deveriam ser vistas a partir da perspectiva contextual e adviriam do ambiente no qual o indivíduo estava inserido (CONRAD, 1980; JONES, 2002). A intervenção então envolvia basicamente o isolamento da criança do local no qual ela teria cometido os desvios.

Nesse sentido, problemas de conduta em crianças sempre foram questões importantes dentro das sociedades, pois afetam as relações sociais estabelecidas e antecipam problemas futuros. Também levantam questões sobre a responsabilidade em relação aos mesmos. A primeira delas é relacionada à interferência do Estado e se ele deve exercer o poder de orientação sobre como os pais devem criar seus filhos. A segunda volta-se para a responsabilidade pessoal e se as crianças possuem a capacidade de escolher ou não apresentar tais comportamentos. Por fim, há questões relacionadas a quais instituições sociais devem exercer o controle destes comportamentos (BLANTON, 2016).

Em relação a esses pontos, no século XIX percebemos que a família era vista como principal instituição de controle dos comportamentos apresentados pelas crianças (Jones, 2002). O tema da responsabilidade pessoal das crianças e sua capacidade de decidir acerca de atos desviantes aparece, por exemplo, na discussão realizada nos Estados Unidos da América sobre os crimes cometidos por crianças. Havia duas tendências de abordagem dos comportamentos desviantes no direito: a primeira defendia punições severas para este público, pois considerava que elas possuíam intenções em seus atos. Já a segunda, defendia um julgamento brando, pois eles não estavam moralmente desenvolvida para possuir intenções em seus atos (ANGOLD & COSTELO, 1996)

Outra discussão que foi estabelecida ao longo do XIX se dava em torno de crianças que não haviam cometido nenhum tipo de crime, mas que ainda assim perturbavam a ordem social por serem ociosas incorrendo no “crime de vadiagem” (Jones, 2002). Tais indivíduos eram uma massa de pessoas que não estavam inseridos no sistema social da época e que por esse motivo ocupavam as ruas das cidades. Constituíam um grupo que merecia atenção pelo fato de interferirem no funcionamento desses locais. Duas soluções foram propostas para se lidar com essa questão: a primeira foi a retirada imediata desses indivíduos das ruas, a segunda a devolução dos mesmos para seus pais. Quando esses não podiam assumir essa responsabilidade, o Estado tomava para si tal tarefa, tratando as crianças vagantes como

criminosas e direcionando-as para instituições do tipo reformatórios, asilos ou até mesmo prisões.

Assim, percebe-se que ao menos desde o século XIX as crianças que causavam prejuízo ao bom funcionamento social eram objeto de preocupação nos EUA. Entendia-se que elas eram o futuro da nação e deveria ser bem educado e capazes de conviver socialmente (Conrad, 1980; Jones, 2002). Os agentes estatais preconizavam a institucionalização das mesmas em locais que as treinassem para apresentarem bom comportamento. A evitação da exposição a influências sociais negativas era a principal forma de inibir os comportamentos desviantes. O *Child Savers*<sup>11</sup> foi fundamental no desenvolvimento dessa ação.

Com o progressivo aumento do poder e prestígios da medicina, alcançado pelo avanço do conhecimento, da expertise técnica, da organização política da categoria e dos instrumentos de formação, os médicos se ofereceram e foram convocados a incidir sobre diversas questões de ordem social, dentre elas a das crianças que apresentavam comportamentos desviantes (Conrad, 1980). A psiquiatria assumiu lugar de destaque nesse empreendimento situando os comportamentos disruptivos como sinais de adoecimento mental.

Vale lembrar que a teoria dominante na época era a da degenerescência, que via nos fatores biológicos e físicos a origem dos transtornos mentais e por esse motivo pouca coisa poderia ser feita para mudar o curso da doença. Os indivíduos eram segmentados por suas características que já surgiam durante a infância, apontando para o tipo de comportamento desviante que eles apresentariam ao longo de suas vidas (LEVINE & LEVINE, 1970; STEWART, 2011).

A psicanálise foi uma das mais importantes correntes intelectuais a quebrar essa visão, já no séc. XX (JONES, 2002). Insatisfeitos com a ideia de que as crianças estavam fadadas ao fracasso e seguindo os pressupostos de Ana Freud, os psicanalistas norte-americanos afirmavam que elas poderiam ser curadas se estivessem em um ambiente familiar ou institucional apropriado que lhes fornecesse estabilidade emocional, boas experiências e evitasse traumas. Isso inibiria a manifestação de atos disruptivos e favoreceria o desenvolvimento normal das crianças.

---

<sup>11</sup> O *Child Savers* foi um grupo surgido nos Estados Unidos que influenciou no surgimento de um sistema de justiça voltado para o julgamento de crianças e adolescentes. A meta principal deste grupo era a intervenção nos comportamentos desviantes por meio de práticas educativas, de justiça e posteriormente médicas. Os atos delinquentes foram o foco da preocupação desse grupo. O maior feito dos *Child Savers* foi a criação da primeira corte juvenil, fundada em 1899 em Chicago.

Para esses psicanalistas, as crianças demandavam a intervenção dos pais para que pudessem encontrar uma forma de socializar com os demais. Assim, eles procuraram estabelecer um trabalho que explicasse às crianças quais sentimentos elas estavam vivenciando e sua origem, o que ficou conhecido como pedagogia das emoções. (JONES, 2002; ANGOLD & COSTELO, 1996).

As consequências desse posicionamento foram, por um lado, a instauração de tratamento e, por outro, a sujeição das crianças desviantes à intervenção estatal. Este último fato implicou que, para garantir o bem-estar desses indivíduos, o Estado se outorgou o direito de protegê-las até mesmo de seus pais. Assim, as que estivessem em risco foram retiradas de suas famílias e conduzidas para instituições que lhes forneceriam os meios para serem “adequadamente” educadas (STEWART, 2011).

A meta era a prevenção de atos que pudessem violar as leis ou perturbar a ordem social. Vale lembrar que entre final do séc. XIX e início do séc. XX o Estado norte americano patrocinava diversos movimentos, dentre eles o *Child Savers* e o *Child Guidance*, que tinham esse objetivo (Blanton 2016; Jones, 2002). Naquele momento ocorria a aproximação entre direito e medicina, pois surgiam questões sobre a validade das decisões jurídicas e como elas poderiam ser embasadas em fundamentos médicos para ganharem materialidade.

Destacamos que esse tipo de abordagem foi dominante nos Estados Unidos ao longo de vários anos e esteve presente nas chamadas *child guidance clinics*, que visavam a integração dos sistemas religiosos, educacionais e psiquiátricos e receberam grande suporte e acolhimento dos pais, médicos e sociedade. Mas, afinal, o que é foi o *Child Guidance Movement*? Jones (2002) afirma que inicialmente ele foi caracterizado como uma espécie de higiene mental exercida em clínicas destinadas ao tratamento de crianças problemáticas. Por volta do ano de 1940, assumiu uma interpretação psicanalítica dos problemas de comportamento de este público, fornecendo um suporte terapêutico para a resolução dos mesmos. De um modo ou de outro, estava estreitamente ligado ao discurso medicalizantes e adaptativo.

O *Child Guidance Movement* experimentou dois grandes momentos em sua história: o primeiro se deu com a crise de 1929. Aqui os psiquiatras procuravam localizar nas mudanças sociais e econômicas da época o motivo pelo qual os pais perderam o controle sobre o comportamento de seus filhos. Acreditavam que era necessário que fossem estabelecidas regras claras e um ambiente seguro em termos emocionais e econômicos, para que a criança se desenvolvesse de maneira saudável (Blanton, 2016 Levine & Levine,1970; Steversen, 1934).



O segundo momento ocorreu a partir de 1945, já sob o primado da psicanálise. Com a entrada das mulheres no mercado de trabalho e com o fato de as crianças passarem pouco tempo com seus pais, os psiquiatras norte americanos afirmavam que a origem dos problemas emocionais vivenciados por sua clientela deveria ser atribuído a ausência materna e com isso sugeriam que as mães precisavam reestabelecer o contato emocional com seus filhos, para que eles não apresentassem problemas de comportamento e adaptação social futuros.

A história do movimento de *Child Guidance Movement* é explorada aqui, pois é intimamente atrelada à história do movimento psiquiátrico norte americano que, a partir de 1910, procurou mapear de que modo se formava a personalidade dos indivíduos e a das crianças normais (Armbruster & Stone, 1994). Os chamados *child guiders* também tinham esse propósito, porém admitiam que seria possível intervir no modo de desenvolvimento dos indivíduos, visando alterar o curso de sua personalidade.

É relevante destacarmos que, apesar de o *child guidance* poder ser lido como um movimento que visou medicalizar os desvios de comportamentos na infância e conseqüentemente atuar na prevenção dos desvios sociais futuros, ele também era uma estratégia de cuidado naquele momento. Isso porque o *child guidance* inaugurou a possibilidade de tratamento de crianças e adolescentes no território norte americano.

As *child guidance clinics* assumiram grande importância social devido à articulação de três atores importantes: o Estado norte americano, que o ofereceu apoio financeiro; os profissionais que atuavam nas clínicas e que procuravam atender as demandas que lhes eram direcionadas, fornecendo explicações sobre o comportamento desviante; e, por fim, o público em geral, que demandava das clínicas direcionamento para como lidar com seus filhos (JONES, 2002; BLANTON 2016).

Stewart (2011) sinaliza que a psicanálise foi a principal teoria dominante para que esse movimento fosse realizado, tendo em vista que, a partir das noções de criança atrasada e adolescente delinquente, foi possível fazer com que o discurso médico alcançasse um público que possuía desvios comportamentais leves.

A partir da tese de que a criança problema poderia ser curada, pretendia-se que as orientações dadas pelos profissionais fossem seguidas pelos pais (Armbruster & Stone, 1994; Blanton, 2016; Steversen, 1934). Assim, o *Child Guidance Movement* rejeitou os princípios estabelecidos pela teoria da degenerescência, que localizava nos fatores biológicos associados a questões de ordem moral a origem dos desvios. Antes disso, os *child guiders* acreditavam que o ambiente familiar e as relações entre pais e crianças é que deveriam ser o foco de intervenção para que os comportamentos considerados problemáticos fossem erradicados.

Duas categorias diagnósticas foram influentes: a criança pré delinquente e a criança comum. A primeira era vista como um indivíduo que, devido à sua condição social, às limitações financeiras de sua família e ao distanciamento de seus pais, poderia estar em risco de realizar atos criminosos e mostrar-se socialmente desadaptada. Já a criança comum tinha as mesmas questões da criança pré delinquente, mas, devido à sua classe social, não estaria em risco para comportamentos criminosos, o que demonstra uma clara segmentação dentro do trabalho desenvolvido nesses espaços (STEWART, 2011).

Diante do exposto, é possível perceber que os *Child Savers* e o *Child Guidance Movement* foram fundamentais para o processo de medicalização dos comportamentos ditos desviantes nos EUA. O último em especial contribuiu decisivamente para a estabelecimento da infância como objeto da psiquiatria e para a adoção de uma abordagem corretiva dos referidos comportamentos (CONRAD, 1980; LEVINE & LEVINE, 1970; ARMBRUSTER & STONE, 1994; STEWART, 2011; BLANTON, 2016; JONES, 2002).

Isso se deu em um contexto em que comportamentos desviantes passaram a fazer parte do imaginário popular norte americano e houve consolidação da autoridade dos médicos como agentes de resolução de problemas sociais. Vale lembrar que a maioria dos indivíduos que eram atendidos nas *child guidance clinics* não possuía um diagnóstico psiquiátrico formal e era direcionada às mesmas apenas em função de comportamentos transgressores (JONES, 2002).

Este fato demonstra a capacidade de adaptação e de medicalização dessas instituições e como estavam em confluência com as ideias que vigoravam na psiquiatria da época. Ao tomar os desvios comportamentais como foco de seu trabalho, o *Child Guidance Movement* abarcou virtualmente todas as crianças que chegavam nas clínicas. Visava controlá-las a partir de intervenções individuais e também no seu ambiente de vida (BLANTON, 2016).

Este movimento é o principal antecedente histórico do modo como os transtornos mentais infantis seriam posteriormente abordados no território americano. Essa visão, alinhada às pesquisas em Psiquiatria do Desenvolvimento, fez com que a psiquiatria elegesse a criança problema como foco de intervenção tendo em vista um ideal de desenvolvimento infantil e uma demanda clara de reestabelecimento do comportamento dito normal (JONES, 2002; CONRAD, 1980; CHESS, 1943).

Nesta dissertação considera-se que as categorias diagnósticas atualmente voltadas para os comportamentos disruptivos podem ser conectadas aos problemas que sempre despertaram interesse dos médicos americanos. Diagnósticos como o de Transtorno de Oposição Desafiante encontram seus antecedentes em discussões sobre a dificuldade de adaptação a

regras e sobre a maneira como a criança deve ser educada para adaptar-se ao contexto social. Abordaremos em seguida o modo pelo qual essas discussões deram origem aos diagnósticos voltados para o público infante juvenil no DSM e o caminho percorrido até a criação do TOD. Os comportamentos disruptivos dão indicação desse percurso.

### **3.2- A infância no DSM: Surgimento e classificação dos comportamentos disruptivos e sua relação com o TOD**

A classificação dos transtornos mentais nos Estados Unidos passou por inúmeros debates até sua padronização com a publicação do DSM I em 1952. Antes do surgimento deste manual, as classificações eram restritas aos centros de pesquisas e possuíam um caráter local, variando de acordo com o estado e o referencial teórico adotado pelos psiquiatras de cada instituto. O DSM se constituiu em um esforço para a padronização das classificações naquele país (APA, 1952).

O contexto social que impulsionou tais mudanças em relação a classificação dos transtornos mentais, se deu com as mudanças que advieram do pós guerra. Os veteranos apresentavam questões psiquiátricas, resultados da exposição aos conflitos militares. Porém, elas não se encaixavam nos diagnósticos disponíveis e foi aí que surgiu a necessidade de uma nova classificação.

O conceito de reação psíquica a momentos estressores foi fundamental para que o referido manual pudesse agrupar os sintomas em categorias, tomando como base abordagens psicossociais e psicanalíticas da época. Os organizadores consideravam que tais reações seriam passageiras e por esse motivo não poderiam ser equiparadas a transtornos mentais permanentes. Esse raciocínio era utilizado para todos os transtornos, inclusive as categorias voltadas para a infância.

