UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

YASMIN MELO SANTOS

INFÂNCIA DIAGNOSTICADA: QUANDO O TRANSTORNO NOMEIA A CRIANÇA E (DES)ORGANIZA A FAMÍLIA

São Cristóvão - SE
2026

YASMIN MELO SANTOS

INFÂNCIA DIAGNOSTICADA: QUANDO O TRANSTORNO NOMEIA A CRIANÇA E (DES)ORGANIZA A FAMÍLIA

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Sergipe.
Orientador: Prof. Dr. Eduardo Leal Cunha.

São Cristóvão - SE
2026

S237i Santos, Yasmin Melo
Infância diagnosticada : quando o transtorno nomeia a criança e (des)organiza a família / Yasmin Melo Santos. – 2026.

106 f.
Orientador: Prof. Dr. Eduardo Leal Cunha
Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Sergipe, 2026.

1. Transtornos do Neurodesenvolvimento. 2. Medicalização. 3. Relações Familiares . 4. Saúde Mental. I. Cunha, Eduardo Leal, orient. II. Título.

CDD 155.4

YASMIN MELO SANTOS

INFÂNCIA DIAGNOSTICADA: QUANDO O TRANSTORNO NOMEIA A CRIANÇA E (DES)ORGANIZA A FAMÍLIA

Aprovada em: ____/____/_____.

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Sergipe à seguinte Banca Examinadora.

Banca Examinadora

_____

Prof. Dr. Eduardo Leal Cunha (UFS) Orientador

_____

Prof. Dr. Alinne Nogueira Coppus (UFJF / UFS)

_____

Prof. Dr. Andrea Gabriela Ferrari (UFRGS)

São Cristóvão - SE

2026

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao CER II/CIRAS e aos profissionais que tornaram possível a realização desta pesquisa, especialmente às famílias que aceitaram participar das entrevistas e compartilhar comigo fragmentos de suas histórias, suas dúvidas, seus impasses e suas experiências. Em uma pesquisa que se construiu a partir das inquietações produzidas durante minha experiência profissional na instituição e da escuta dessas famílias, reconheço que grande parte dessa história também foi construída nesse solo.

Agradeço aos professores que fizeram parte da minha formação no mestrado e àqueles que contribuíram para que eu pudesse olhar para esta pesquisa por outros ângulos. À banca de qualificação e de defesa, Alinne Nogueira e Andrea Ferrari, agradeço pela leitura atenta, pelas questões e pelas contribuições que possibilitaram ampliar e aprofundar este trabalho. Ao meu orientador, Eduardo Cunha, pelas orientações e pelo acompanhamento desta pesquisa ao longo do percurso acadêmico.

Agradeço à minha família por compreenderem minhas ausências diante dos momentos em que a dissertação ocupou mais espaço do que eu gostaria. Aos amigos, os antigos e aqueles que encontrei ao longo deste percurso, que ouviram minhas dúvidas e angústias e que, em meio às dificuldades e burocracias, sustentaram comigo minha espontaneidade e criação. Ao meu companheiro, que tão de perto me viu entrar e sair deste mestrado, acompanhando seus efeitos no cotidiano, obrigada pela escuta, por respeitar os meus momentos e por permanecer presente.

Chegar ao final desta dissertação certamente só foi possível pela sustentação de algumas pessoas que fizeram parte do meu caminho, sobretudo aquelas que, ao longo destes trinta meses, seguiram me incentivando a continuar e me ajudando a lembrar dos meus desejos e propósitos. Por fim, agradeço a mim mesma por ter sustentado este percurso, que também foi atravessado por uma questão de saúde inesperada, decorrente de um procedimento odontológico que, embora inicialmente simples, resultou em uma experiência de dor crônica e em um longo caminho até a compreensão do que estava acontecendo. Agradeço por ter continuado apesar de tudo o que esse período me exigiu.

Haverá vida pela frente. E uma nova contagem de tempo se instala em nossas vidas, mas nossos relógios estão desencontrados. O tempo é, para cada um, uma experiência única, e somos cada qual uma novidade, contida na mesmice da vida. Tentemos ser, neste novo ano, criaturas de um tempo cada vez mais novo, com um pé aqui e outro na eternidade.

Amaral Cavalcante

RESUMO

Esta pesquisa tem como objetivo investigar os efeitos da nomeação diagnóstica na infância, sobretudo no que se refere aos transtornos do neurodesenvolvimento descritos no DSM-5, com ênfase no Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) e no Transtorno do Espectro Autista (TEA). A partir da escuta de responsáveis, busca-se compreender de que modo a história dessas classificações diagnósticas incide sobre a construção contemporânea do olhar sobre o infantil, sobre as formas de reconhecimento do sofrimento psíquico e sobre as dinâmicas familiares atravessadas pelo discurso técnico especializado. Parte-se da compreensão de que a centralidade assumida pelos diagnósticos na contemporaneidade não pode ser analisada de maneira isolada, mas articulada a um processo histórico mais amplo de medicalização da vida. Evidencia-se que a consolidação da psiquiatria moderna, especialmente a partir dos séculos XIX e XX, esteve vinculada à construção de estratégias de classificação e gestão das condutas consideradas desviantes, produzindo uma racionalidade fundada na oposição entre normal e patológico. Nesse contexto, a infância tornou-se alvo privilegiado de práticas de vigilância, prevenção e intervenção, particularmente por meio da articulação entre medicina, educação e família. Observa-se que, na contemporaneidade, essa lógica é intensificada pela consolidação dos transtornos do neurodesenvolvimento como eixo central das classificações psiquiátricas na infância, sustentadas por uma racionalidade predominantemente neurobiológica. Além disso, evidencia-se que a ampla difusão desses diagnósticos extrapola o campo estritamente clínico, passando a ocupar uma posição estratégica na organização do acesso a políticas públicas, direitos sociais e serviços especializados. Tal cenário destaca a importância de examinar os impactos produzidos pela expansão das classificações psiquiátricas sobre os modos contemporâneos de constituição do infantil.

Palavras-chave: Infância; Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade; Transtorno do Espectro Autista; Medicalização; Relações Familiares.

ABSTRACT

This study aims to investigate the effects of diagnostic labeling in childhood, particularly with regard to the neurodevelopmental disorders described in the DSM-5, with emphasis on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) and Autism Spectrum Disorder (ASD). Based on interviews with caregivers, the study seeks to understand how the history of these diagnostic classifications influences the contemporary construction of perspectives on childhood, the ways in which psychological suffering is recognized, and the family dynamics shaped by specialized technical discourse. It is grounded in the understanding that the central role assumed by diagnoses in contemporary society cannot be analyzed in isolation but must instead be understood as part of a broader historical process of the medicalization of life. The findings indicate that the consolidation of modern psychiatry, particularly from the nineteenth and twentieth centuries onward, was closely linked to the development of strategies for classifying and managing behaviors considered deviant, thereby producing a rationality based on the opposition between the normal and the pathological. Within this context, childhood became a privileged target of practices of surveillance, prevention, and intervention, especially through the articulation of medicine, education, and the family. In contemporary society, this logic has been intensified by the consolidation of neurodevelopmental disorders as the central axis of psychiatric classifications in childhood, supported by a predominantly neurobiological rationale. Furthermore, the widespread dissemination of these diagnoses extends beyond the strictly clinical domain, occupying a strategic position in organizing access to public policies, social rights, and specialized services. This scenario highlights the importance of examining the impacts produced by the expansion of psychiatric classifications on contemporary modes of constituting childhood.

Keywords: Childhood; Attention Deficit Hyperactivity Disorder; Autism Spectrum Disorder; Medicalization; Family Relations.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AEE	Atendimento Educacional Especializado
APA	Associação Americana de Psiquiatria
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CAPSi	Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CER	Centros Especializados em Reabilitação
CER II	Centros Especializados em Reabilitação II
CID	Classificação Internacional de Doenças
CIRAS	Centro de Integração Raio do Sol
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
IMS	Instituto de Medicina Social
INPD	Instituto Nacional de Psiquiatria do Desenvolvimento para a Infância e Adolescência
LBHM	Liga Brasileira de Higiene Mental
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
NIMH	National Institute of Mental Health
POPs	Protocolos Operacionais Padrão
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RDoC	Research Domain Criteria
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDAH	Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade
TEA	Transtorno do Espectro Autista
TOD	Transtorno de Oposição Desafiante
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 11
2 A INFÂNCIA, A FAMÍLIA E SUAS NOMEAÇÕES 18
2.1 Nomeando a infância e a família 18
2.2 Nomeações diagnósticas para a infância 20
2.3 A infância classificada no Brasil 23
3 AS CLASSIFICAÇÕES EM VOGA - QUANDO A CENTRALIDADE NO DIAGNÓSTICO (DES)ORGANIZA O ACESSO AOS DIREITOS 29
3.1 TEA e TDAH 30
3.2 Políticas públicas: direitos associados aos transtornos (ou deficiências?) 37
3.3 Descentralizando o diagnóstico 44
4 MEDICALIZAÇÃO DA INFÂNCIA 46
4.1 Ampliação e consolidação do domínio médico 47
4.2 Entre classificar, medicar e consumir: a racionalidade neurobiológica e a mercantilização do diagnóstico 51
4.3 Efeitos da medicalização da infância: a escola e a família submetidas ao discurso técnico especializado 57
5 A NOMEAÇÃO E SEUS EFEITOS NA VIDA REAL – ESCUTANDO FAMÍLIAS MARCADA PELO DIAGNÓSTICO 63
5.1 Considerações metodológicas e percurso da pesquisa 63
5.2 Resultados 68
5.2.1 Entrevista 1 68
5.2.2 Entrevista 2 72
5.2.3 Entrevista 3 77
5.2.4 Entrevista 4 82
5.3 Discussão 87
5.3.1 Eixo 1 - Demanda imposta 87
5.3.2 Eixo 2 - O que se entende quando um laudo se fecha? 94
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS 102
REFERÊNCIAS 108

1 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, os diagnósticos psiquiátricos voltados à infância passaram a ocupar lugar cada vez mais central na compreensão dos sofrimentos e comportamentos observados no desenvolvimento infantil. Entre eles, destacam-se o Transtorno do Espectro Autista (TEA) e o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), que vêm sendo amplamente difundidos não apenas nos campos da saúde e da educação, mas também no cotidiano das famílias. Esse processo acompanha transformações mais amplas ocorridas na psicopatologia contemporânea, particularmente a partir da consolidação do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), Associação Americana de Psiquiatria (APA), que passou a desempenhar papel fundamental na produção de categorias diagnósticas, na organização das práticas clínicas e na construção de formas socialmente compartilhadas de compreender a infância.

No contexto brasileiro, a crescente circulação dessas classificações ocorre simultaneamente à ampliação de políticas públicas voltadas às pessoas com deficiência e aos transtornos do neurodesenvolvimento. Um espaço privilegiado para observar essas articulações são os Centros Especializados em Reabilitação (CER) que constituem a Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ao passo que essa instituição demonstra a ampliação do acesso a serviços especializados, a expansão desses dispositivos evidencia tensões relacionadas aos critérios de acesso e aos modos pelos quais determinados sujeitos passam a ser reconhecidos e inseridos nas redes de atenção.

Nesse contexto, o problema que orienta esta dissertação emerge através da vivência profissional no Centro Especializado em Reabilitação II (CER II), vinculado ao Centro de Integração Raio do Sol (CIRAS), localizado em Aracaju/SE. A atuação cotidiana junto às crianças encaminhadas ao serviço e seus responsáveis, sustentada por uma escuta clínica atenta às narrativas produzidas nos momentos de triagem e acolhimento, conduziu à formulação de uma questão que se mostrou recorrente: por que as famílias investiam tamanho esforço para reconhecer suas crianças – e frequentemente a si próprias – na linguagem diagnóstica estabelecida?

Os Centros Especializados em Reabilitação integram a rede pública de saúde no componente de atenção ambulatorial especializada, podendo oferecer até quatro

modalidades de serviço para reabilitação: auditiva, visual, física e intelectual. A construção e/ou habilitação desses espaços foi estruturada a partir da implementação da Rede de Cuidados à Saúde das Pessoas com Deficiência, no contexto de uma política pública voltada à ampliação do acesso e à garantia do cuidado às pessoas com deficiência. Os CER ocupam um lugar estratégico na Rede, não apenas no que se refere ao tratamento clínico, mas também no que diz respeito à articulação de diferentes pontos de atenção, sejam do sistema público, comunitário ou da iniciativa privada (Brasil, 2022). De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2022), essas unidades são responsáveis por "promover a concessão, a adaptação e a manutenção de tecnologia assistiva", realizando um atendimento de forma interdisciplinar, envolvendo familiares e cuidadores no processo de cuidado.

O CER II/CIRAS foi habilitado através do Convênio de n° 02/2018, aprovado em 06 de abril de 2018, e trabalha com as modalidades física e intelectual. Sua equipe de profissionais é composta por terapeuta ocupacional, nutricionista, enfermeiros, assistente social, fonoaudiólogos, ortopedista, neurologista, psiquiatra, psicopedagogos e psicólogos. A maior parte dos encaminhamentos vem das Unidades Básicas de Saúde e do Hospital Universitário, sendo, em sua maioria, referentes a casos em que já foi iniciado um processo de investigação diagnóstica. O serviço possui alta demanda, costumando apresentar uma fila de espera de aproximadamente 250 crianças.