Três categorias são fundamentais no que se refere a essa faixa etária: 1) reações de adaptação na primeira infância, 2) reações de adaptação na infância e 3) distúrbios de conduta. A primeira diz respeito a falta de interação entre a criança e os pais ou à dela ausência durante o referido período. Os sintomas principais seriam dificuldades de se alimentar, dormir e interagir com os responsáveis. A segunda categoria se volta para indivíduos que apresentam conflitos emocionais internos e não teriam relação com o ambiente no qual elas estão inseridas. Sendo assim não representam um transtorno mental, apenas um momento de conflito interno das crianças. A terceira categoria era aplicada a crianças que apresentavam algum tipo de distúrbio de conduta transitório, sendo manifestado na escola ou

no ambiente familiar, não se aplicando em casos onde há lesão cerebral. Os sintomas principais eram roubo, destruição de propriedade, uso de álcool e outros.

Percebe-se que o DSM I assume que os transtornos mentais voltados para a infância são de caráter transitório e não devem ser entendidos como possuindo um caráter orgânico em si. O ambiente familiar e social da criança são os principais fatores que desencadeariam as reações desajustadas. O foco principal do tratamento se localizava na modificação dessas relações, sem considerar que as mesmas seriam advindas de questões biológicas.

Na segunda edição do DSM, publicada em 1968, ocorre a repetição do padrão utilizado na primeira versão do manual. Os organizadores entendiam que os transtornos mentais surgidos neste período, de maneira geral, deveriam ser vistos como reações passageiras frutos de conflitos emocionais ou derivadas da relação que a criança mantinha com seu ambiente, sobretudo o familiar (APA, 1968).

O manual não realizou uma separação clara entre os transtornos típicos da infância e os da adolescência, cabendo a ambos a aplicação dos diagnósticos. O caráter transitório de tais sintomas era um elemento que também se aplicava aos dois períodos do desenvolvimento. Caso persistissem, eram consideradas sinais de um transtorno mental mais grave, como uma psicose, por exemplo, e era possível realizar a substituição do diagnóstico.

As categorias diagnósticas presentes no DSM I se mantiveram e houve o acréscimo de quatro novas categorias: reação hiperativa, reação de afastamento, reação ansiosa e reação de fuga. A primeira era voltada para crianças que apresentam comportamento agitado, inquietude e dificuldades de concentração, podendo ser lida como a precursora do TDAH, presente nos manuais seguintes. A segunda foi direcionada a crianças que apresentavam o comportamento de fuga do ambiente escolar ou familiar, devido a dificuldades de se adaptarem a esse local e às suas regras. A terceira era destinada a indivíduos que exibiam um comportamento ansioso maior do que o esperado para a faixa etária e medo exacerbado. Por fim, a quarta reação era reservada aqueles que possuíam um comportamento evitativo, fugindo de situações que podiam elevar seus níveis de ansiedade. O manual considerava que esses paciente podem possuir um nível de imaturidade maior que a média e essa era a principal explicação para tais comportamentos.

Deste modo, percebe-se que tanto a primeira quanto a segunda edição do DSM reservavam pouco espaço para discutir os distúrbios de comportamento na infância. Isso pode ter ocorrido pelo fato de os psicanalistas dedicarem maior interesse no tratamento de adultos e pouco debaterem sobre o adoecimento na infância. Devido ao fato de estas edições possuírem uma forte influência da psicanálise, as noções de reação e explicação voltadas para o ambiente

e a relação pais e filhos eram os pontos nos quais se alicerçavam as explicações etiológicas dos transtornos mentais. Essa maneira de conceber os transtornos mentais sofreu mudança radical a partir do DSM III, lançado em 1980 (APA, 1968).

Esta versão representou uma virada teórica no modo como a psiquiatria norte americana se organizava e pode ser lida como o momento no qual a Psiquiatria Biológica assume a modelagem do manual classificatório americano (Uhr, 2014; Russo & Venâncio, 2006). Tal movimento significou a recusa total das teses sobre o adoecimento psicológico preconizadas pelos psiquiatras que assumiam uma abordagem psicossocial e pelos psicanalistas da época.

Quando estudamos a classificação das alterações de comportamento na infância no DSM III-R, é possível afirmar que elas estão em geral associadas aos chamados comportamentos disruptivos, definidos como aqueles que desviam das normas estabelecidas por um ambiente ou para a faixa etária que o indivíduo se encontra (Quay, 1999). Eles podem apresentar ou não a violação das normas sociais. Também causam prejuízos aos indivíduos que exibem esse tipo de comportamento, seja pela dificuldade de adaptação ao ambiente, seja pelos comportamentos inadequados que ele exige.

Os comportamentos classificados nesse tipo de grupo podem ser definidos como opositivos, agressivos, antissociais e delinquentes (Matthys & Lochman, 2010). Os comportamentos opositivos ou não colaborativos são definidos como atos nos quais a criança resiste ao cuidador. Essa resistência pode ocorrer de maneira ativa ou passiva. Como exemplo da primeira temos a recusa direta a seguir determinadas ordens vindas de pais e cuidadores e, na segunda, podem ser localizados os comportamentos de ignorar as ordens que são dadas pelos cuidadores (QUAY, 1999).

Outra maneira de apresentação desse tipo de comportamento é a resistência agressiva às ordens que dadas, o que é classificado como uma forma severa de não colaboração e é vista como mais grave dentro da classificação dos comportamentos (Matthys & Lochman, 2010). Por isso, faz-se necessário distinguir esses comportamentos da busca de autonomia, tendo em vista que rejeitar alguns cuidados faz parte da diferenciação entre a criança e os adultos.

Um modo diverso de comportamento disruptivo é a agressão, que pode ser definida como “um comportamento deliberadamente destinado a prejudicar as pessoas” (Matthys & Lochman, 2010. p, 2). Ela pode ser classificada como agressão física, verbal ou relacional. Na agressão física há a intenção de causar um mal físico a um indivíduo. Já a agressão verbal diz respeito a xingamentos ou tentativas de difamar a imagem de uma pessoa. Por fim, a agressão relacional é aquela na qual o indivíduo prejudica um terceiro com o objetivo de ser aceito em

um determinado grupo. Podem ser espalhados boatos ou voluntariamente procura-se caluniar a imagem de alguém com o intuito de obter aprovação social. Tais comportamentos são mais comuns no sexo feminino e demonstram que a agressividade em mulheres pode ter outra forma de apresentação.

Os comportamentos antissociais ou delinquentes são mais uma maneira de classificação dos atos disruptivos. O primeiro é definido como um ato pelo qual as normas sociais e os direitos de outras pessoas são violados. Esses podem ser vistos em mentiras, violação de propriedade e até mesmo transgressão de leis. Quando os comportamentos antissociais violam leis, eles são classificados como atos delinquentes. Para que entrem nesse último grupo, as variáveis sociais e o que cada sociedade considera como delinquência são elementos fundamentais (MATTHYS & LOCHMAN, 2010).

É relevante destacar que cada um desses modos de apresentação dos comportamentos disruptivos é relacionado a um diagnóstico, tendo sido desdobrados em outras categorias com o desenvolvimento do DSM. Na terceira versão revisada do manual classificatório americano eles foram associados a: 1) Transtorno de Oposição (TO), e 2) Transtorno de Conduta (TC).

O TDAH, apesar de não se encaixar no grupo dos comportamentos disruptivos, é um dos transtornos que apresenta altas taxas de comorbidade com o TOD. Apesar disso, no DSM III-R o TDAH é classificado junto com os transtornos disruptivos. Por esse motivo e também devido à sua importância incluiremos uma breve apresentação deste diagnóstico nesta seção (Loeber, 1991; Quay, 1999; Riley, 2016). O TDAH foi definido como “um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que é mais frequente e grave do que é tipicamente observado em indivíduos em um nível de desenvolvimento comparável” (APA, 1980 p 78). Foi dividido em dois tipos: o primeiro com hiperatividade e o segundo sem sintomas de hiperatividade.

Crianças diagnosticadas com TDAH tendem a apresentar comportamentos que as impedem de fazer tarefas básicas do dia a dia, como as realizadas na escola, leitura de textos, dificuldades de ficar parada, etc. A impulsividade é o principal fator que diferencia esses indivíduos de outros na mesma faixa etária, sendo tais atos observados tanto no ambiente escolar, familiar e no caso de adultos no trabalho (APA, 1980).

Desta maneira, autores como Loeber (1991), Rey (1993) e Riley (2016) salientam que o TDAH pode ser visto como um fator de risco para o desenvolvimento de TOD, devido ao fato de a criança apresentar atitudes impulsivas e agressivas. Tais atos podem ocorrer em qualquer lugar no qual a criança está inserida levando a prejuízos sociais e, por esse motivo, o diagnóstico diferencial é fundamental.

Aos nos debruçarmos sobre os comportamentos disruptivos, encontramos o diagnóstico de Transtorno de Conduta. Considerado como uma das categorias mais controversas voltadas para a infância (Quay, 1999), ele é definido como um “Padrão persistente de conduta no qual tanto os direitos de outras pessoas quanto as normas sociais são violados. Este tipo de conduta apresenta maior intensidade e severidade do que as realizadas por outras crianças e adolescentes.” (APA, 1980, p 45).

Um ponto a ser destacado é que a violação das regras vistas como apropriadas para a faixa etária em questão é um dos critérios fundamentais para essa categoria. O TC se localiza no grupo dos comportamentos disruptivos, tendo em vista que ele rompe com as normas que seriam adequadas e envolve a violação de direitos de outros indivíduos. A questão polêmica desse tipo de transtorno é sua interface com a criminalidade, o que faz com que alguns psiquiatras relutem em dar esse diagnóstico a seus pacientes (QUAY, 1999).

Outra questão relevante é que as relações acadêmicas de indivíduos que recebem esse diagnóstico são severamente prejudicadas e marcadas por diversos problemas, que envolvem desde suspensões, dificuldades de relacionamento com professores e colegas e em casos mais severos podem levar até mesmo a evasão escolar, uma vez que a criança ou adolescente não consegue se adaptar a esse tipo de ambiente. É necessário ressaltar que, apesar de existir uma profunda relação entre o Transtorno de Conduta e atos delinquentes, não necessariamente um indivíduo que recebe esse diagnóstico estará fadado a tornar-se um criminoso (Loeber, 1991; Burke, 2002).

Podemos afirmar que é entre o diagnóstico de TDAH e de TC que temos o surgimento do Transtorno de Oposição (TO), sendo definido inicialmente como um “padrão recorrente de comportamento negativista, desafiador, desobediente e hostil em relação a figuras de autoridade que persiste por pelo menos seis meses” (APA, 1980, p 91).

Da mesma maneira que as outras categorias presentes nesta seção, o TO é visto como problemático apenas se os comportamentos de oposição estiverem presentes em uma proporção maior do que a esperada em indivíduos da mesma idade (APA, 1980). Podemos afirmar que o critério de exacerbação dos sintomas disruptivos é o que caracteriza os transtornos listados nesse grupo e dessa maneira o desvio e transgressões das normas esperadas para a idade seriam os principais fatores problemáticos.

Em relação ao Transtorno de Oposição, encontramos na terceira edição do DSM que este pode ser um padrão de comportamento desafiante para com figuras de autoridade, sobretudo familiares, também podendo se direcionar a professores e até mesmo crianças da mesma idade. Desta forma, mesmo que a ação proposta traga benefícios para a criança como,

por exemplo, se alimentar e realizar a higiene pessoal, ela pode se recusar a fazê-la pelo fato de esta vir de uma autoridade.

A presença do comportamento argumentativo é frequente, sobretudo quando ele não deseja realizar uma tarefa e quando as ordens lhe são dirigidas por uma autoridade. Outro ponto que é comum é que, quando a criança não deseja fazer o que lhe foi solicitado, ela poderá apresentar atos impulsivos, como bater ou quebrar objetos, demonstrando dificuldades para a regulação emocional (APA,1980). Por fim, o indivíduo com TO, de acordo com o manual, não se considera opositor; pelo contrário, atribuí este tipo de atitude aos outros ao seu redor e com isso não vê problema em seus atos.

O diagnóstico diferencial entre TDAH e TC é requerido para que não sejam confundidos os sintomas de cada um destes diagnósticos (APA, 1980). Apesar disso, ao investigarmos a literatura disponível, percebemos que não houve o estabelecimento de uma ferramenta diagnóstica específica para o TOD e com isso ele apresenta dependência dos instrumentos que são utilizados para o TDAH e TC. Ademais, alguns dos sintomas são compartilhados, sobretudo com o TC. Em edições posteriores do DSM encontramos o adendo de que, para ser diagnosticada com Transtorno de Conduta, uma criança precisa preencher todos critérios que são colocados para o TDO (QUAY, 1999; Riley, 2016; Rey et al, 2015).

Ao analisarmos o processo de constituição da referida categoria, podemos afirmar que o TOD é dependente de outras entidades clínicas um pouco mais bem estabelecidas, como o TC e o TDAH. Isso levanta a questão de que esta categoria pode ter surgido como uma forma de atenuar o estigma colocado em crianças que recebem o diagnóstico de Transtorno de Conduta. Assim, o Transtorno de Oposição, chamado em edições posteriores de Transtorno de Oposição Desafiante seria um tipo de desvio de conduta, porém com menor poder de depreciação e menor correlação com a criminalidade (REY, 1993; QUAY, 1999; RILEY, 2016).

Na quarta edição do DSM, lançada em 1994, encontramos uma seção que lista apenas os transtornos que são geralmente diagnosticados na infância e adolescência; dentre eles temos novamente a presença do TDAH, TC e TOD. Esta seção representa um trecho relativamente pequeno quando comparada ao manual como um todo (Quay, 1999). Em sua organização, ela seguiu a mesma orientação de todo o DSM.

Tais orientações se direcionam para: 1) basear todas as mudanças propostas no manual em preceitos científicos e revisões empíricas e não nas convicções e orientações pessoais dos integrantes dos grupos de pesquisa; 2) propor critérios diagnósticos que sejam claros e que



estejam alinhados com os conhecimentos científicos, podendo ser utilizados em outros contextos (APA, 1980).

Apesar dessa busca por fundamentos científicos, o DSM IV apresenta uma série de dificuldades para poder realizar tais pressupostos, tendo em vista que grande parte das críticas que se direcionam para o referido manual localizam na elasticidade dos critérios adotados um dos principais pontos problemáticos que ele apresenta, podendo ser um objeto de ampla medicalização dos indivíduos, tomando questões cotidianas como sinais de um transtorno mental (CONRAD, 2007; FRANCES, 2016).

Outro ponto de crítica à quarta edição do manual é a capacidade de aumento das epidemias de transtornos mentais voltadas para a infância. Frances (2016) argumenta que o lançamento do DSM IV facilitou a inflação diagnóstica em relação a esse público infantil, tendo em vista que o limiar de tolerância aos sintomas sofreu rebaixamento e indivíduos que antes não preencheriam os critérios passaram a ser incluídos nos quadros patológicos descritos no manual.

O autor situa a indústria farmacêutica como a principal responsável pela inflação de diagnósticos, incluindo os voltados para crianças. Esse movimento gerou três grandes epidemias: autismo, TDAH e transtorno bipolar infantil. Frances afirma que a maior parte do público diagnosticado não apresenta sofrimento exacerbado, mas é especialmente acessível a novos medicamentos, divulgados por meio de campanhas publicitárias patrocinadas pela referida indústria.

Retomando a análise dos manuais classificatórios, no DSM 5 os Transtornos Disruptivos incluem as seguintes categorias: Transtorno de Oposição Desafiante, Transtorno Explosivo Intermitente, Transtorno de Conduta, Transtorno de Personalidade Antissocial, Piromania e Cleptomania. Todas essas categorias dizem respeito a transtornos que envolvem o controle das emoções e do comportamento, gerando ações que podem violar o comportamento de outros indivíduos.

Como causas etiológicas para estes comportamentos, o manual lista que estas podem variar e nesse sentido considera que fatores familiares, sociais e biológicos contribuem para que um transtorno seja desenvolvido. A violação de normas sociais e o desafio a figuras de autoridade são os fatores fundamentais que caracterizam os transtornos listados nesta seção (APA,2013).

O DSM 5 destaca ainda que todos os transtornos listados aqui dizem respeito à dificuldade de auto controle por parte daquele que recebe o diagnóstico, sendo refletido tanto em problemas tanto de regulação emocional quanto comportamental. Para a avaliação da

severidade do transtorno, a violação dos direitos de outras pessoas é considerada fundamental, pois diz respeito a como o indivíduo se relaciona com os outros ao seu redor.

Por fim, o manual afirma que muitos dos comportamentos que são listados dentro dessa parte do DSM são encontrados em crianças e adolescentes que têm seu curso de desenvolvimento considerado normal. Por esse motivo destaca que é fundamental que a frequência e a intensidade destes atos seja considerada em relação ao padrão de comportamento que é exibido por crianças da mesma idade, caso não seja, há o indicativo de um transtorno.

### 3.3- O diagnóstico de Transtorno de Oposição Desafiante no DSM

A categoria de Transtorno de Oposição Desafiante teve seu surgimento na terceira edição do DSM, com o nome de Transtorno de Oposição. Desde então ela passou por algumas modificações. No DSM 5 ela é definida como:

Um padrão de humor raivoso/irritável, de comportamento questionador/desafiante ou índole vingativa com duração de pelo menos seis meses, como evidenciado por pelo menos quatro sintomas de qualquer das categorias seguintes e exibido na interação com pelo menos um indivíduo que não seja um irmão. (APA, 2013 p, 506).

Já na Classificação Internacional de Doenças (CID-10) comparece com outro nome, sendo denominado de Distúrbio Desafiador e de Oposição e é definido como um:

Transtorno de conduta manifestando-se habitualmente em crianças jovens, caracterizado essencialmente por um comportamento provocador, desobediente ou perturbador e não acompanhado de comportamentos delituosos ou de condutas agressivas ou dissociais graves. (OMS, 1989. p 52).

Nota-se que em ambos os manuais a recorrência de *comportamentos opositivos diante de figuras de autoridades, humor irritável e um comportamento provocador* são sinais que caracterizam a categoria diagnóstica e dessa maneira podem ser lidos como as características essenciais dos mesmos. Esses comportamentos comparecem na idade pré escolar e é necessário que sejam observados com cautela para que não seja confundidos com as respostas esperadas para essa idade (HAMILTON & ARMANDO, 2008).

Na CID-10, o TOD é enxergado como uma forma inicial do TC e dessa maneira ambos são colocados em uma espécie de contínuo entre si, demonstrando relações evolutivas. Isso gera uma série de questões, tendo em vista que estudos que utilizam o CID e o DSM para análise do Transtorno de Oposição Desafiante chegam a conclusões diferentes sobre seu lugar enquanto uma categoria diagnóstica independente (OMS, 1989).

Na CID 11, lançada em 2019, o diagnóstico de Transtorno de Oposição Desafiante se manteve, sendo localizado juntamente aos transtornos disruptivos e transtornos dissociais. Sendo definido como um padrão persistente de comportamento desafiador, provocativo ou rancoroso, que persiste por cerca de seis meses tendo como consequência o prejuízo nas relações sociais, familiares e escolares da criança diagnosticada (OMS, 2019).

O critério de que o comportamento desafiador é mais frequente do que em indivíduos da mesma idade é mantido dentro desta edição. Outro fator destacado é que as respostas opositivas não se relacionam a uma única pessoa, mas passam a ser consideradas um padrão global, a partir da qual a criança age com qualquer figura de autoridade que se apresente para ela.

A décima primeira edição do manual trouxe uma novidade em relação a classificação do TOD. Foram incluídos dois subtipos para o transtorno, que dizem respeito a presença crônica ou não de raiva. O primeiro subtipo listado é o Transtorno de Oposição desafiante com a presença crônica de irritabilidade e raiva. Para ser classificada aqui uma criança precisa atender aos critérios listados para o transtorno e preencher os demais listados no manual.

Este tipo se refere a crianças que possuem um padrão de reações de raiva além do esperado para sua idade, frequentemente ficando irritadas ou ressentidas com ordens que lhes são direcionadas, exibem atos desproporcionais a provocações mínimas de colegas e perdem o controle em suas respostas emocionais, gerando com isso agressões a outras pessoas ao redor, sejam elas físicas ou verbais. Outro ponto destacado é que o indivíduo pode agir desta maneira, mesmo que não esteja recebendo ordens ou sendo provocado por colegas.

O segundo subtipo se refere ao Transtorno de Oposição Desafiante sem a presença de irritabilidade ou raiva crônica. Nessas crianças as reações de raiva tendem a ocorrer de maneira esporádica e sem maiores persistências ao longo de seu desenvolvimento, sendo restritas a situações nas quais ela é confrontada por alguma figura de autoridade e reage de maneira agressiva as suas ordens (OMS, 2019).

O interesse social também é listado no manual como um dos critérios que devem ser avaliados. Basicamente ele aponta para como a criança diagnosticada com TOD se comporta em relação às interações com outras pessoas sinalizando que indivíduos com pouco interesse social tendem a apresentar pouco remorso, ausência de interesse por sentimentos de outras pessoas, pouca preocupação com seu desempenho escolar ou laboral e ausência de expressão emocional.

Por fim, o manual destaca que os adultos que foram diagnosticados com TOD podem experimentar dificuldades em seus relacionamentos interpessoais e fracasso no trabalho,

devido ao fato de não seguirem as regras que são estabelecidas. Afirma ainda que indivíduos que apresentam pouco interesse social tendem a apresentar Transtorno de Conduta futuramente, o que demonstra algum grau de comorbidade entre os o TOD e o TC.

Procurando apresentar uma solução para a controvérsia se o TOD seria uma forma inicial de TC, o manual afirma que ambos são diagnósticos distintos. Com isso, não menciona mais uma continuidade entre ambas categorias, mas sim comorbidade. Para que os dois diagnósticos sejam dados a uma criança os critérios deverão ser preenchidos de maneira separada para cada categoria (OMS, 2019).

Ao analisar a história do TOD, encontramos que a primeira menção a este diagnóstico se deu no DSM-III, em 1980. Com o nome de Transtorno de Oposição (TO), sua principal característica era um padrão de desobediência e oposição a figuras de autoridade. Já nessa época o diagnóstico só era atribuído se não houvesse a violação dos direitos de outras pessoas e das normas sociais. Neste caso o diagnóstico de Transtorno de Conduta (TC) seria aplicado. A idade mínima de início dos sintomas era três anos, podendo se manifestar na infância e até mesmo na adolescência. (APA, 1980).

No DSM III os atos opositivos se dirigiam essencialmente para as figuras paternas e não a outras figuras de autoridade. Esse padrão era visto mesmo quando a atitude traria algum benefício ao indivíduo, momento no qual ele poderia realizar o que lhe era pedido, porém com uma atitude provocativa para com aquele que lhe determinou tal ação. As provocações se dirigiam majoritariamente aos adultos que cuidavam da criança.

Destacamos que, na primeira definição do TOD, entendia-se que a criança de um modo geral não se via como opositora, mas acreditava que o problema estava em outras pessoas ao seu redor (APA, 1980). Dessa maneira, o comportamento em questão causaria mais problemas no ambiente no qual ela estava inserida do que na sua própria vida e funcionamento individual.

Dentre as principais consequências da patologia ao longo da vida dos indivíduos, a terceira edição do manual lista que os sintomas podem ser crônicos, podendo durar toda a vida, causando sérios prejuízos sociais e problemas de aprendizagem, devido à recusa a aprender, levando conseqüentemente a um baixo nível de escolaridade e impossibilidade de inserção no mundo do trabalho. Os critérios diagnósticos para o Transtorno de Oposição são listados na tabela 1.

**Tabela 1: Critérios Diagnósticos para o Transtorno de Oposição de acordo com o DSM III**

<b>CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS TRANSTORNO DE OPOSIÇÃO DSM III</b>
<b>A. Início após os 3 anos de idade e antes dos 18 anos.</b>
<b>B. Um padrão, por pelo menos seis meses, de oposição desobediente, negativista e provocativa a figuras de autoridade, manifestado por pelo menos dois dos seguintes sintomas:</b> <b>(1) Violação de pequenas regras</b> <b>(2) Acessos de raiva</b> <b>(3) Argumentação</b> <b>(4) Comportamento Provocativo</b> <b>(5) Teimosia</b>
<b>C. Nenhuma violação dos direitos básicos de terceiros ou das principais normas ou regras sociais apropriadas à idade (como no Transtorno de Conduta); e o distúrbio não é devido a outro transtorno mental, como Esquizofrenia ou um Transtorno Invasivo do Desenvolvimento.</b>
<b>D. Se tiver 18 anos ou mais, não atende aos critérios para Transtorno de Personalidade Passivo-Agressivo.</b>

Fonte: APA, 1980. p, 64-65.

Na revisão da terceira edição do manual, o DSM III – R, de 1987, observa-se uma mudança no diagnóstico. Além da alteração do nome de Transtorno de Oposição para Transtorno Desafiador de Oposição, alguns dos critérios foram mudados. A definição do mesmo enquanto um padrão de oposição e comportamentos negativos diante de figuras de autoridade se manteve e a intensidade dos sintomas para além do visto com crianças da mesma idade também permanece enquanto um critério.

Nessa edição, o TOD é visto como algo que ocorre, sobretudo, no ambiente familiar da criança. Suas principais manifestações se dão com pais e outras figuras que ela conhece bem, e dificilmente acontecem no ambiente escolar, por exemplo. Destaca-se a dificuldade de identificar tais sintomas de oposição no exame clínico, sendo o relato dos responsáveis significativo para a definição do diagnóstico (APA, 1987).

Da mesma maneira, a criança não se veria como opositora, geralmente justificando seu comportamento como uma resposta às atitudes dos outros ao seu redor. Ao examinarmos informações relativas à prevalência, curso e outras questões, percebemos que nesse momento poucas informações são encontradas no manual, o que pode ser fruto da ausência de estudos realizados na época (APA, 1987; RILEY, 2016).

Outra mudança em relação ao DSM III é que nessa edição a idade de surgimento dos primeiros sintomas deveria ser de até 8 anos de idade, sendo o aparecimento na adolescência

descartado, ou seja, o TOD se constituiu aqui como uma categoria exclusivamente voltado para a infância. Indivíduos do sexo masculino tenderiam a receber mais esse tipo de diagnóstico. A tabela 2 lista os critérios diagnósticos para o transtorno Opositivo Desafiador de acordo com o DSM III-R.

**Tabela 2: Critérios Diagnósticos para o Transtorno de Oposição Desafiador de acordo com o DSM III-R**

<b>CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA TRANSTORNO OPOSITIVO DESAFIADOR DSM III-R</b>
<b>Nota: Considere um critério atendido apenas se o comportamento for consideravelmente mais frequente do que o da maioria das pessoas da mesma idade mental.</b>
<p><b>A. Um distúrbio de pelo menos seis meses durante o qual pelo menos cinco dos seguintes estão presentes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) muitas vezes perde a paciência</li> <li>(2) frequentemente discute com adultos</li> <li>(3) muitas vezes desafia ou recusa ativamente as solicitações ou regras de adultos, por exemplo, se recusa a fazer tarefas domésticas</li> <li>(4) muitas vezes deliberadamente faz coisas que irritam outras pessoas, por exemplo, agarra os chapéus de outras crianças</li> <li>(5) muitas vezes culpa os outros por seus próprios erros</li> <li>(6) costuma ser melindroso ou facilmente incomodado pelos outros</li> <li>(7) fica frequentemente zangado e ressentido</li> <li>(8) é muitas vezes rancoroso ou vingativo</li> <li>(9) costuma xingar ou usar linguagem obscena</li> </ul> <p><b>Nota: Os itens acima estão listados em ordem decrescente de poder discriminante com base nos dados de um ensaio de campo nacional dos critérios do DSM-III-R para Transtornos Disruptivos do Comportamento.</b></p>
<p><b>B. Não atende aos critérios para Transtorno de Conduta e não ocorre exclusivamente durante o curso de um transtorno psicótico, Distímia ou Episódio Depressivo Maior, Hipomaníaco ou Episódio Maníaco.</b></p>
<p><b>Critérios para gravidade do Transtorno Desafiador de Oposição:</b>  <b>Leve:</b> poucos sintomas, se houver, além dos exigidos para fazer o diagnóstico e apenas mínimo ou nenhum prejuízo na escola e no funcionamento social.  <b>Moderado:</b> Sintomas ou prejuízo funcional intermediário entre "leve" e "grave".  <b>Grave:</b> muitos sintomas além dos necessários para fazer o diagnóstico e prejuízo significativo e generalizado no funcionamento em casa e na escola e com outros adultos e colegas.</p>

Fonte: APA, 1987. P 57-58.

Na quarta edição do DSM, publicada em 1994, temos o que podemos chamar de uma consolidação da definição do Transtorno de Oposição Desafiante, como “um padrão recorrente de comportamento negativo, desafiador, desobediente e hostil em relação a figuras de autoridade que persiste por pelo menos 6 meses.” (APA, 1994, p. 91). A noção de que estes atos devem ocorrer com uma frequência maior do que o seria observado em crianças da mesma idade também se consolida nessa edição.

Para que seja qualificado como um comportamento opositivo, é necessário que ele não esteja associado a um transtorno mental mais grave, como um episódio psicótico ou algum

transtorno de humor. O manual reforça o fato de que a criança não deve atender os critérios diagnósticos para o Transtorno de Conduta, tendo em vista que, diferente da CID 10, o DSM IV os considera de maneira separada.