Em razão da elevada demanda e da limitação da oferta de vagas, o acesso ao serviço é organizado por meio de mutirões de triagem que classificam os usuários segundo critérios de gravidade previamente estabelecidos: vermelho para os casos considerados mais graves; amarelo para os intermediários; verde para as situações avaliadas como de menor complexidade; e, por fim, aqueles considerados sem perfil para atendimento no Centro. Essa classificação orienta a priorização dos atendimentos e constitui o principal mecanismo de acesso aos diferentes dispositivos ofertados pelo CER II/CIRAS, tanto no âmbito da reabilitação física quanto da reabilitação intelectual.

Tais critérios baseiam-se em um questionário instituído, cuja autoria ou formalização não foi registrada. O conteúdo deste instrumento é estruturado em itens com formato de resposta fechada e dividido em sessões: situação escolar; funções motoras e sistêmicas; cuidados pessoais; nutrição; linguagem; sensorial; e social/emocional. Além destas sessões há uma inicial para "informações gerais", contendo um espaço para preencher dados pessoais e o diagnóstico médico ou a investigação diagnóstica disposta. Ao final do instrumento, eram apresentadas duas tabelas distintas, correspondentes a cada modalidade

de reabilitação, as quais indicavam a classificação adequada aos sujeitos avaliados. Na tabela referente à reabilitação intelectual, havia a inclusão do Transtorno do Espectro Autista infantil.

Quanto à reabilitação intelectual, chamou minha atenção a relação direta entre esse instrumento de avaliação e os critérios diagnósticos do TEA descritos no DSM-5. A organização das faixas de classificação reproduzia, em grande medida, a lógica dos níveis de suporte estabelecidos pelo manual. A faixa verde correspondia ao nível 1, associado à necessidade de apoio leve, enquanto a faixa amarela remetia ao nível 2, caracterizado por maiores dificuldades nas habilidades sociais e nas atividades cotidianas. Dessa forma, o questionário parecia operar não apenas como instrumento de avaliação institucional, mas também como tradução prática da racionalidade classificatória presente no DSM-5.

Na faixa vermelha para crianças de 0 a 2 anos e 11 meses, constava atraso importante ou ausência de fala, ausência de contato visual e interação social, não reação a estímulos sonoros ou quando chamada pelo nome. Para crianças acima de 3 anos contempla aquelas que apresentam diagnóstico ou estejam em fase de investigação para Deficiência Intelectual nível de gravidade grave/profunda e/ou TEA, nível 3, ou seja, "necessidade de apoio substancial, com graves dificuldades de comunicação, incluindo modos verbais e não verbais com acentuada dificuldade de funcionamento, inflexibilidade de comportamento, extrema dificuldade em lidar com a mudança ou outros comportamentos restritos/repetitivos interferindo acentuadamente no funcionamento de todas as habilidades, e grande sofrimento/dificuldade para mudar o foco ou as ações; crianças com comprometimento no desempenho de pelo menos 3 AVDs (Atividades de Vida Diária) – higiene, alimentação, vestuário, transferência, mobilidade e marcha" (Questionário…, s.d.)[1].

Embora esse fosse o instrumento indicado como porta de entrada para o serviço, destinado majoritariamente ao atendimento de crianças, havia um dilema na instituição, uma vez que nem todos os usuários com demanda na esfera da reabilitação intelectual estavam referenciados com o diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista**.** Era um dilema que comportava uma dificuldade em estabelecer um julgamento do que e para quem se configurava a reabilitação intelectual, tendo em vista o perfil de usuários que chegavam no serviço.

[1] Citação do instrumental de avaliação fornecido pela instituição: Questionário Orientador Para Critérios de Seleção da Triagem com Crianças/ Classificação de Risco CER - Reabilitação Intelectual e TEA Infantil – população abaixo de 14 anos. Vinculado à rede de atenção especializada CER II/CIRAS e SERFISMO/Siqueira Campos.

Quando, após avaliação, a criança não apresentava o perfil estabelecido para o atendimento no Centro de Reabilitação, era encaminhada para a rede de atenção básica. No entanto, frequentemente, a própria rede a reencaminhava ao CER, sob a justificativa de que este seria o serviço de referência para tais transtornos. Essa dinâmica produzia impasses institucionais na construção dos Protocolos Operacionais Padrão (POPs) e dos instrumentos de avaliação de cada profissão. Ou seja, além das dificuldades relacionadas à definição da porta de entrada do serviço, havia também impasses quanto à permanência dos usuários diante das demandas apresentadas. Isso porque, uma vez admitido no serviço por meio da triagem, o sujeito passava a ser reconhecido institucionalmente como usuário do CER, tornando mais complexa a definição dos critérios para sua permanência ou encaminhamento para outros pontos da rede.

Durante as entrevistas e avaliações iniciais, observei um esforço constante de apropriação de termos técnicos provenientes do campo médico-terapêutico por parte das famílias, particularmente daqueles difundidos pelo DSM-5. Com frequência, comportamentos, dificuldades escolares, conflitos familiares, modos de brincar, hábitos alimentares ou características da personalidade infantil eram descritos por meio de categorias diagnósticas ou de seus critérios. Mesmo quando as manifestações apresentadas não correspondiam aos quadros clínicos em investigação, persistia a tentativa de situar a experiência da criança por meio das classificações dispostas.

Contudo, quando os protocolos e instrumentos de avaliação eram momentaneamente suspensos, permitindo que os responsáveis falassem para além das perguntas estruturadas, emergiam outros elementos. Tornavam-se visíveis relatos marcados pela sobrecarga materna dos cuidados, pelas dificuldades econômicas, pelas exigências escolares, pelos conflitos familiares e pelos desafios cotidianos implicados na criação dos filhos. Surgiam também narrativas atravessadas pela culpa, pelo medo e pela incerteza diante do futuro das crianças. Apareciam preocupações relacionadas à aprendizagem escolar, à inserção social, à possibilidade de autonomia futura e, não raramente, surgiam ainda hipóteses acerca da atribuição genética e hereditária para responder à questão quanto à origem do transtorno.

Nesses momentos, foi possível observar que aquilo que inicialmente se apresentava sob a forma de um problema diagnóstico frequentemente remetia a questões muito mais amplas, ligadas às condições concretas de vida, às expectativas sobre a infância, à atribuição de sentido ao sofrimento psíquico e aos comportamentos considerados inadequados. A experiência suscitava, portanto, uma indagação que ultrapassava a questão de como se inicia

um processo de classificação diagnóstica. Tornava-se necessário compreender quais sentidos são produzidos e mobilizados pelas famílias quando recorrem às categorias diagnósticas para narrar suas experiências, bem como investigar o que pode ser escutado para além da linguagem oferecida pela psicopatologia contemporânea. Em outras palavras, a experiência no campo conduziu-me a analisar não apenas os diagnósticos em si, mas as formas pelas quais eles passam a organizar a vida das famílias e das crianças.