Os comportamentos negativos e desafiantes se manifestam a partir da constante resistência a seguir ordens, dificuldade de comprometimento e de estabelecer um diálogo com adultos. Os comportamentos desafiadores são expressos no fato de a criança não respeitar os limites impostos pelas figuras de autoridade, argumentações e por culpar em os outros por ações que são responsabilidade dela. Por fim, a hostilidade é expressa por perturbações e agressão verbal (sem que haja agressões físicas).

Nesta edição do manual, as manifestações do TOD eram vistas como acontecendo essencialmente no ambiente familiar, sendo pouco observadas na escola ou em outros locais (APA,1994). Elas podem ser direcionadas a figuras de autoridade ou a colegas, porém eles devem ser familiares à criança, não ocorrendo com outros com os quais ela não mantém laços afetivos.

Segundo Riley (2016), aqui temos a primeira abertura dentro do diagnóstico para que o mesmo possa ser visto como um padrão global de sintomas de oposição. Apesar de estes ocorrerem somente com pessoas com as quais a criança mantém uma relação, o fundamental é que eles passam a acontecer em outros ambientes e dessa forma as figuras de autoridade de outros locais podem ser alvos das respostas disruptivas apresentadas pela criança.

O transtorno é mais prevalente em indivíduos do sexo masculino que possuem o (APA, 2005). histórico familiar de pouca estabilidade emocional, e com brigas entre familiares. Também é comum que a criança não seja exposta a regras bem definidas ou a violência de forma indireta ou indireta e as dificuldades financeiras estejam presentes.

No que diz respeito ao curso, o manual aponta que a idade de 8 anos é vista como o limite para a consolidação dos sintomas, sendo frequentes no ambiente doméstico, mas podendo comparecer em outros locais. Esse tipo de mudança é gradual e se consolida ao longo dos anos. Outro dado relevante é que nesta edição do DSM há a consideração de que “em uma proporção significativa de casos, o Transtorno Desafiador de Oposição é um antecedente do desenvolvimento do Transtorno de Conduta” (APA, 2005 p. 92), o que demonstra uma hipótese de continuidade entre ambos que será descartada nas edições seguintes.

Como fatores de risco para o TOD, são apresentados o histórico de algum transtorno de humor em pelo menos um dos responsáveis pela criança. Também TDAH, TC e outros do comportamento disruptivo são colocados como relevantes para o surgimento do TOD. Na

tabela 3 apresentamos os critérios diagnósticos do Transtorno Opositivo Desafiador de acordo com o DSM IV.

**Tabela 3 Critérios Diagnósticos para Transtorno de Oposição Desafiante de acordo com o DSM IV:**

<b>CRITÉRIOS DIAGNOSTICOS TRANSTORNO DE OPOSIÇÃO DESAFIANTE DSM IV</b>
<p><b>A. Um padrão de comportamento negativista, hostil e desafiador que dura pelo menos 6 meses, durante os quais quatro (ou mais) dos seguintes estão presentes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) muitas vezes perde a paciência</li> <li>(2) frequentemente discute com adultos</li> <li>(3) muitas vezes desafia ativamente ou se recusa a cumprir os pedidos ou regras dos adultos</li> <li>(4) muitas vezes irrita deliberadamente as pessoas</li> <li>(5) muitas vezes culpa os outros por seus erros ou mau comportamento</li> <li>(6) costuma ser melindroso ou facilmente incomodado pelos outros</li> <li>(7) fica frequentemente zangado e ressentido</li> <li>(8) é muitas vezes rancoroso ou vingativo</li> </ul> <p><b>Nota: Considere um critério atendido apenas se o comportamento ocorrer com mais frequência do que é tipicamente observado em indivíduos de idade e nível de desenvolvimento comparáveis.</b></p>
<p><b>B. A perturbação do comportamento causa prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, acadêmico ou ocupacional.</b></p>
<p><b>C. Os comportamentos não ocorrem exclusivamente durante o curso de um Transtorno Psicótico ou do Humor</b></p>
<p><b>D. Os critérios não são atendidos para o Transtorno de Conduta e, se o indivíduo tiver 18 anos ou mais, os critérios não são atendidos para o Transtorno da Personalidade Anti-Social.</b></p>

Fonte: APA, 1994 p, 93-94.

Na revisão da quarta edição do DSM, a DSM IV–TR, de 2000, houve a manutenção dos critérios que são apresentados dentro da edição anterior e não ocorreram mudanças na maneira como o TOD é definido. Deste modo, percebemos que houve uma estabilização dos critérios dentro do manual e que eles permaneceram inalterados (APA, 2000).

Na quinta edição do DSM, lançada em 2013, houve uma alteração geral na maneira como o manual é organizado. Os diagnósticos que são voltados para a infância também sofreram mudanças e as teorias do neurodesenvolvimento passaram a ser as principais vias pelas quais os transtornos são agrupados (KLEIN & LIMA, 2021). Assim, o Transtorno de Oposição Desafiante foi colocado no grupo dos transtornos disruptivos do controle de impulsos e da conduta. Esse grupo inclui diagnósticos que listam “condições que envolvem problemas de autocontrole de emoções e de comportamentos” (APA, 2013, p. 431).

Os diagnósticos que são relacionados nesse grupo incluem essencialmente transtornos que sinalizam para comportamentos desviantes, que violam as normas sociais, o direito de



terceiros ou que demonstram uma dificuldade do indivíduo em controlar seus próprios impulsos e emoções.

Como fatores de risco para o TOD são referidas a questão do ambiente familiar, o baixo poder sócioeconômico, o ambiente com regras instáveis. Na quinta edição do DSM ainda permanece ambígua a possibilidade de associação entre Transtorno de Conduta e o TOD, uma vez que o manual sinaliza que indivíduos diagnosticados com TC teriam preenchidos previamente os critérios para TOD (APA, 2013).

As principais diferenças entre o DSM IV TR e o DSM 5 são relacionados aos fatores etiológicos do TOD. Nessa edição são levadas em conta as variáveis temperamentais, como baixa tolerância à frustração e dificuldade em internalizar regras (APA, 2013). Questões ambientais como agressividade parental, negligência também são relevantes. Por fim são ponderados os fatores fisiológicos e genéticos. O manual realiza uma ressalva para o fato de que a maioria desses fatores não foram estudados de maneira isolada no TOD e são advindos de estudos que versam sobre o Transtorno de Conduta. Esse fato aponta para uma carência de produções na área e para um paradoxo na pesquisa, uma vez que, como expresso no próprio DSM 5, não há a clareza se o TOD é fator de risco para o desenvolvimento do TC.

Salienta-se que a grande parte dos estudos não versam sobre o TOD de maneira isolada e no geral o fazem sempre em relação a outros diagnósticos. Parece-nos que tal diagnóstico foi se constituindo enquanto uma espécie de “meio do caminho” que apresenta grande interface com o TDAH e com o TC (RILEY,2016).

Na tabela 5 listamos os critérios para o diagnóstico de Transtorno de Oposição Desafiante a partir do DSM 5. Nesta edição se afirma que, em virtude da estabilidade dos critérios em relação ao DSM IV, é possível afirmar que há certa coerência interna, advinda da busca por uma padronização dentro dos manuais (APA, 2013). Hamilton & Raimundo (2008) e Loeber et al (2000) concordam com esta afirmação apesar das controvérsias internas ao diagnóstico, relativas a questão da independência deste em relação ao TC, a necessidade de uso de medicamentos para o tratamento do TOD o processo de validação deste em outras culturas e o fato de alguns psiquiatras relutarem na utilização desta categoria por considerem a mesma permeada por questões morais relativas ao comportamento de crianças.

A tabela 4 expõe os Critérios Diagnósticos Transtorno Opositivo Desafiador de acordo com DSM 5.

**Tabela 4: Critérios Diagnósticos Transtorno Opositivo Desafiador de acordo com DSM 5:**

<b>CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS TRANSTORNO OPOSITIVO DESAFIADOR DSM 5</b>
<p><b>Humor Raivoso/Irritável</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Com frequência perde a calma.</li> <li>2. Com frequência é sensível ou facilmente incomodado.</li> <li>3. Com frequência é raivoso e ressentido.</li> </ol>
<p><b>Comportamento Questionador/Desafiante</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Frequentemente questiona figuras de autoridade ou, no caso de crianças e adolescentes, adultos.</li> <li>5. Frequentemente desafia acintosamente ou se recusa a obedecer a regras ou pedidos de figuras de autoridade.</li> <li>6. Frequentemente incomoda deliberadamente outras pessoas.</li> <li>7. Frequentemente culpa outros por seus erros ou mau comportamento.</li> </ol>
<p><b>Índole Vingativa</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>8. Foi malvado ou vingativo pelo menos duas vezes nos últimos seis meses.</li> </ol>
<p><b>Nota:</b> A persistência e a frequência desses comportamentos devem ser utilizadas para fazer a distinção entre um comportamento dentro dos limites normais e um comportamento sintomático. No caso de crianças com idade abaixo de 5 anos, o comportamento deve ocorrer na maioria dos dias durante um período mínimo de seis meses, exceto se explicitado de outro modo (Critério A8). No caso de crianças com 5 anos ou mais, o comportamento deve ocorrer pelo menos uma vez por semana durante no mínimo seis meses, exceto se explicitado de outro modo (Critério A8). Embora tais critérios de frequência sirvam de orientação quanto a um nível mínimo de frequência para definir os sintomas, outros fatores também devem ser considerados, tais como se a frequência e a intensidade dos comportamentos estão fora de uma faixa normativa para o nível de desenvolvimento, o gênero e a cultura do indivíduo.</p> <p><b>B.</b> A perturbação no comportamento está associada a sofrimento para o indivíduo ou para os outros em seu contexto social imediato (p. ex., família, grupo de pares, colegas de trabalho) ou causa impactos negativos no funcionamento social, educacional, profissional ou outras áreas importantes da vida do indivíduo.</p> <p><b>C.</b> Os comportamentos não ocorrem exclusivamente durante o curso de um transtorno psicótico, por uso de substância, depressivo ou bipolar. Além disso, os critérios para transtorno disruptivo da desregulação do humor não são preenchidos.</p>
<p><b>Especificar a gravidade atual:</b></p> <p><b>Leve:</b> Os sintomas limitam-se a apenas um ambiente (p. ex., em casa, na escola, no trabalho, com os colegas).</p> <p><b>Moderada:</b> Alguns sintomas estão presentes em pelo menos dois ambientes.</p> <p><b>Grave:</b> Alguns sintomas estão presentes em três ou mais ambientes.</p>

Fonte: APA, 2013, p. 462-463.

A análise das diversas versões do DSM nos permite afirmar que as categorias diagnósticas relativas à infância passaram por um movimento de redefinição. Nas duas primeiras edições do manual, observamos que os transtornos voltados para esse grupo eram vistos como reações ao ambiente no qual elas estavam inseridas e dessa forma deveriam ser resolvidos a partir de um estabelecimento de uma boa relação com o local no qual a criança estava inserida. (APA, 1952, 1968).

Esse tipo de raciocínio também era utilizado para os transtornos disruptivos que, a partir da forte influência da psicanálise norte americana, localizavam na relação pais e filhos a

origem dos problemas de comportamentos que as crianças apresentavam ao longo de sua infância. A principal forma de intervenção se voltava para o estabelecimento de laços saudáveis e proporcionar um ambiente no qual a criança pudesse ter seus sentimentos acolhidos.

Ao mapearmos o modo como se deu a apresentação do TOD a partir do DSM III, percebe-se que o manual procura apresentar de maneira agrupada os sintomas e fatores que podem levar ao desenvolvimento do referido transtorno em crianças. Apesar disso, alguns pontos problemáticos são identificados, sobretudo os que se voltam para as correlações entre TC e TOD, fato que as edições seguintes do DSM não visam resolver.

Outra questão que é apresentada diz respeito à forma de apresentação do referido transtorno. Ao observarmos as mudanças que foram sendo realizadas durante as edições do manual, é possível apreender que os critérios foram sendo utilizados de maneira a alargar os locais nos quais a criança poderia manifestar seus sintomas disruptivos e dessa forma o TOD passa a ser visto como um padrão global e que se manifesta em qualquer ambiente no qual ela está inserida.

Tal movimento abre espaço para um amplo processo de captura dos comportamentos indesejados desse grupo capaz de estreitar as fronteiras entre normalidade e patologia. Ele insere os comportamentos disruptivos em um limiar cada vez mais baixo, o que leva a que características como agressividade, atos impulsivos e dificuldades em seguir regras sejam vistos como sinais de uma patologia em curso.

Não obstante, a categoria diagnóstica tem apresentado importante difusão médica e social, mesmo com seus problemas internos e de pesquisa. Em razão desse paradoxo, a seguir indicamos os argumentos favoráveis e as críticas ao TOD.

### **3.4- A vertente da Psiquiatria Biológica: pontos favoráveis ao diagnóstico de Transtorno de Oposição Desafiante**

Os artigos listados na presente seção têm como objeto de estudos o TOD a partir da vertente conhecida como Psiquiatria Biológica. O objetivo principal é realizar um levantamento de como este assunto tem sido abordado historicamente em publicações que se alinham ao DSM e aos demais manuais classificatórios, visando mapear quais os pontos favoráveis e se existem críticas internas a referida categoria.

A busca por tais materiais presentes nesta e na seção seguinte obedeceram os seguintes critérios: utilizamos as bases de dados PUBMED e SCIELO para podermos mapear os artigos que versam sobre o TOD, seja de maneira isolada, seja estudando o mesmo em relação ao

TDAH e TC. Não limitamos nossa busca a um período específico, pois os materiais que abordam o Transtorno de Oposição Desafiante apresentam uma grande diferença temporal entre si, de maneira que definir um período específico poderia prejudicar nossos resultados. Também foram incluídos capítulos de livros que versam sobre comportamentos disruptivos.

Os seguintes descritores foram utilizados para nossa busca: Oppositional Disorder; Oppositional Defiant Disorder; ODD, bem como as combinações Oppositional Disorder and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder; Oppositional Defiant Disorder and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder; Oppositional Defiant Disorder and Conduct Disorder. Optamos pela literatura em língua inglesa, tendo em vista que a maior parte dos materiais que se alinham a proposta do DSM são escritos nesse idioma.

Os critérios de inclusão adotados foram: artigos que abordem a constituição do TOD enquanto categoria diagnóstica; artigos que abordem ferramentas terapêuticas utilizadas no tratamento do TOD; artigos que examinem as relações do TOD com as categorias diagnósticas de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade e de Transtorno de Conduta.

A tabela abaixo contém a lista de todos os artigos selecionados em nossa busca, que deram fundamentação teórica para a dissertação e são explorados com mais detalhes neste momento. A pesquisa encontrou 335 artigos disponíveis na PUBMED, dos quais selecionamos apenas 16, pois os mesmos atenderam os critérios estabelecidos. Os demais artigos apenas mencionavam o TOD, sem aprofundar em seu desenvolvimento histórico ou apresentar as relações entre o referido transtorno e o TDAH e TC.