Partindo dessa problemática, esta dissertação tem como objetivo investigar os efeitos da nomeação diagnóstica na infância, sobretudo no que se refere às classificações de TEA e TDAH. Busco compreender de que modo tais classificações são apropriadas pelas famílias e os sentidos que lhes são atribuídos, bem como analisar os processos de medicalização da infância que se articulam em torno da categoria "transtornos do neurodesenvolvimento". Para tanto, adoto a abordagem qualitativa fundamentada na realização de entrevistas semiestruturadas com responsáveis por crianças vinculadas ao CER II/CIRAS. A aposta metodológica sustentou-se na possibilidade de produzir um espaço de fala que favorecesse a emergência das singularidades, permitindo interrogar os diagnósticos para além de sua função classificatória.

Sendo assim, delimitei a composição dos participantes a familiares que integram o cotidiano de crianças atendidas no Centro Especializado em Reabilitação II (CER II/CIRAS), associadas aos diagnósticos de Transtorno do Espectro Autista e Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade. Para fins de investigação, organizei os participantes em dois grupos, de modo a possibilitar a análise de diferentes tempos de permanência institucional. O primeiro foi composto por familiares de crianças vinculadas ao serviço há mais de três anos, enquanto o segundo reuniu responsáveis por crianças inseridas no CER II/CIRAS há até seis meses. Desse modo, busco refletir sobre os efeitos produzidos pela classificação diagnóstica em diferentes momentos da trajetória dessas famílias, considerando os distintos níveis de exposição aos discursos e práticas que atravessam os serviços de saúde.

No primeiro capítulo, proponho discutir a constituição histórica das noções de infância, família e das nomeações diagnósticas dirigidas ao infantil. Parto do entendimento de que essas categorias não são naturais nem universais, mas construções produzidas em diferentes contextos sociais, políticos e culturais. Inicialmente, discuto a construção das noções de infância e família, destacando a influência dos saberes médicos, jurídicos e religiosos na definição desses lugares na organização da vida familiar ocidental.

Em seguida, apresento uma genealogia das classificações diagnósticas da infância, evidenciando como diferentes formas de nomear a anormalidade infantil foram sendo construídas ao longo da história, culminando nas atuais categorias diagnósticas. Por fim, examino a trajetória dessas nomeações no Brasil, destacando a passagem de uma lógica tutelar e institucionalizante para a perspectiva da proteção integral e do cuidado em liberdade, situando esse processo no contexto da construção das políticas públicas de saúde mental destinadas à infância. Desse modo, o capítulo busca demonstrar que as nomeações diagnósticas, além de descreverem determinados fenômenos, participam ativamente da produção de modos de compreender, regular e intervir sobre a infância e a família.

Já no segundo capítulo, busco reconhecer os efeitos de nomeações diagnósticas na organização de políticas públicas dirigidas à infância e à família, evidenciando o lugar central que tais categorias passaram a ocupar no campo da saúde, da educação e da assistência social. Para isso, problematizo a transformação de classificações diagnósticas em dispositivos reguladores de acesso a direitos, destacando os transtornos do neurodesenvolvimento mais frequentemente mobilizados nos processos contemporâneos de classificação diagnóstica dos comportamentos da infância: o TEA e o TDAH, privilegiando o quadro descritivo dessas categorias tal como formulado no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais.

No terceiro capítulo, discuto o processo de medicalização da infância, articulando-o à expansão das classificações diagnósticas na organização da vida cotidiana. Inicialmente, analiso a ampliação histórica do domínio médico, destacando como aspectos da vida social passaram a ser progressivamente definidos e interpretados a partir de categorias e intervenções médicas. Em seguida, abordo a articulação entre classificações diagnósticas, psicofármacos e indústria farmacêutica, evidenciando a consolidação de uma racionalidade neurobiológica que contribui para a expansão dos diagnósticos e para a mercantilização do sofrimento psíquico e dos comportamentos desviantes. Por fim, destaco os efeitos desse processo sobre a escola e a família, discutindo como os discursos técnico-especializados passam a ocupar uma posição central na interpretação das dificuldades infantis, especialmente a partir dos diagnósticos de Transtorno do Espectro Autista e Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade.

Finalmente, apresento a metodologia utilizada na pesquisa empírica e os resultados encontrados a partir das entrevistas realizadas com os responsáveis pelas crianças. A partir da análise dessas entrevistas, procuro responder ao problema que motivou esta investigação,

interrogando os caminhos que conduzem à demanda por uma nomeação diagnóstica e os sentidos que essas classificações podem assumir na experiência das famílias. Com isso, busco tanto examinar o processo de medicalização presente no cotidiano das crianças e de seus cuidadores quanto compreender o que os diagnósticos passam a organizar nas narrativas e na construção das histórias familiares. Simultaneamente, busco destacar aquilo que escapa à lógica classificatória e insiste em se apresentar quando a escuta não se limita aos transtornos, mas se orienta pela singularidade dos sujeitos.

2 A INFÂNCIA E A FAMÍLIA E SUAS NOMEAÇÕES

Nesta seção, proponho examinar a constituição histórica das noções de infância, família e das nomeações diagnósticas dirigidas ao infantil, com o intuito de evidenciar que tais categorias não são naturais ou universais, mas produções históricas, sociais e culturais. Com esse intuito, parto da análise da emergência de uma "consciência de infância" na modernidade ocidental, articulada à reorganização da família e à centralidade progressiva atribuída à criança no interior da vida doméstica. Ao mesmo tempo, busco tensionar a universalidade dessa narrativa, reconhecendo a existência de múltiplas infâncias, atravessadas por marcadores sociais como classe, raça, gênero e contexto cultural.

Nesse cenário, procuro destacar o papel estruturante desempenhado pelos saberes médicos, jurídicos e religiosos na organização da vida familiar e na construção de formas específicas de compreender e classificar o adoecimento infantil. A partir dessa discussão, busco examinar o surgimento das nomeações diagnósticas dirigidas à infância, evidenciando que as fronteiras entre normalidade e anormalidade não constituem dados naturais, mas construções históricas produzidas em contextos sociais e culturais específicos.

2.1 Nomeando a infância e a família

A partir da pesquisa de Philippe Ariès (1981), História social da criança e da família, observa-se que é apenas a partir do século XVII que emerge uma "consciência de infância". Nesse período, a criança passa a ser reconhecida como um sujeito distinto do adulto, com necessidades e modos de ser específicos. Na sociedade medieval, segundo Ariès (1981), a criança era vista como um "pequeno adulto", participando da vida social e laboral sem nenhuma diferenciação expressiva em relação aos adultos. O autor identifica que a emergência de uma 'sentimentalização da infância' está vinculada à reorganização da vida familiar na modernidade, momento em que a esfera doméstica se torna um espaço central de cuidado e socialização para a criança.