No SCIELO, encontramos 21 artigos em nossa busca, dois quais selecionamos três pois atenderam os critérios estabelecidos. Os outros artigos apresentavam, em sua maioria, estratégias de tratamento para o TOD, como o treinamento parental, bem como procuravam demonstrar a eficácia de medicamentos usados para o tratamento de TDAH ou como ferramentas diagnósticas voltadas para outros transtornos poderiam ser eficazes no diagnóstico de Transtorno de Oposição Desafiante.

Tabela 5: Lista dos 19 artigos selecionados

<b>TABELA 5: LISTA DOS 19 ARTIGOS SELECIONADOS</b>
<b>ALBUQUERQUE, R.N.</b> Transtorno de Conduta: um olhar na perspectiva psicanalítica de Winnicott. <i>Síndromes</i> , vol 3 n1. p, 11-19. 2013.
<b>ANGOLD A, COSTELLO EJ.</b> Toward establishing an empirical basis for the diagnosis of oppositional defiant disorder. <i>J Am Acad Child Adolesc Psychiatry</i> . Sep;35(9):1205-12. 1996.
<b>AUGUST GJ, REALMUTO GM, JOYCE T, HEKTNER JM.</b> Persistence and desistance of oppositional defiant disorder in a community sample of children with ADHD. <i>J Am Acad Child Adolesc Psychiatry</i> . Oct;38(10):1262-70. 1999.
<b>BURKE J.D, LOEBER R, BIRMAHER B.</b> Oppositional defiant disorder and conduct disorder: a review of the past 10 years, part II. <i>J Am Acad Child Adolesc Psychiatry</i> . Nov;41(11):1275-93. 2002.
<b>CAPONI, S. N.</b> Dispositivos de segurança, psiquiatria e prevenção da criminalidade: o TOD e a noção de criança perigosa. <i>Saúde e Sociedade [online]</i> . v. 27, n. 2 pp. 298-310, 2018.
<b>GHANIZADEH A.</b> Overlap of ADHD and oppositional defiant disorder DSM-IV derived criteria. <i>Arch Iran Med</i> . May;14(3):179-82.2011.
<b>HAMILTON SS. ARMANDO J.</b> Oppositional defiant disorder. <i>Am Fam Physician</i> . Oct 1;78(7):861-6.2008.
<b>HARVEY EA, METCALFE LA, HERBERT SD, FANTON JH.</b> The role of family experiences and ADHD in the early development of oppositional defiant disorder. <i>J Consult Clin Psychol</i> . Dec;79(6):784-95, 2011.
<b>LAHEY, B. B., &amp; LOEBER, R.</b> Framework for a developmental model of oppositional defiant disorder and conduct disorder. In D. K. Routh (Ed.), <i>Disruptive behavior disorders in childhood</i> (pp. 139–180). Plenum Press, 1994.
<b>LAVIGNE JV, CICCETTI C, GIBBONS RD, BINNS HJ, LARSEN L, DEVITO C.</b> Oppositional defiant disorder with onset in preschool years: longitudinal stability and pathways to other disorders. <i>J Am Acad Child Adolesc Psychiatry</i> . Dec;40(12):1393-400, 2001.
<b>LOEBER R, BURKE JD, LAHEY BB, WINTERS A, ZERA M.</b> Oppositional defiant and conduct disorder: a review of the past 10 years, part I. <i>J Am Acad Child Adolesc Psychiatry</i> . Dec;39(12):1468-84, 2000.
<b>LOEBER R.</b> Oppositional Defiant and Conduct Disorder. <i>Hospital and Community Psychiatry</i> November Vol.42 No. 11. 1991.
<b>LOEBER, R., LAHEY, B. B., &amp; THOMAS, C.</b> Diagnostic conundrum of oppositional defiant disorder and conduct disorder. <i>Journal of Abnormal Psychology</i> , 100(3), 379–390. 1991.
<b>LUCERO, A. SOUZA, I.M.C; CITTADINO, N.S.</b> A criança agressiva para além do Transtorno Opositor Desafiador (TOD). <i>MN4MOSINE</i> , Vol 17, n1. p. 332-348. 2021
<b>PARDINI, F. PJ, MOFFITT TE.</b> Building an evidence base for DSM-5 conceptualizations of oppositional defiant disorder and conduct disorder: introduction to the special section. <i>J Abnorm Psychol</i> . Nov;119(4):683-8. 2010.
<b>REY, J. M.</b> Oppositional defiant disorder. <i>The American Journal of Psychiatry</i> , 150(12), 1769–1778, 1993.
<b>RILEY, M. AHMED, S. LOCKE, A.</b> Common Questions About Oppositional Defiant Disorder <i>Am Fam Physician</i> . Apr 1;93(7):586-591, 2016.
<b>SERRA-PINHEIRO, M. A. et al.</b> Transtorno desafiador de oposição: uma revisão de correlatos neurobiológicos e ambientais, comorbidades, tratamento e prognóstico. <i>Brazilian Journal of Psychiatry [online]</i> . v. 26, n. 4, pp. 273-276, 2004.
<b>TURGAY, A.</b> Psychopharmacological Treatment of Oppositional Defiant Disorder. <i>CNS Drugs</i> 23, 1–17,2009.

Iniciando a análise dos materiais encontrados, Rey (1993) destaca que o TOD é um dos diagnósticos mais comuns na infância, sobretudo no contexto norte americano, porém a referida categoria recebe pouca atenção no meio acadêmico e é frequentemente associado ao TDAH e ao TC, apesar de os manuais listarem como uma categoria diagnóstica autônoma. Para ele, isso demonstra que a literatura especializada tem pouco interesse por pesquisas de base e faz com que tenhamos a aceitação completa do que é proposto pelos manuais.

Quay (1999), Ghanizadeh (2011) e Riley (2016) afirmam que houve um aumento nos critérios diagnósticos entre as edições do manual. Isso ocorreu para evitar que um alto número de diagnósticos equivocados. A questão problemática em relação a esse aumento reside no fato de o DSM não realizar uma discussão acerca do normal e do patológico, sendo esta uma ausência presente também nos estudos que visam validar o Transtorno de Oposição Desafiante.

Rey (1993) já pontuava que o lugar ocupado pelo TOD era controverso desde seu aparecimento no DSM III. Isso se dá pelo fato de que ele é frequentemente confundido com os níveis de oposição encarados como normais. Também Angold & Costello (1996) salientam que uma série de diagnósticos do DSM sofrem críticas, devido ao fato de seus critérios serem considerados muito abrangentes ou permeados por questões morais. Porém, na visão dos autores, o TOD apresenta uma base teórica ainda mais frágil. Para eles, é necessário que haja uma distinção mais clara entre o nível de prejuízo encontrado em uma criança com respostas normais de oposição e desafio e uma criança com grau de oposição anormal.

Rey (1993) havia tentado fazê-lo alguns anos antes ao avaliar as diferenças entre o comportamento normal e o TOD. Tendo em vista que comportamentos de oposição são esperados para a idade pré-escolar, o autor chamou atenção para a necessidade de definir uma fronteira clara entre o que é visto como normal para a idade e o que pode ser um desvio. Rey sustentou então que os sintomas de oposição só poderiam ser vistos como específicos do TOD se persistissem para além da idade definida no manual, representando prejuízo social para as crianças que o apresentam. Porém, na prática este tipo de orientação não compareceu nas edições seguintes do DSM.

Quando estudados os fatores etiológicos do diagnóstico, autores como Rey (1993), Loeber (1991) e Hamilton & Armando (2008) apontam que não podemos afirmar que exista uma origem biológica para o TOD. Isso faz com que mecanismos biológicos, psicológicos e sociais tendam a ter o mesmo peso para o fechamento do diagnóstico. Fatores sócio econômicos parecem influenciar no diagnóstico e estudos sobre esse tema demonstram que

crianças vivendo em ambientes com poucos recursos econômicos e advindos de famílias consideradas disfuncionais apresentam maiores sintomas de oposição.

A ausência de marcadores biológicos é ratificada por Raimundo & Hamilton (2008), Riley (2016) e Pardini & Moffit (2010), para quem os estudos nessa direção produziram resultados inconsistentes e sem grande impacto na prática clínica. Apesar disso, os autores afirmam que o diagnóstico de TOD ainda encontrará uma sustentação futura nessa direção e não devem ser descartadas tais explicações etiológicas.

É interessante notar que a literatura disponível localiza na dificuldade de estabelecer laços afetivos com os pais e na ausência de regras bem definidas, ou seja, nos fatores psicológicos fonte relevante para o desenvolvimento do TDO. Desta maneira, o modelo mais utilizado para discutir a etiologia do TOD leva em conta tanto os aspectos biológicos, quanto os sociais e psicológicos. Também é levada em conta a história de vida e desenvolvimento do indivíduo para estabelecer o que conduziu ao estabelecimento do TOD (HAMILTON & ARMANDO, 2008; RILEY, 2016 GHANIZADEH, 2011).

No que diz respeito à suposição de uma continuidade entre o Transtorno de Conduta e o Transtorno de Oposição Desafiante, o prejuízo nos relacionamentos sociais causados pelo TOD é um dos elementos que mais chama atenção nos estudos do campo. De uma maneira geral, o TOD é tomado como uma espécie de estágio inicial do Transtorno de Conduta (LAHEY, 1994; LOEBER et al, 1991; LOEBER et al, 2000; BENJAMIN, 2000; BURKE, 2002).

Para Hamilton & Armando (2008), esse tipo de percepção evolutiva entre os dois diagnósticos pode ser fruto da influência da Psiquiatria do Desenvolvimento nas pesquisas de base e também da maneira como ele é apresentado na CID-10. Ali, o Transtorno de Oposição Desafiante é visto como uma espécie de estágio inicial, o Transtorno de Conduta como um nível intermediário e o Transtorno de Personalidade Antissocial sua manifestação final.

Ao abordarem as possíveis comorbidades, os autores salientam que um número significativo de crianças diagnosticadas com TOD também recebe o diagnóstico de TDAH. Autores como Angold (1996) e August (1998) pontuam que essa tendência pode ser advinda do fato de não existir uma ferramenta diagnóstica específica para o TOD e por isso não se pode afirmar uma correlação direta entre os dois transtornos, sendo necessário uma investigação mais aprofundada dessa hipótese.

Em relação às intervenções em crianças diagnosticadas com TOD, o tratamento não farmacológico em geral abrange a psicoterapia comportamental, onde o foco principal está em diminuir as respostas disruptivas (Pardini & Moffit, 2010; Riley et al, 2016). Outras formas

de tratamento incluem pais e responsáveis e também se mostram efetivas para que haja a diminuição dos comportamentos opositivos. Costumam envolver o treinamento comportamental de pais e demais responsáveis para que eles possam estabelecer um diálogo com a criança e, a partir de técnicas, reduzir os comportamentos indesejados.

Em nossa pesquisa, percebemos que o diagnóstico de Transtorno de Oposição Desafiante é visivelmente problemático em si, pois muitos autores o encaram como uma categoria que carece de fundamentos claros e cujos critérios de anormalidade podem ser confundidos com manifestações consideradas normais na vida cotidiana da criança (BURKE, et al, 2002; SERRA PINHEIRO et al, 2004; HAMILTON & ARMANDO, 2008; GHANIZADEH, 2011; HARVEY et al, 2011)

Algum grau de oposição será sempre esperado e isso faz parte do próprio desenvolvimento infantil. Assim, os autores salientam que é necessário que os critérios debatidos dentro do DSM sejam testados e validados transculturalmente. Pelo fato de o referido diagnóstico ser uma construção da psiquiatria norte americana, é comum que os dados sejam apenas validados nesse país (LAHEY & LOEBER, 1994; LAVIGNE et al, 2001; RILEY, 2016).

Apesar de os autores como Quay (1999), Lavigne et al (2011) Riley (2016) pontuarem algumas fragilidades do diagnóstico e de suas proposições, em nossa pesquisa notamos que os artigos baseados na psiquiatria biológica lhe tecem poucas críticas, sem levantar questionamentos acerca de suas bases, aplicabilidade e até mesmo validade, o que demonstra alinhamento à proposta do DSM. Tais estudos têm como foco a apresentação de ferramentas terapêuticas sobre o assunto. Dessa maneira, os artigos estudados já versam sobre o TOD como categoria estabelecida, estando o debate sobre o potencial medicalizador deste diagnóstico ausente nestes estudos. Por esse motivo é preciso mapear de que maneira outros campos de estudos tem abordado o TOD e como esse diagnóstico é tratado por tais vertentes.

### **3.5- Abordagens do Transtorno de Oposição Desafiante para além da Psiquiatria Biológica: críticas e pontos controversos**

Apesar de sua aceitação dentro do DSM e nos estudos da psiquiatria biológica, o Transtorno de Oposição Desafiante tem sido alvo de algumas observações sobre sua utilidade, sobretudo por não serem levados em consideração os níveis de sofrimento exibidos pela criança no momento do fechamento diagnóstico. Este fato leva os críticos a enxergarem esse diagnóstico como apenas mais um elemento de medicalização da infância (ALBUQUERQUE, 2013; CAPONI, 2016; CAPONI, 2018; MARTINS et al, 2021; LUCERO et al, 2021).



Caponi (2016) localiza na difusão das teses da Psiquiatria do Desenvolvimento, sobretudo no território norte americano um dos principais fatores que colocam as patologias da infância como cerne das intervenções. Para ela, é fundamental pensar que as estratégias de ampliação das categorias voltadas para esse público são uma tentativa de prevenção de problemas sociais futuros, como criminalidade, conflitos sociais e até mesmo desemprego.

Nessa perspectiva, o TOD cumpre a função de ser um diagnóstico intermediário entre a criança anormal e o adulto adoecido. O fundamental aqui é realizar o monitoramento cuidadoso dos comportamentos infantis que podem fugir às normas sociais e a partir daí delimitar de que maneira eles devem ser prevenidos ou mesmo erradicados, evitando-se conflitos sociais futuros.

Em uma perspectiva foucaultiana, a autora afirma que este movimento pode ser localizado como um efeito do que denomina de dispositivos de segurança, que seriam meios de prevenção de riscos sociais, sobretudo no que diz respeito à criminalidade. Para ela, o TOD seria um diagnóstico que permite uma clara articulação entre o campo médico e o campo jurídico, podendo ser lido como uma resposta que justifica a intervenção sobre comportamentos socialmente desviantes.