Contudo, há divergências quanto à compreensão proposta por Ariès (1981) sobre a ausência de um sentimento de infância em períodos anteriores. Em contraponto, diversos autores argumentam que a diferenciação entre adultos e crianças remonta a momentos distintos da história da humanidade, variando conforme os contextos socioculturais. Kuhlmann e Fernandes (2012) advertem para a necessidade de considerar as variantes

contextuais, econômicas e simbólicas de cada território, lembrando que a infância é uma categoria social plural. Nesse sentido, os autores propõe compreender a infância como um conceito ‘guarda-chuva’, que comporta inúmeros cenários sociais referentes à classe, raça, cultura e gênero.

Com o intuito de identificar expressões de uma infância para além do marco histórico europeu situado por Ariès, os autores destacam representações iconográficas do Museu do Palácio Nacional de Taiwan que retratam crianças brincando durante a antiga China imperial. No gênero de pintura denominado “crianças brincando”, presente na dinastia Sung (960-1279), observa-se uma diferenciação da infância, representada por gestos e atividades próprias, o que demonstra que distintas formas de conceber a infância e a família estiveram presentes em outras civilizações e períodos históricos (Kuhlmann; Fernandes, 2012). A partir desse debate, busco enfatizar que tanto a noção de infância quanto a de família são construções históricas e culturais sujeitas a variações significativas de acordo com o tempo e lugar.

Nesse sentido, torna-se imprescindível reconhecer que a concepção de criança predominantemente no Brasil é fortemente influenciada pela realidade ocidental europeia, tendo em vista que os processos de colonização determinam expressivamente a consolidação do modelo de infância e família reproduzido. A partir do século XIX, observa-se uma mudança decisiva: a criança passa a ocupar um papel central na constituição da família burguesa. Diferentemente das famílias aristocráticas dos séculos XVI e XVII, nas quais dificilmente havia um vínculo parental direto, a criação das crianças era frequentemente delegada a amas de leite, empregados ou instituições. A revolução industrial introduziu a ideia da criança como centro afetivo e moral da vida doméstica (Resende, 2017).

Esse processo articula-se à consolidação do modelo de família privada, sustentada em uma divisão sexual do trabalho. O homem é associado ao espaço público e produtivo, enquanto à mulher é atribuída a responsabilidade pela vida doméstica e, sobretudo, pelo cuidado das crianças. Atribui-se um valor econômico à criança, sendo do interesse do Estado prezar por sua sobrevivência, de modo que se torne força de trabalho (Resende, 2017). É nesse contexto que se institui uma racionalidade voltada à maternagem, concebida como natural e instintiva.

Considerando as particularidades de um país colonizado, merece destaque o papel da igreja a partir da difusão religiosa. Durante os séculos XVIII e XIX, fundou-se, no Brasil, a Santa Casa de Misericórdia, a fim de acolher as crianças recém-nascidas abandonadas e de

promover incentivos financeiros para incitar adoção. Destaca-se, também, a função da medicina referente à construção da infância e da maternidade no Brasil. Diante da alta taxa de mortalidade infantil e da necessidade de desenvolvimento do país/colônia, os médicos participam ativamente da propaganda sobre a concepção de maternidade inata à mulher, com o objetivo de reduzir a mortalidade na infância a partir da atribuição do cuidado das crianças ao papel de mãe (Resende, 2017).

Dessa maneira, é possível observar que as ciências médicas, em articulação com os saberes religiosos e jurídicos, desempenharam um papel estruturante da conformação das relações familiares (Resende, 2017), sobretudo no que diz respeito ao lugar da mulher como mãe e da criança como filho. Nessa perspectiva, considero que examinar as nomeações diagnósticas que orientam a classificação do infantil constitui um passo fundamental para compreender a historicidade dos modos de apreensão da infância e os efeitos dessas concepções na organização da vida familiar e das práticas em saúde mental.

2.2 Nomeações diagnósticas para a infância

Busco demonstrar que a concepção dos limites entre normalidade e anormalidade atribuídas à infância constitui-se com base em construções históricas e sociais, assim como o próprio conceito de infância. A emergência dessas categorias se inscreve em um contexto em que o desenvolvimento da família burguesa consolidou uma nova representação da criança, simultaneamente objeto de cuidado e controle, articulada ao avanço do saber médico-psiquiátrico. Nesse cenário, a preocupação com uma psicopatologia da infância não se deu de forma autônoma, mas a partir de um interesse na predisposição à psicopatologia do adulto (Silva, 2021). É nesse movimento que se inicia o processo histórico de categorização diagnóstica das condutas e características infantis consideradas desviantes em relação aos padrões de normalidade.

Em um primeiro momento, no século XIX, a discussão restringe-se à noção de retardamento mental, cunhada por Esquirol sob a denominação de *idiotia*. Não se considerava a existência de uma loucura infantil à maneira que se compreendia nos adultos, mas apenas variações no grau de irreversibilidade desse único diagnóstico referente à uma deficiência presente organicamente na mente de algumas crianças. Havia duas principais impressões: a de Esquirol e Pinel, que sustentavam a irreversibilidade da idiotia; e a dos educadores dos chamados *idiotas*, que defendiam a possibilidade de um prognóstico

favorável, desde que fossem aplicados métodos educativos específicos (Marfinati; Abraão, 2014).

Essa segunda perspectiva, defendida pelos educadores, fundamentava-se nas experiências realizadas com Victor, a chamada criança selvagem encontrada sem vestimentas nas florestas do sul da França. A ausência de linguagem e de interação social foi inicialmente interpretada como surdez e mudez, reforçando a hipótese de idiotia formulada por Pinel, que descartava qualquer possibilidade educativa. No entanto, Jean-Marc-Gaspard Itard divergiu de Pinel, defendendo a possibilidade de educação e reintegração social de Victor. Para Itard, a problemática apresentada pelo menino pertencia ao campo da medicina moral, designação que, à época, referia-se aos processos mentais e a possibilidade de intervenção sobre eles. O caso tornou-se emblemático por inaugurar reflexões acerca da educabilidade e do estatuto psíquico da infância considerada anômala, além de constituir o primeiro registro clínico detalhado centrado em uma criança (Marfinati; Abrão, 2014).

A experiência de Itard com Victor consolidou as bases para uma intervenção sobre a infância classificada como anormal, evidenciando a articulação entre medicina e pedagogia. É nesse contexto que Édouard Séguin, destaca-se pelo tratamento moral dirigido às crianças idiotas, fundamentado em métodos educativos. Ao enfatizar a importância do diagnóstico diferencial e da aplicação de práticas de ensino-aprendizagem voltadas às crianças com deficiências mentais, Séguin (1846 *apud* Marfinati; Abrão, 2014, p. 247) consolida-se como precursor de um modelo médico-pedagógico cuja influência se estendeu a escolas e instituições voltadas ao atendimento dessas crianças.

Dando continuidade a essa tendência, os trabalhos de Alfred Binet e Théodore Simon (1905, *apud* Abrão, 2020, p.6) introduzem as escalas métricas de inteligência, concebidas para mensurar e classificar quantitativamente as habilidades intelectuais e sociais de crianças em diferentes faixas etárias. Desse modelo derivam categorias como *idiota* - incapaz de se comunicar por palavras; *imbecil* - incapaz de se expressar pela escrita; e *débil mental* - capaz de linguagem e escrita, mas com desempenho escolar limitado (Abrão, 2020). Essas classificações introduzem uma lógica de mensuração do comportamento infantil, orientando um importante momento na constituição da psicometria e da psiquiatria infantil moderna.

Nesse contexto de crescente interesse científico pela conduta e pela capacidade de adaptação das crianças, em 1902 emerge a primeira descrição médica do que mais tarde seria identificado como Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade. Foi o pediatra George

Still quem investigou a anormalidade do *controle moral* em crianças, entendendo-a como decorrente de um defeito no desenvolvimento mental. Sustentando a hipótese de uma patologia moral específica caracterizada pela incapacidade de obedecer às regras e normas sociais, Still atribuía a disfunção a uma falha da vontade inibitória, sendo constitutiva quando manifestava-se em imbecis e idiotas (Lima, 2005). Desse modo, observa-se que o debate permanecia circunscrito à idiotia reconhecida enquanto única expressão de uma psicopatologia infantil.

Apenas no final do século XIX e início do século XX observam-se as primeiras tentativas de fundamentar uma psicopatologia infantil que ultrapasse o diagnóstico de deficiência atrelado à idiotia, cujas formulações ainda se apoiavam amplamente na nosografia desenvolvida para a psiquiatra de adultos (Abrão, 2020). A partir do diagnóstico de demência precoce formulado por Kraepelin, consolida-se o reconhecimento e a subsequente investigação das manifestações de demenciais infantis. Entre essas investigações, o trabalho de Heller adquire relevância ao descrever, em 1908, casos de crianças com demência infantil, cujos sintomas se diferenciavam da idiotia. Essa descrição corresponde ao quadro que, mais tarde, seria denominado Transtornos Desintegrativos da Infância, incluído nas edições III e IV do DSM (Marfinati; Abrão, 2014).

Em 1911, destaca-se o trabalho de Eugen Bleuler, que renomeou o conceito de demência precoce para esquizofrenia infantil, introduzindo a concepção de autismo como sintoma desta patologia (Marfinati; Abrão, 2014). No entanto, foi apenas na década de 1930 que a psiquiatria infantil iniciou um processo de construção de uma nosologia própria, superando o modelo que reproduzia os referenciais da psiquiatria do adulto (Abrão, 2020). Esse movimento foi influenciado pela pediatria e pela psicanálise, cujas formulações possibilitaram a compreensão de novas manifestações psíquicas na infância.

No campo da psicanálise, destacou-se Melanie Klein, que, em 1930, publicou a análise de um caso de uma criança de quatro anos diagnosticada com esquizofrenia. No capítulo "A importância da formação de símbolos para o desenvolvimento do ego"[2], a psicanalista propõe uma ampliação do termo esquizofrenia, utilizando-o para classificar a criança e descrevendo uma sintomatologia que se aproxima daquela posteriormente delineada por Leo Kanner ao descrever o autismo infantil precoce. Considera-se que o

[2] O texto pode ser acessado em: KLEIN, Melanie. A importância da formação de símbolos no desenvolvimento do ego, 1930. *In*: KLEIN, Melanie. **Contribuições à psicanálise**. 2. ed. São Paulo: Editora Mestre Jou, 1981. Disponível em: https://iepp.com.br/wp-content/uploads/2023/03/a-importancia-da-formacao-dos-simbolos-no-desenv.pdf. Acesso em: 30 jul. 2026.

principal interesse de Klein residia na dimensão terapêutica, enquanto a nomeação diagnóstica permanecia como aspecto secundário (Marfinati; Abrão, 2014).

Com Leo Kanner, em 1943, inaugura-se a nomeação do autismo como um quadro nosológico autônomo da infância. O quadro foi caracterizado pelo isolamento social e comprometimento da comunicação em crianças por volta dos três anos de idade, e sua etiologia era atribuída a uma maternagem pouco afetuosa, além de fatores genéticos. Em meio a isso, Hans Asperger (1944) descreve a psicopatia autística infantil, posteriormente conhecida como Síndrome de Asperger, com sintomatologia semelhante àquela apresentada por Kanner, diferenciando-se pela manifestação mais tardia, entre quatro ou cinco anos de idade, e pela maior flexibilidade no uso da linguagem (Marfinati; Abrão, 2014).

Nesse campo configuram-se duas tendências na construção das nomeações diagnósticas que definiram a apreensão da anormalidade na infância. A primeira, de base organicista, sustenta hipóteses etiológicas de natureza genética, originada no século XIX e retomada no final do século XX a partir das formulações de Kanner. A segunda, com influência psicanalítica, defende uma etiologia de base ambiental, tendo exercido maior influência entre as décadas de 1940 e 1970. Com a publicação da terceira edição do DSM, em 1980, consolidam-se as bases organicistas que passam a orientar a compreensão e a classificação de diversos quadros de sofrimento / adoecimento psíquico ou condutas desviantes na infância. Essa mudança marca uma inflexão decisiva na história das nomeações diagnósticas infantis, ao redefinir os modos de identificação e categorização do adoecimento. Como consequência, os tratamentos dirigidos à infância se reorganizam, tornando a classificação um trabalho prioritário.

2.3 A infância classificada no Brasil

A trajetória de constituição das formas de apreensão da infância no Brasil evidencia que o olhar dirigido à criança esteve, historicamente, atravessado por dispositivos jurídico-institucionais que não apenas organizaram sua classificação social, mas também definiram os modos de intervenção sobre ela. Observa-se que, no âmbito da infância, foi produzido uma diferenciação por critérios de normalidade, adequação e desvio que extrapolavam a dimensão estritamente clínica e se articulavam às exigências de ordenação social. Nesse contexto, o interesse em classificar e intervir sobre a infância consolidou-se, inicialmente, como tarefa privilegiada dos campos jurídico e educacional, ambos implicados na

organização do modelo familiar burguês e na gestão do contingente populacional destinado à formação de mão de obra. É nesse cenário, marcado pela articulação entre projetos de modernização urbana e políticas de controle social, que se instituem as nomeações e categorias destinadas a apreender a infância.