Aqui as discussões sobre o risco são primordiais, pois de uma maneira geral o TOD é visto como o início de atos transgressores das normas sociais futuras, sendo indivíduos diagnosticados com esse transtorno, vistos como delinquentes em potencial, necessitando que intervenções cada vez mais precoces sejam realizadas. Martins et al (2021) argumentam que os atos desviantes deste público precisam ser entendidos com base no contexto social no qual ele se insere e não devem ser considerados sinais precoces de um transtorno mental.

Cabe lembrar que desde a modernidade crianças e adolescentes são objeto de preocupação dos profissionais do direito, da medicina e da educação. A ideia de prevenção de comportamentos socialmente desviantes foi o principal movimento que fez com que estas disciplinas passassem a se interessar pelo campo de estudo da infância, com foco nos desvios de comportamento (FOUCAULT, 1974; JONES, 2002; CONRAD, 2007)

Quando a psiquiatria constituiu a infância como um período no qual intervenções poderiam ser realizadas, ocorreu a fundação de um novo campo de estudos que precisou adaptar as formas como o diagnóstico era dado e conceber categorias classificatórias voltadas para o público infante juvenil (Bercherie, 1983). Nesse período, os psiquiatras passaram a debater questões sociais e morais, e a prevenção dos comportamentos delinquentes e de riscos sociais futuros foram os assuntos mais debatidos na época.

Kanner (1971) já sinalizava que os tribunais de menores foram um elemento fundamental que permitiu à psiquiatria se interessar pelos desvios de comportamentos que eram exibidos pelas crianças, funcionando como antecessor histórico dos diagnósticos relacionados ao comportamento disruptivo. As discussões sobre como os atos desviantes poderiam influenciar negativamente a organização social futura e o tipo de sociedade que se desejava foram os elementos que permitiram aos psiquiatras debater intervenções comportamentais neste público.

Especialmente no contexto norte americano, os psiquiatras passaram a se interessar pelos comportamentos disruptivos e sobre como a psiquiatria poderia intervir nestes atos para evitar que problemas sociais como criminalidade, baixa produção de recursos e comportamento desviantes surgissem. O movimento de *Child Guidance* foi um dos maiores exemplos que demonstram que nos Estados Unidos estes profissionais passaram a se envolver em discussões morais sobre o tipo de comportamento desejado para crianças e adolescentes, visando à supressão de riscos futuros (JONES, 2002; CONRAD, 1980).

Com o lançamento das duas primeiras edições do DSM, ocorreu o arrefecimento nas teses que localizam nos desvios de comportamentos da infância o estágio inicial patologias futuras e estas passaram a serem vistas como manifestações de conflitos internos ou ambientais (APA, 1952). A partir do DSM III a noção de que a criança desde os primeiros anos já poderia manifestar algum tipo de transtorno mental ganhou força, sendo potencializada a partir do DSM IV, momento no qual houve uma ampla medicalização da infância (FRANCES, 2016).

Porém, é no DSM 5 que temos um alargamento cada vez maior do período de início dos sintomas. Caponi (2016), ao debater a forma de organização deste manual, reitera que atualmente há uma tendência de os transtornos mentais serem concebidos em uma espécie de contínuo, que coloca seu início na infância e persistência durante toda a vida. Para a autora isso faz com que tenhamos um alargamento das fronteiras do que é visto como desviante, abarcando aspectos comuns à infância.

Outro ponto problemático, para a autora, é o fato de os mesmos diagnósticos serem aplicados tanto a adultos quanto crianças. Dessa maneira uma criança poderá ser diagnosticada com depressão maior e um adulto com TDAH, por exemplo, fazendo com que cada vez mais atenção seja dada ao chamado diagnóstico precoce, o que em tese serviria como uma forma de prevenção de patologias futuras, mas na prática amplia a possibilidade de medicalização da infância.

Em trabalho posterior, ao analisar o diagnóstico de TOD de uma maneira mais detida, Caponi (2018) salienta que esta é uma categoria controversa em si, devido ao fato de possuir um caráter moral. Isso se dá pelo fato de que o referido transtorno apresente elementos que podem ser vistos em qualquer criança, independente da sua idade ou classe social. Na visão da autora tais comportamentos são fruto de conflitos vivenciados pela criança e não deveriam ser vistos como um transtorno mental.

Tomando como base as reflexões de Michel Foucault sobre o efeito produzido pelos discursos, afirma ainda que o discurso psiquiátrico atual sobre o TOD pode parecer inofensivo à primeira vista, sem nenhuma potência prática. Porém, quando analisado de maneira mais detida, o referido diagnóstico tem o potencial de capturar os desvios comportamentais mínimos e elevá-los ao status de transtorno.

Aqui é importante recorrermos a dois conceitos trabalhados anteriormente: as ideias de medicalização e *overdiagnosis*. Conrad (2007) define a medicalização como o movimento pelo qual aspectos da vida cotidiana que antes não estavam sobre o domínio da medicina passam a ser incorporados e trabalhados por este saber. A medicalização supõe que um determinado grupo exerça um poder sobre outro, fazendo com que seus atos sejam entendidos a partir do vocabulário médico.

Crianças e adolescentes são os principais grupos medicalizados na sociedade ocidental, de acordo com o autor. Isso pode ser lido como um efeito de demandas realizadas por diversos grupos sociais, como a escola, família e a própria medicina, que têm no controle dos atos desviantes e adequação às normas sociais os principais vetores de trabalho com esse público, visando ao bom funcionamento da sociedade.

É aqui que as teses sobre *overdiagnosis* mostram-se úteis. Definido como a detecção de sub normalidades, que nunca irão chegar a incomodar os indivíduos ou se tornarem algum tipo de patologia, o referido conceito demonstra a capacidade de a medicina transformar pequenos desvios cotidianos em doenças ou transtornos (Wieteke et al, 2016). Quando se trata do TOD e demais comportamentos disruptivos, a ideia central é realizar a prevenção de agravos futuros e não tanto a prevenção do transtorno em si. Para isso ocorrer foi necessário que os aspectos de agressividade e oposição fossem medicalizados.

A partir da noção de *overdiagnosis*, questionamos se a medicina não estaria produzindo um efeito contrário quando se trata do TOD, tendo em vista que os sintomas listados no DSM podem ser observados em qualquer criança criando com isso um diagnóstico pouco útil, pois ele captura uma série de indivíduos que não irão desenvolver um transtorno mental futuro, mas apenas apresentam dificuldades de adaptação social. Deste modo, o

tratamento é direcionado para o risco de uma patologia mais grave no futuro, ainda que as evidências atuais digam o contrário (CAPONI, 2018; LUCERO, 2021; MARTINS et al, 2021).

Nesta linha de raciocínio, o conceito de *disease mongering* é igualmente útil para pensarmos os efeitos da proposição desse transtorno. (Moynihan, 2006). O referido conceito é utilizado para evidenciar o processo de “venda de doenças” por parte da indústria farmacêutica e da prática médica através do convencimento de indivíduos relativamente saudáveis de que eles poderão desenvolver uma patologia futura. Com isso, há a oferta de tratamentos precoces, que no geral envolvem o uso de medicamentos ou outras terapêuticas específicas. O mapeamento de patologias é feito a partir de ferramentas diagnósticas distribuídas tanto ao público geral quanto aos médicos.

Quando avaliamos as propostas de tratamento em torno do TOD, percebemos que a maior parte delas se volta para a prevenção de agravos futuros, sem, no entanto, apresentar marcadores biológicos ou estudos longitudinais consistentes com esse temor (Caponi, 2018; Lucero et al, 2021). As terapêuticas utilizadas para esse transtorno combinam uma série de intervenções que supostamente dariam conta destes prejuízos, fazendo com que o indivíduo diagnosticado seja capaz de se adequar as regras sociais.

Devido a ausência de uma explicação biológica para o transtorno, é necessário se recorrer a estratégias que localizem na história da criança a origem de seu transtorno. Fatores econômicos, sociais e histórico familiar são fundamentais para isso, apesar de uma origem física ser sempre suposta pelos defensores da psiquiatria biológica (Caponi, 2016; Martins, 2021). Os críticos dessa abordagem apontam que tal tipo de busca pode reforçar os preconceitos sociais contra as classes mais baixas, sobretudo pelo fato de não haver ferramentas que permitam associar diretamente a ausência de recursos financeiros a criminalidade ou violência por exemplo.

Esta abordagem do TOD é vista como especialmente problemática no contexto brasileiro, pois temos um país marcado pela violência urbana e na maioria das vezes com altas taxas de criminalidade. É necessário observar que tipo de uso será feito desta categoria e de que forma os psiquiatras se posicionam em relação à busca de fatores etiológicos para que não se corra o risco de reforçar os preconceitos perante a pessoas sem recursos financeiros (LUCERO et al 2021).

Além da ambiguidade e fragilidade que os critérios diagnósticos apresentam, são criticadas as formas pelas quais ele é realizado. Autores da vertente psicanalítica salientam que, de uma maneira geral, o discurso da criança não é levado em consideração para que os

critérios sejam preenchidos, tendo em vista que indivíduos vistos como opositores localizam em seu ambiente as origens de seus comportamentos e não os vêem como problemáticos. Outro fator é que a criança não precisa estar sofrendo com seus atos disruptivos, sendo possível preencher os critérios a partir do relato de terceiros (ALBUQUERQUE, 2013; LUCERO et al, 2021).

Esses dois pontos demonstram que o discurso sobre a infância não dá um lugar de destaque à clientela que recebe o diagnóstico, sendo estes apenas receptores passivos do que dizem sobre eles. Lucero et al (2021) afirmam que o fato de a criança não ser ouvida e não poder falar sobre seu sofrimento, abre espaço para uma prática que deixa de lado as singularidades do indivíduo e as origens de seu comportamento, deslocando o foco de atenção para os sintomas.

Autores como Albuquerque (2013), Martins (2021) e Lucero et al (2021) argumentam que o TOD é um dos diagnósticos cada vez mais comuns na infância e tem sido o motivo de encaminhamentos deste público para os serviços de psiquiatria e psicologia, demandando uma resposta para comportamentos socialmente desviantes.

De modo geral, a demanda colocada para os serviços gira em torno da necessidade de fazer com que a criança apresente um comportamento normal ou esperado para o ambiente. Isso envolve que ela seja passiva, por exemplo, no ambiente escolar, seguindo as regras determinadas pelos professores e demais funcionários, ou ainda que não cause problemas em casa, devido a respostas emocionalmente explosivas.

Apesar de o TOD não ser uma categoria da psicanálise, Albuquerque (2013) adverte que é necessário conhecer como são estruturados seus critérios clínicos para poder fazer observações e críticas. A partir da perspectiva psicanalítica, a autora e também Lucero et al (2021) argumentam que os debates sobre transtornos disruptivos não localizam no indivíduo a fonte do sofrimento apresentado e nem se questionam de que modo a inadequação comportamental poderá ser fonte de sofrimento para cada um. Ao invés disso, centram-se na violação das normas sociais, nos direitos de terceiros e na perturbação da ordem, sinalizando que tais comportamentos possuem consequências sociais que podem ser graves e fundamentalmente atrapalhar o funcionamento social.

É interessante notar que o TOD é uma categoria que permite a articulação entre os campos médico, jurídico e escolar, tendo em vista que esses três saberes se unem para criar um discurso em torno do comportamento desviante de crianças e localizam na oposição a figuras de autoridade a principal problemática deste transtorno (Martins et al, 2021). A ideia é

realizar a supressão destes comportamentos e não trabalhar a partir deles, visando interpretar seus efeitos e origens, como propõem os autores da vertente psicanalítica.

A desconsideração do contexto no qual os comportamentos ocorrem, as possíveis variáveis envolvidas no mesmo e negatividade em torno dos mesmos são pontos problemáticos levantados tanto pelos autores da psicanálise quanto pelos autores que baseiam suas reflexões em uma perspectiva foucaultiana. Afirmam que a dimensão individual da criança é apagada ao ser diagnosticada com TOD, restando apenas à busca por homogeneizar os comportamentos e atitudes deste público, visando a adequação a normas sociais.

Essa busca desconsidera a possibilidade de um vínculo terapêutico entre paciente e terapeuta, fazendo com que as necessidades individuais de cada criança sejam deixadas de lado em nome da procura por comportamentos socialmente ajustados. Assim como em época anteriores, o papel familiar é central e é nesse ambiente onde irão ocorrer intervenções psiquiátricas que visem adequar os comportamentos das crianças permitindo que ela se ajuste nos diversos contextos que estará inserida (CAPONI, 2018).

Desta maneira, Albuquerque, (2013), Caponi, (2016) e Lucero et al, (2021) julgam como equivocada a postura estabelecida no DSM de padronização diagnóstica por meio de listagem dos sintomas, sem que sejam mapeados os vetores que levam a criança a exibir tais comportamentos. Afirmam que é só a partir dos atravessamentos culturais, sociais e familiares que é possível estabelecer um diagnóstico adequado e por esse motivo o TOD é tido como uma categoria problemática e por vezes ineficaz.

Destacam que é na escola que a criança diagnosticada com TOD enfrentará as maiores consequências de seus atos, tendo em vista que é neste ambiente que ela será confrontada e necessitará seguir as regras estabelecidas por parte dos professores e demais funcionários. As intervenções propostas pelas abordagens comportamentais dentro da Psicologia podem ser lidas como um efeito da aliança entre psicólogos e pedagogos, visando à manutenção da ordem escolar, sem o questionamento das suas próprias práticas profissionais e do trabalho realizado pelas instituições (Albuquerque, 2013; Lucero et al, 2021).

Assim, propõem que os critérios diagnósticos necessitam ser revisados e denunciam que a suposição de que o TOD representa o começo de uma patologia futura grave não se mostra verdadeira, tendo em vista que não há estudos que comprovem tal associação. Afirmam que este tipo de discurso prejudica a maneira pela qual se estabelece o vínculo entre a criança e psicólogo ou psiquiatra que a atende, servindo apenas para agravar o quadro e isentar a o profissional de questionamentos sobre sua prática e utilidade dos diagnósticos propostos. Salientam que só a partir da escuta da criança será possível definir se o TOD é uma

categoria válida ou não (ALBUQUERQUE, 2013; CAPONI, 2018; MARTINS, 2021; LUCERO et al, 2021).

\*\*\*

Ao avaliarmos o processo de desenvolvimento do TOD enquanto uma categoria diagnóstica, percebemos uma série de controvérsias internas ao diagnóstico, tendo em vista que seu uso ainda é tido como algo problemático por parte de alguns psiquiatras e críticos da categoria. Do mesmo modo, a manutenção das relações de continuidade entre TOD e TC abre a discussão sobre a medicalização da criminalidade e de certa forma procura legitimar o diagnóstico.

A fragilidade dos critérios, que podem ser observados em muitas crianças da idade estabelecida dentro dos manuais, bem como a ausência de contextualização dos atos ditos disruptivos, abre espaço para a captura por meio do discurso psiquiátrico de condutas que podem ser mais bem compreendidas se situadas no cenário em que se desenvolvem e se a criança for colocada como a principal informante acerca do que está em jogo nas suas ações. O modo como atualmente está estabelecida a classificação diagnóstica do TOD expressa e gera um cuidado centrado na perspectiva do adulto e que, de maneira geral, visa apenas eliminar o comportamento considerado problemático.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mapear o processo de formulação de uma categoria diagnóstica exige o esforço de levantamento dos vetores históricos e sociais que permitiram que um determinado transtorno fosse proposto e introduzido nos manuais classificatórios, gerando impactos na prática médica, alterando como as pessoas se relacionam com seus sintomas e com os outros a sua volta.

O objetivo da presente dissertação foi investigar como isso se deu na formulação do Transtorno de Oposição Desafiante. O interesse neste tema adveio do crescente uso desta categoria e sua aplicação em crianças em idade escolar, sobretudo as que apresentam algum tipo de comportamento “desviante”, como dificuldades em seguir regras e desobediência às ordens que lhes são dirigidas (Albuquerque et al, 2013). Desta forma, é necessário questionarmos quais vetores históricos permitiram a formulação deste diagnóstico.

Para alcançar este objetivo, adotamos a revisão de literatura como uma ferramenta de trabalho. Um método que torna capaz a sintetização do conhecimento disponível sobre um determinado objeto de estudo através do acesso a fontes teóricas e empíricas, permitindo a reconstrução dos aspectos históricos que envolvem o TOD. A escolha deste método se justificou devido à dificuldade em encontrarmos materiais que versam sobre o referido transtorno de forma sistematizada.

Conforme já destacado em nossa introdução, o objetivo inicial desta pesquisa era o de realizar o mapeamento de como se deu a difusão e aceitação do diagnóstico de Transtorno de Oposição Desafiante por parte dos psiquiatras brasileiros. Porém, com a pandemia da COVID-19 que atingiu o Brasil em março de 2020 e com o fechamento das bibliotecas da Associação Brasileira de Psiquiatria e das universidades federais, o acesso às fontes primárias que permitiriam o desenvolvimento deste tema foi inviabilizado, o que levou a realizamos a mudança de nosso objeto de pesquisa.

Foi a partir daí que a revisão de literatura se mostrou como um método de pesquisa adequado, pois permitiu que fossem identificados artigos e capítulos de livros que tinham o TOD como um tema central e por esse motivo foram relevantes para o levantamento dos aspectos históricos que permitiram a formulação da presente categoria diagnóstica e sua inclusão dentro dos manuais classificatórios.

Com isso, estabelecemos que o objetivo principal desta dissertação fosse o de realizar o mapeamento de como se deu o desenvolvimento do Transtorno de Oposição Desafiante, sua inclusão nos manuais classificatórios, apreendendo de que maneira o mesmo pode ser lido



como sendo localizado no movimento de medicalização de uma maneira mais ampla e de medicalização da infância de modo particular, capturando comportamentos que antes não estavam no domínio da psiquiatria (CONRAD, 2007; GUARIDÓ, 2008; CAPONI, 2016).

Ao abordarmos o conceito de medicalização, em nosso primeiro capítulo, foi possível compreender de que forma são delimitados os elementos que permitem que certos aspectos da vida cotidiana sejam medicalizados. Conrad (2007) define o conceito como o movimento pelo qual aspectos da vida cotidiana passam a ser vistos e abordados a partir de uma linguagem médica. O autor foi um dos principais nomes utilizados no presente trabalho, pois compreende que a medicalização é fruto da interação entre diversos atores e não deve ser lida como apenas o uso de medicamentos.

Em contrapartida autores como Wieteke et al (2016) consideram que a medicina apenas responde às demandas sociais e nada teria haver como processo de medicalização. A partir das teses trazidas por Conrad, contudo, podemos compreender que é somente a partir do momento que um objeto passa a ser entendido por meio de uma linguagem médica é que ele pode ser medicalizado. Desta maneira, o argumento lançado por Wieteke e seus colaboradores se mostra frágil. No caso da psiquiatria, não abre espaço para que os profissionais da área avaliem de maneira crítica sua prática, bem como as categorias que propõem.

Ao examinarmos a categoria diagnóstica de TOD, consideramos que as teses de Peter Conrad se mostram relevantes, pois grande parte dos critérios incluídos neste diagnóstico são encontrados em qualquer criança com a idade estabelecida pelo manual, sendo possível sua patologização somente a partir do momento que consideramos o comportamento desviante como tendo uma explicação médica.

Também os textos de Michel Foucault também foram fundamentais para a construção do presente trabalho, pois permitiram a identificação da importância do saber médico no processo de ordenamento das cidades europeias e das condições de vida e saúde dos indivíduos e populações, processo que o autor denominou de biopoder posteriormente (FOUCAULT, 1979a/2010, 1979b/2010, 1979c/2010, 1974/2006).

Analisando o diagnóstico de Transtorno de Oposição Desafiante, encontramos os elementos que constituem o biopoder, como a disciplina e a biopolítica, num empreendimento com efeitos ao mesmo tempo sobre os corpos das crianças e sobre a população em geral, por meio da difusão do saber médico, visando à redução de riscos futuros, sobretudo os voltados para criminalidade e fracasso no estabelecimento de relações sociais.

No segundo capítulo abordamos como se deu a construção da infância enquanto um objeto de intervenção dentro do campo psiquiátrico, os principais olhares sobre a infância, a

saber a psiquiatria infantil e a psiquiatria do desenvolvimento, bem como o processo de remodelação da psiquiatria e suas principais implicações para a organização do DSM.

Kanner (1971), Bercherie (1987/2001) e Ajuriaguerra (1980) destacam o desenvolvimento pouco linear da psiquiatria dedicada à infância, resultado da interação de diversos campos do saber em alguns casos conflitantes entre si, como a psicanálise e a psiquiatria biológica, por exemplo.

A construção de uma clínica psiquiátrica voltada para o referido público foi fruto de inúmeros movimentos realizados pela disciplina, desde o interesse pela idiotia, que fundamentou as primeiras intervenções sobre a infância, passando pela consideração de que a criança poderia adoecer, apesar de as categorias utilizadas à época serem apenas a transposição das utilizadas em pacientes adultos. Só a partir da influência da psicanálise foi possível construir uma clínica voltada para a infância, o que aprofundou sua medicalização.

Duas vertentes advêm desse processo: a Psiquiatria do Desenvolvimento e a Psiquiatria Infantil, correntes de pensamento que facilitam a tomada da infância enquanto objeto de intervenção da psiquiatria. A primeira vertente, ao postular que os transtornos mentais teriam origem na infância e se desenvolveriam ao longo de toda a vida do indivíduo, levou a que diagnósticos precoces fossem cada vez mais utilizados, abrindo a possibilidade para uma ampla medicalização da infância (RUTTER & STVENSON, 2008; RUTTER & SRÓUFE, 2000).

Já a psiquiatria infantil, era inicialmente dominada pela psicanálise e compreendia os transtornos mentais desse público como sendo resultado de reações ao ambiente e conflitos interpessoais. Atualmente a psicanálise perdeu seu lugar de centralidade para esta disciplina e a mesma passou a ser permeada por estudos que se voltam para o mapeamento sobre o processo de adoecimento na infância a partir de fatores biológicos, considerando o cérebro como a fonte de adoecimento (KLEIN & LIMA, 2020; RUTTER & STVENSON, 2008).

É importante que seja destacado que tanto o campo da psiquiatria infantil o da psiquiatria voltada para o adulto apresentam algumas lacunas, sobretudo em relação à etiologia dos transtornos e à maneira como o tratamento é realizado. Desta forma, não se pode afirmar que haja uma base biológica estabelecida para os transtornos mentais, o que vem sendo objeto de discussão entre os defensores e críticos do DSM. Apesar disso, os autores da psiquiatria biológica insistem que uma origem orgânica futura será encontrada, atribuindo a ela a causalidade por excelência dos transtornos mentais (UHR, 2014; RUSSO & VENÂNCIO 2006).

No terceiro capítulo abordamos a construção do diagnóstico de Transtorno de Oposição Desafiante, suas relações com os transtornos disruptivos, bem como os argumentos favoráveis e as críticas deste diagnóstico. Consideramos que os antecedentes históricos deste diagnóstico podem ser localizados nos movimentos de *child guidance e child savers*, que foram importantes nos Estados Unidos ao longo do século XX, sendo relevantes na definição de uma série de tratamentos e abordagens sobre a infância.

O tema da delinquência era um dos mais presentes nessas discussões e pode ser visto como o vetor pelo qual a psiquiatria norte americana passou a olhar para a infância, tendo como objetivo evitar que problemas futuros fossem apresentados por este público. Esta vertente parece ter ressonâncias na seção destinada aos comportamentos disruptivos presentes no DSM.

Estando presente pela primeira vez no DSM III-R, o Transtorno de Oposição Desafiante foi agrupado juntamente com os transtornos relacionados ao comportamento disruptivo e pode ser visto como uma categoria que facilita a medicalização da infância devido ao fato de os sintomas listados nesse diagnóstico serem encontrados em grande parte das crianças. Apesar disso, os autores da psiquiatria biológica consideram que o diagnóstico possui fundamentos e é legitimado pelos estudos subsequentes (QUAY, 1999; CAPONI, 2018).

Os principais pontos favoráveis apresentados pelos autores que defendem o referido diagnóstico se voltam para a sua estabilidade ao longo dos manuais, sobretudo no que diz respeito aos critérios diagnósticos. Também é apontado o fato de o TOD possuir uma boa validação entre culturas e de ser avaliado pelos instrumentos que visam medir os níveis de oposição e desafio, ainda que não haja uma ferramenta exclusiva para este transtorno (Riley, 2016; Rey, 1993; Loeber, 1991).

Já as críticas direcionadas ao transtorno se voltam para a fragilidade de seus critérios, tendo em vista que alguns deles são inerentes à infância, sobretudo a oposição a adultos. Também são levantadas objeções ao fato de este diagnóstico ter se constituído como uma espécie de meio do caminho entre o TDAH e o TC, pelo fato de compartilharem alguns sintomas entre si. Por fim, a ausência de marcadores biológicos e o uso de ferramentas que se voltam para o mero treinamento comportamental e adaptação das crianças são considerados pontos problemáticos, pois não questionam como o ambiente interage com tais comportamentos e como pode contribuir para que eles surjam, localizando no indivíduo o principal problema (Lucero et al, 2021; Caponi, 2016; Albuquerque, 2013).

Por esse motivo, quando retornamos a pergunta que guiou a presente pesquisa “como se deu o processo de formulação da categoria diagnóstica de TOD?”, encontramos uma série de vetores que contribuíram para que este diagnóstico fosse criado e incluído no DSM. Ao remontarmos a história de como se deram as primeiras abordagens dos comportamentos desviantes na infância em solo norte americano, encontramos uma grande interação entre psiquiatria e direito, procurando sempre amenizar os danos sociais que atos disruptivos podem causar. Conforme sinalizado, o Child Guidance teve um papel fundamental nesse processo. (Stvenson & Smith, 1934; Jones, 2002).

Ao formular uma categoria que se volta para os transtornos disruptivos, a psiquiatria norte americana abre o espaço para a medicalização da criança em seu cotidiano, tendo em vista que os desvios passam a ser encarados como sinais de um transtorno que poderá trazer prejuízos futuros, tanto pessoais quanto sociais. O objetivo é intervir de maneira precoce para que estes indivíduos estejam ajustados socialmente.

As origens históricas do TOD podem ser encontradas nas demandas por normalização dos comportamentos de crianças e adolescentes que causavam desordem social. Com o DSM III o referido transtorno foi incluído em um grupo associado a comportamentos disruptivos, visando diminuir os prejuízos sociais bem como dirimir possíveis danos ao ambiente no qual a criança está inserida. Tais objetivos também são observados nos estudos sobre a categoria diagnóstica, que produzem ferramentas terapêuticas voltadas para o controle das respostas impulsivas. Com isso, os resultados de nossa pesquisa apontam para uma ausência de interesse acadêmico e falta de materiais críticos sobre a referida categoria diagnóstica. Conforme já destacamos, a maioria dos autores que se interessam no TOD, o faz a partir de uma vertente medicalizada, ou seja, não existem muitos autores que problematizam o referido transtorno e reflitam sobre seus impactos na prática clínica e na sociedade.

Isso se dá inclusive entre autores do campo da psicologia que estão alinhados à proposta do DSM e visam produzir ferramentas de intervenção que levem em conta o treinamento comportamental das crianças com TOD sem, contudo, questionar a relevância deste diagnóstico ou até mesmo se ele poderá ser aplicado dentro do contexto brasileiro, por exemplo. Junto a isso, a literatura acadêmica brasileira pouco produziu sobre este transtorno (SERRA PINHEIRO et al, 2004; Lucero et al, 2021; Caponi, 2016; Albuquerque, 2013), sendo a maior parte do material disponível advindo dos Estados Unidos, local onde o TOD é aceito de maneira ampla.

Assim, em nossa busca, tivemos dificuldades de encontrar textos que apresentassem uma análise crítica sobre o referido transtorno, e em sua maioria os artigos encontravam-se

alinhados ao DSM, o que demonstra que a proposta da psiquiatria norte americana de homogeneizar as classificações por meio de uma lista de sintomas tem alcançado sucesso, ao menos no que tange o diagnóstico de TOD. O principal perigo deste tipo de êxito é o fato de a produção acadêmica se tornar uma mera repetição das informações constantes nos manuais classificatórios, representando poucos avanços na área.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRAHAM, J. Pharmaceuticalization of society in context: theoretical, empirical and health dimensions. **Sociology**, v.44, n.4, p.603-622, 2010.
- AJURIAGUERRA, J. **Manual de Psiquiatria Infantil**. Rio de Janeiro: Masson do Brasil, 1980.
- ALBUQUERQUE, R.N. Transtorno de Conduta: um olhar na perspectiva psicanalítica de Winnicott. **Síndromes**, vol 3 n1. p, 11-19. 2013.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder DSM-I**. Washington, APA 1952.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder DSM-II**. Washington, APA, 1968.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder DSM-III**. Washington, APA, 1980.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder DSM-III-R**. Washington, APA, 1987.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder DSM-IV**. Washington, APA, 2005.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder DSM-IV-R**. Washington, APA, 2010.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder DSM-5**. Washington, APA, 2013.
- ANGOLD A, Costello EJ. Toward establishing an empirical basis for the diagnosis of oppositional defiant disorder. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**. Sep;35(9):1205-12. 1996.
- ARMBRUSTER, P. STONE, M. E. S. Sociodemographic characteristics of dropouts from a child guidance clinic. **Hospital and community Psychiatry**. V, 45. N 8, p 804 – 808. 1994.
- AUGUST GJ, REALMUTO GM, JOYCE T, HEKTNER JM. Persistence and desistance of oppositional defiant disorder in a community sample of children with ADHD. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**. Oct;38(10):1262-70. 1999.
- BELL, S. E.; Figert, A. E. Medicalization and pharmaceuticalization at the intersections: looking backward, sideways and forward. **Social Science and Medicine**, v.75, n.5, p.775-783, 2012.
- BERCHERIE. P. A clínica psiquiátrica da infância: um estudo histórico. IN: CIRINO, O. **Psicanálise e Psiquiatria com crianças : desenvolvimento ou estrutura**. Belo Horizonte: Autêntica, 2001.