Segundo Couto e Delgado (2015), a apreensão da infância nas primeiras oito décadas da República (1889-1969), foram predominantemente relegada aos setores da assistência social e educacional, orientados por uma lógica tutelar e disciplinar. Os problemas mentais na infância figuravam como questões marginais na agenda pública, sendo frequentemente absorvidos pela centralidade do problema da pobreza, entendido ora como pobreza material, ora como pobreza moral, em consonância com a doutrina da situação irregular consolidada pelo Código de Menores de 1927:

> A condição de menor definiu uma legião de crianças e adolescentes que foram retirados da tutela familiar, colocados sob a tutela do Estado e inseridos em instituições de recolhimento e internação (internatos, asilos, educandários, reformatórios). O princípio-base era o de que a separação de crianças em risco do seu meio familiar prejudicial poderia oferecer melhores condições para a formação moral, intelectual e física, garantindo sua capacidade produtiva e sua integração futura à sociedade como cidadãos bem formados (Couto; Delgado, 2015, p. 26).

Nesse contexto, o campo médico, especialmente por meio do movimento da higiene mental, e o campo jurídico, a partir da doutrina da situação irregular, convergiram na legitimação de práticas de institucionalização da infância pobre e considerada desviante, produzindo uma indistinção entre abandono, delinquência e deficiência, frequentemente reunidos sob o mesmo regime de intervenção estatal. Conforme destacam Couto e Delgado (2015, p. 25), no que se refere à categoria deficiência, esta "a rigor, teve mais valor social do que nosográfico e determinou a institucionalização de um enorme contingente de crianças e adolescentes em abrigos especiais". A medicina higienista, ao deslocar as problemáticas da infância para o campo da prevenção e da correção moral e educativa, contribuiu para a legitimação de práticas de isolamento e institucionalização, sobretudo nos casos em que as intervenções preventivas não produziam os efeitos esperados, restando a internação como principal dispositivo de gestão desses sujeitos (Couto; Delgado, 2015).

A psiquiatria infantil, embora tenha produzido experiências institucionais relevantes ao longo do século XX, como o Pavilhão Bourneville (1904), a atuação da Liga Brasileira de Higiene Mental entre as décadas de 1920 e 1940, e posteriormente o Hospital de Neuropsiquiatria Infantil no Engenho de Dentro (1942), permaneceu relativamente marginal no que se refere à formulação da agenda pública da infância, especialmente quando

comparada à centralidade assumida pelas instituições jurídicas e assistenciais na definição das políticas voltadas a esse campo. Nesse sentido, ainda que se observa presença de distinções classificatórias[3], estas frequentemente eram absorvidas por uma lógica mais ampla de controle social da pobreza (Couto; Delgado, 2015).

Desse modo, na prática, não havia distinção entre crianças abandonadas, aquelas que cometiam infrações ou as consideradas deficientes. A institucionalização na infância, expressa nos abrigos e instituições de correção, evidenciava a fusão de múltiplas classificações da infância sob uma mesma lógica, e, frequentemente, sob uma mesma instituição, como o exemplo disposto no Hospital Colônia de Barbacena. As manifestações do que hoje se reconhecem como deficiências e transtornos mentais eram submetidas ao mesmo fundamento orientado pela doutrina da situação irregular, demonstrando que a psiquiatria no país apresentava insuficiente relevância na agenda pública brasileira (Couto; Delgado, 2015, p. 25). Assim, a compreensão que vigorava nas políticas públicas e na abordagem estatal era a da criança enquanto *menor*, figura social que deveria ser segregada do convívio coletivo sempre que não se adequasse às normas de sociabilidade vigentes, independentemente da dimensão nosográfica.

A partir da década de 1980, reconfigura-se a apreensão da infância, quando as crianças e os adolescentes passam a ser reconhecidos enquanto *sujeitos de direito*. Neste contexto, a doutrina jurídica integra-se à função de proteção integral, fundamentada no cuidado em liberdade. A consolidação dessa nova concepção referente à abordagem com a criança é estruturada por dois marcos: a Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança (1989) e a proclamação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em 1990, que reposicionam a criança frente à situação jurídica de *menor*.

Esses dois marcos, unidos à Lei da Saúde Mental nº 10.216/2001 e à III Conferência Nacional De Saúde Mental (CNSM), ambas realizadas em 2001, em conjunto com diferentes movimentos sociais ao longo de aproximadamente uma década, estruturaram a emergência das políticas de saúde mental voltadas à infância. Nessa conferência, o debate acerca da infância e da adolescência obteve destaque, antecedido pela realização de um Seminário

[3] No Hospital do Juqueri, em São Paulo, após a implementação do pavilhão-escola denominado Escola Pacheco e Silva, em 1929, as crianças internadas passaram a ser classificadas como educáveis e ineducáveis. Estas últimas eram encaminhadas ao pavilhão asilar e incluíam categorias como idiotas, imbecis, epilépticos e pós-encefálicos, enquanto as consideradas educáveis eram aquelas identificadas com perturbações da moral e do caráter, sendo destinadas ao pavilhão escolar. Por sua vez, na Seção de Ortofrenia e Higiene Mental do Departamento de Educação do Distrito Federal, no Rio de Janeiro, em 1930, Arthur Ramos desenvolveu uma distinção entre crianças com problemas emocionais e crianças com deficiências intelectuais (Abrão, 2020).

Nacional voltado à formulação de diretrizes para as políticas públicas de saúde mental dirigidas às crianças e aos adolescentes no Brasil. Esta etapa contou com representações de diferentes estados e de diversos setores públicos, como os campos da educação, da assistência social, do jurídico e da saúde:

> Seu caráter intersetorial correspondeu ao que viria a se constituir posteriormente como um dos principais fundamentos da política de saúde mental para crianças e adolescentes, a intersetorialidade. O Seminário, com a responsabilidade de estabelecer diretrizes ético-políticas capazes de dar sustentabilidade a uma rede de atendimento psicossocial para crianças e adolescentes no sistema de saúde mental do SUS (Brasil, 2001), elaborou um conjunto de recomendações que foi posteriormente aprovado na íntegra pela plenária final da III CNSM. Destacaram-se como concepções fundamentais: a noção de criança e adolescente como sujeito psíquico e de direitos, a base comunitária da atenção, o desenvolvimento do cuidado através do trabalho em rede e no território e o fundamento intersetorial da política e das ações de cuidado (Couto; Delgado, 2015, p. 15).

Nesse contexto, observa-se uma inflexão na agenda pública, que passa a reconhecer o Estado como esfera de proteção e de promoção do bem-estar social voltada à infância e adolescência, bem como reforça seu lugar de regulador da família no trato dirigido a esses sujeitos. A conferência, sustentada pelos princípios do ECA e da Reforma Psiquiátrica, marca a reconfiguração do olhar sobre a loucura na infância, inaugurando um deslocamento do modelo assistencial para dar lugar ao campo da saúde mental. Esse movimento se consolida com a Portaria n°336, de 19 de fevereiro de 2002, que institui os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi), destinados ao cuidado de "crianças e adolescentes com transtornos mentais" (Brasil, 2002). A partir desse marco, a linguagem médico-jurídica brasileira passa a nomear a loucura na infância sob a categoria de *transtornos mentais*.