- BEZERRA. B. A psiquiatria contemporânea e seus desafios. IN: **A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea**. ZORZANELLI R., BEZERRA Jr B., COSTA J. F. (ORG) Rio de Janeiro: Garamond, 2014.
- BLANTON, S. Child guidance, **Quarterly Journal of Speech**, 12:1, 35-37. 1926.
- BURKE J.D, LOEBER R, BIRMAHER B. Oppositional defiant disorder and conduct disorder: a review of the past 10 years, part II. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**. Nov;41(11):1275-93. 2002.
- CAPONI, S. N. Dispositivos de segurança, psiquiatria e prevenção da criminalidade: o TOD e a noção de criança perigosa. **Saúde e Sociedade [online]**. v. 27, n. 2 pp. 298-310, 2018.
- CAPONI, S. N. Vigiar e medicar: o DSM 5 e os Transtornos Ubescos na infância. IN: **Vigiar e medicar: estratégias de medicalização na infância**. São Paulo, LiberArts, 2016.
- CHESS. S. **Principles and practice of child psychiatric**. Plenum Press, Nova Iorque, 1978.
- CLARKE, A. E.; Shim, J. K.; Mamo, L.; Fosket, J. R.; Fishman, J. R. Biomedicalization: Technoscientific Transformations of Health, Illness, and U.S. Biomedicine. **American Sociological Review**, Vol. 68, n. 2,p. 161-194, 2003.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CID – 10 – Classificação dos Transtornos Mentais e do Comportamento da CID-10: Descrições clínicas e Diretrizes Diagnósticas** –trad. Dorgival Caetano; Porto Alegre; Artemed, 1989.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **ICD-11 for mortality and morbidity statistics. Version: 2019 April**. Geneva: OMS; 2019. Disponível em: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>. Acesso em 10/03/2022
- CONRAD P. The shifting engines of medicalization. **J Health Soc Behav**. Mar;46(1):3-14, 2005.
- CONRAD, P. & SCHNEIDER J. W. **Deviance and medicalization : from badness to sickness**. Temple University, St Louis, 1980.
- CONRAD, P. **The Medicalization of Society: on the transformation of human conditions into treatable disorders**. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2007.
- CONRAD, Peter. Medicalization and Social Control. **Annual Review of Sociology** 18 209–32. 1992.
- COSTELLO E. J. & ANGOLD, A. Bad Behavior: an historical perspective on disorders of conduct. IN: HILL, Jonathan & MAUGHAN Barbara. **Conduct disorders in childhood and adolescence**. Cambridge University press, Cambridge. 2001
- CRUTCHER, R. Child Psychiatry: a history of its development. **Psychiatry**, nº 6 v 2. P 191 – 201. 1943.
- D'AGOSTINI, A.C. O que é o Transtorno Desafiador de Oposição. **Nova Escola**. P. Online 23 de Outubro de 2019. Disponível em: <<https://novaescola.org.br/conteudo/18606/o-que-e-transtorno-desafiador-de-oposicao>> Acesso em 22/02/2022.

- DECKER, H. How Kraepelinian was Kraepelin? How Kraepelinian are the neo-Kraepelinians? From Emil Kraepelin to DSM III. In **History of Psychiatry**, vol. 18, n. 3, p. 337-360, 2007.
- FOUCAULT, M. O Nascimento da Medicina Social. In: **Microfísica do poder**. São Paulo: Edições Graal, 1979a/2010.
- \_\_\_\_\_. A política da saúde no século XVIII. In: **Microfísica do poder**. São Paulo: Edições Graal, 1979b/2010.
- \_\_\_\_\_. Crise da medicina ou crise da antimedicina. *Verve*, 18: 167-194, 1974/2010
- \_\_\_\_\_. O Nascimento do hospital. In: **Microfísica do poder**. São Paulo: Edições Graal, 1979c/2010.
- \_\_\_\_\_. Aula de 16 de Janeiro de 1974. IN: **O poder psiquiátrico: curso dado no Collège de France**. São Paulo: Martins Fontes, 1974, 2006.
- \_\_\_\_\_. Aula de 12 de Dezembro de 1973. IN: **O poder psiquiátrico: curso dado no Collège de France**. São Paulo: Martins Fontes, 1973 2006.
- \_\_\_\_\_. Aula de 19 de Março de 1975. IN: **Os anormais: curso no collège de France (1974-1975)**. São Paulo: Martins Fontes, 2006.
- \_\_\_\_\_. Aula de 17 de março de 1976. **Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976)**. São Paulo: Martins Fontes, 2005.
- \_\_\_\_\_. **História da Sexualidade vol. 1: A vontade de saber**. Rio de janeiro, Graal, 1999.
- FRANCES, A. **Voltando ao normal**. Rio de janeiro, Versal editor. 2016.
- GHANIZADEH A. Overlap of ADHD and oppositional defiant disorder DSM-IV derived criteria. **Arch Iran Med**. May;14(3):179-82.2011.
- GUANDENZI, P. ORTEGA,F. O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. **Interface**. 16(40), 21-34, Jan-mar, 2012).
- GUARIDO, R. L. **“O que não tem remédio, remediado está”**: medicalização da vida e algumas implicações da presença do saber medico na educação. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em educação. São Paulo s.n., 2008.
- HAMILTON SS. ARMANDO J. Oppositional defiant disorder. **Am Fam Physician**. Oct 1;78(7):861-6.2008.
- HARVEY EA, Metcalfe LA, Herbert SD, Fanton JH. The role of family experiences and ADHD in the early development of oppositional defiant disorder. **J Consult Clin Psychol**. Dec;79(6):784-95, 2011.
- ILLICH, I. The medicalization of life. *Journal of medical etichs*, 1. 73-77. 1975.
- JONES, K. W. **Taming the troublesome child: american families. child guidance, and the limits of psychiatric authority**. Harvard University Press. Massachusstes, 2002.



- KANNER. L. Emotionally Disturbed Children: A historical Review. **Child Development**. Vol 33 n° 1. Mar Pp. 97 – 102. 1962.
- KANNER. L. **Psiquiatria Infantil**. Buenos Aires. Editorial Paidos. 1971.
- KLEIN, T., & LIMA, R. C. Mais Além dos Transtornos do Neurodesenvolvimento: desdobramentos para a infância e a educação. **Movimento-Revista De Educação** , 7(15). 2020.
- LAHEY, B. B., & Loeber, R. Framework for a developmental model of oppositional defiant disorder and conduct disorder. In D. K. Routh (Ed.), **Disruptive behavior disorders in childhood** (pp. 139–180). Plenum Press, 1994.
- LAVIGNE JV, Cicchetti C, Gibbons RD, Binns HJ, Larsen L, DeVito C. Oppositional defiant disorder with onset in preschool years: longitudinal stability and pathways to other disorders. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**. Dec;40(12):1393-400, 2001.
- LEVINE M. & LEVINE, A. The more things change: a case history of child guidance clinics. *Journal of social Issues*, v 26, n 3. Pp, 19 – 34. 1970
- LOEBER R, Burke JD, Lahey BB, Winters A, Zera M. Oppositional defiant and conduct disorder: a review of the past 10 years, part I. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**. Dec;39(12):1468-84, 2000.
- LOEBER R. Oppositional Defiant and Conduct Disorder. **Hospital and Community Psychiatry** November Vol.42 No. 11. 1991.
- LOEBER, R., LAHEY, B. B., & THOMAS, C. Diagnostic conundrum of oppositional defiant disorder and conduct disorder. **Journal of Abnormal Psychology**, 100(3), 379–390. 1991.
- LUCERO, A. SOUZA, I.M.C; CITTADINO, N.S. A criança agressiva para além do Transtorno Opositor Desafiador (TOD). **MN4MOSINE**, Vol 17, n1. p. 332-348. 2021
- LUPTON, D. Foucault and the medicalisation critique. In: **Foucault M**, organizador. *Health and Medicine*. London: Routledge; p. 94-110. 1997.
- MARTINS, L. A. M. JUNIOR, C. A. P. Genealogia do Biopoder. **Psicologia & Sociedade**, 21 (2); 157-165, 2009.
- MARTINS, V.R.O; MORAIS, M.P; CONCEIÇÃO, B.S. Transtorno Opositor Desafiador: relações de poder na sociedade Governamentalizadora. **Conjectura Filos**. V26 n2. 2021.
- MATTHYS W.; LOCHMAN J. **Oppositional Defiant Disorder And Conduct Disorder in Children**. Wiley Blacjwell. 2010.
- MAYES, R.; HORWITZ, A. DSM III and the Revolution in the Classification of Mental Illness. In **Journal of the History of the Behavioral Sciences**, vol. 41, p. 249-267, 2005.
- MOYNIHAN R, D. E, HENRY D (2008) Disease Mongering Is Now Part of the Global Health Debate. **PLoS Med** 5(5): e106.
- NICOLIELO, B. Rebelde com causa: conheça o Transtorno Desafiador de Oposição. **Revista Claudia**. P. Online 24 de Setembro de 2017. Editoria: Saúde & Bem estar. Disponível em: <<https://claudia.abril.com.br/sua-vida/transtorno-desafiador-de-oposicao/>> Acesso em 22/02/2022.

- ORTEGA F.J.G.; AGUIAR, M.P. Psiquiatria Biológica e Psicofarmacologia: a formação de uma rede tecnocientífica. Physis: **Revista de Saúde Coletiva** [online]. 2017, v. 27, n. 04
- PAGLIOSA, F. L.& DA ROS, M. A. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Revista Brasileira de Educação Médica** [online]. v. 32, n. 4 2008.
- PARDINI, F. PJ, MOFFITT TE. Building an evidence base for DSM-5 conceptualizations of oppositional defiant disorder and conduct disorder: introduction to the special section. **J Abnorm Psychol.** Nov;119(4):683-8. 2010.
- POSTEL,J., QUÉTEL,C. **Historia de la psiquiatria.** Cidade do México: Biblioteca de Psicología y Psicoanálisis, Cap. XXV, XXVI e XXVII. p.457-525. 1987.
- QUANDO a birra das crianças é considerada um transtorno. **Revista ISTOÉ** 06 de Janeiro de 2020. Editoria Geral Disponível em <<https://istoe.com.br/quando-a-birra-das-criancas-e-considerada-um-transtorno/>> Acesso em 22/02/2022.
- QUAY, H.C. Classification of disruptive behaviors Disorders. IN: QUAY. H.C. HOGAN A. E. **Handbook of disruptive Behavior Disorders.** Springer Science+Business Media New York, 1999.
- REY JM et al. History of child and adolescent psychiatry. In Rey JM (ed), IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health. **Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions** 2015.
- REY, J. M. Oppositional defiant disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 150(12), 1769–1778, 1993.
- RILEY, M. AHMED, S. LOCKE, A. Common Questions About Oppositional Defiant Disorder **Am Fam Physician.** Apr 1;93(7):586-591, 2016.
- ROSE, N. Biopolítica no século XXI. IN: **A política da própria vida: biomedicina, poder e subjetividade no século XXI.** São Paulo. Paulus, 2013.
- ROSE, N. Neurochemical Selves. **Society.** 46-59. 2003.
- RUSSO, J. & VENÂNCIO, A. T. Classificando as pessoas e suas perturbações: a “revolução terminológica” do DSM III. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental** [online]. v. 9, n. 3. 2006.
- RUTTER, M. & STEVENSON, J, Developments in child and adolescent Psychiatry over the last 50 years. IN: **Rutter’s Child and Adolescent Psychiatry.** Blackwell Publishing Limited. Massachussts. p 3-17. 2008.
- RUTTER. M. & SROUFE A. L. Developmental Psychopathology: concepts and challenges. **Development and Psychopathology.** Nº 12. P 265 – 290. 2000.
- RUTTER. M. & SROUFE. A.L. The domanin of Developmental Psychopathology. **Child Development,** Nº 55. P, 17-29. 1984.
- SABSHIN, M. Turning Points in Twentieth-Century American Psychiatry. In **The American Journal of Psychiatry**, vol. 147, n. 10, p. 1267-1274, oct 1990.

- SERRA-PINHEIRO, M. A. et al. Transtorno desafiador de oposição: uma revisão de correlatos neurobiológicos e ambientais, comorbidades, tratamento e prognóstico. **Brazilian Journal of Psychiatry [online]**. v. 26, n. 4, pp. 273-276, 2004.
- STEVENSON, S. & SMITH, G. **Child guidance clinics: a quarter century of Development**. New York, The commonwealth Fund, 1934.
- STEWART, J. The dangerous age of childhood: child guidance and the normal child in Great Britain, 1920 – 1950. **Paedagogica Historica**, vol 47. N 6, December. 785 – 803. 2011.
- TURGAY, A. Psychopharmacological Treatment of Oppositional Defiant Disorder. **CNS Drugs** **23**, 1–17, 2009.
- UHR, D. O projeto da psiquiatria biológica. IN: **O apagamento do sujeito na clínica contemporânea: o caso da psiquiatria biológica**. Tese de doutorado em Psicologia Clínica apresentada à PUC-Rio. Rio de Janeiro: PUC-Rio, 2014.
- WIETEKE V. D., MARJAN J. F, MARIT A.C. TANKE, P. P.T. JEURISSEN, G. P. W.. Medicalisation and Overdiagnosis: What Society Does to Medicine. **Int J Health Policy Manag**, 5(11), 619–622. 2016.
- ZOLA I. Medicine as an institution of social control. British sociological association 1971.
- ZORZANELLI RT, CRUZ, MGA. O conceito de medicalização em Michel Foucault na década de 1970. **Interface (Botucatu)**.; 22(66):721-31. 2018.
- ZORZANELLI, R. Sobre os DSM's como objetos culturais IN: **A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea**. ZORZANELLI R., BEZERRA Jr B., COSTA J. F. (ORG) Rio de Janeiro: Garamond, 2014.
- ZORZANELLI, R. T ; ORTEGA, F.; BEZERRA, Jr, B. Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010. **Ciência e Saúde Coletiva**, vol.19, n.6, 2014.