Contudo, tendo em vista a distinção entre loucura e deficiência, já disposta nos discursos científicos e institucionais, evidencia-se uma exclusão das demandas associadas às crianças com deficiência do escopo dos CAPSi. Cerca de uma década mais tarde, sedimentada pela Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência no Brasil (ratificada no Brasil em 2007) e pela instituição do Plano Nacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência – Viver sem Limite (2011), é criada a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no SUS. Essa Rede, instituída pela Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012, amplia o alcance das políticas públicas, incluindo a pauta da criança com deficiência para além do eixo educacional – prevendo, no Art. 13. inciso II, o "acompanhamento dos recém-nascidos de alto risco até os dois anos de vida, tratamento

adequado das crianças diagnosticadas e o suporte às famílias conforme as necessidades" (Brasil, 2012).

Observa-se, assim, que a consolidação dessas políticas não apenas indica as classificações terminológicas em vigor para a apreensão da criança, mas também redefine o modo de gestão da infância. A inscrição da loucura sob a nomenclatura de transtornos mentais assinala uma nova lógica de compreensão desse fenômeno. A histórica indistinção entre loucura, deficiência e anormalidade, passa, progressivamente, a ser tensionada, e a gradual superação dessa indiferenciação produz efeitos significativos. Desse modo, pensar numa espécie de genealogia das nomeações diagnósticas em torno da apreensão da loucura e anormalidade na infância pode oferecer importantes pistas para apreender as formas contemporâneas de compreensão sobre as crianças.

Sendo assim, evidencia-se que tanto a infância quanto a família e as nomeações diagnósticas que incidem sobre o infantil são construções historicamente situadas, atravessadas por transformações sociais, políticas e epistemológicas. Longe de constituírem categorias fixas ou universais, essas noções foram sendo progressivamente elaboradas a partir da articulação entre diferentes campos de saber, especialmente o médico, o jurídico e o religioso, contribuindo para a produção de determinadas formas de compreender, classificar e intervir sobre a infância. No Brasil, nota-se que essas construções se deram sob forte influência da matriz ocidental europeia, reconfigurada pelas especificidades do processo colonial e pelos projetos de modernização do país.

Nesse percurso, sustento que as classificações dirigidas à infância estiveram historicamente vinculadas a práticas de controle, tutela e institucionalização, especialmente quando associadas à distinção entre normalidade e anormalidade. Ao mesmo tempo, a emergência de novos marcos legais e políticos, sobretudo a partir da década de 1980, promoveu uma inflexão importante ao reconhecer crianças e adolescentes como sujeitos de direitos, inaugurando outras formas de cuidado e de intervenção. Entretanto, procuro demonstrar que a genealogia das nomeações diagnósticas evidencia que a classificação da infância nunca se restringiu ao campo clínico, mas sempre esteve implicada na organização social, na definição de normas e na regulação dos comportamentos.

Desse modo, as categorias diagnósticas podem ser compreendidas como dispositivos que, ao nomearem, também produzem realidades, delimitando modos de reconhecimento e formas de inserção dos sujeitos na vida social. Por esta razão, considero fundamental analisar as classificações contemporâneas dos transtornos do neurodesenvolvimento, com destaque

para o Transtorno do Espectro Autista e o Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade, uma vez que essas nomeações, historicamente construídas, passam a operar, na contemporaneidade, como critérios privilegiados de organização do cuidado, de acesso a direitos e de regulação da infância.

3 AS CLASSIFICAÇÕES EM VOGA - QUANDO A CENTRALIDADE NO DIAGNÓSTICO (DES)ORGANIZA O ACESSO AOS DIREITOS

Classificar e nomear, sob categorias diagnósticas, formas de sofrimento psíquico presentes na infância remonta ao século XIX, quando tais classificações estavam restritas à noção de retardamento mental, formulada por Esquirol sob a denominação de *idiotia*. Em um contexto marcado pelo avanço do saber médico-psiquiátrico e pela centralização do cuidado e do controle da infância no interior da família, emergiu uma psicopatologia da infância fundida à construção de uma psicopatologia do adulto. A primeira elaboração do que atualmente é denominado Transtorno do Espectro Autista surge apenas no século seguinte, a partir da concepção de autismo como sintoma da esquizofrenia infantil (Marfinati; Abrão, 2014).

No contexto brasileiro, a organização da atenção à saúde mental de crianças e adolescentes foi influenciada pelas classificações diagnósticas internacionalmente consolidadas, especialmente aquelas presentes na Classificação Internacional de Doenças (CID) e no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Embora a construção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e a criação dos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil estejam fundamentadas nos princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira e da atenção psicossocial, privilegiando o cuidado territorial, interdisciplinar e comunitário, observa-se que o acesso aos serviços e a organização das práticas assistenciais frequentemente se estruturam a partir das categorias diagnósticas estabelecidas por esses sistemas classificatórios.

Desse modo, procuro demonstrar que a nomeação diagnóstica passa a operar não apenas como instrumento clínico, mas como critério administrativo de elegibilidade, organizando fluxos, definindo prioridades e delimitando formas de inserção dos sujeitos nos serviços. Nessa perspectiva, a centralidade que os saberes biomédicos conquistaram na disputa pela construção e legitimação das classificações diagnósticas ultrapassa o âmbito médico-terapêutico, incidindo diretamente tanto no reconhecimento institucional dos sujeitos quanto na própria idealização e implementação das políticas públicas (Aydos, 2019). Assim, o diagnóstico deixa de operar exclusivamente como descrição de um quadro clínico, passando a constituir um elemento estruturante na mediação entre sujeitos, instituições e direitos.

Nesse contexto, para reconhecer os efeitos produzidos pela lógica do diagnosticar para acessar, é necessário considerar quais categorias diagnósticas adquiriram centralidade na organização das políticas públicas voltadas à infância e à família. Embora a classificação dos comportamentos na infância na contemporaneidade mobilize um conjunto amplo de nomeações diagnósticas, o Transtorno do Espectro Autista e o Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade assumiram posição de destaque, expandindo-se não apenas como diagnósticos clínicos, mas também como categorias estruturantes das políticas de saúde, educação e assistência social. Dessa forma, tais categorias passam a desempenhar papel fundamental na mediação do acesso a serviços especializados e direitos sociais, tornando relevante apreender os elementos que os definem.

Esses transtornos integram a categoria de transtornos do neurodesenvolvimento tanto no DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014) quanto na atual edição da Classificação Internacional de Doenças (Organização Mundial da Saúde, 2022). Na CID-11, o TEA é identificado sob o código 6A02, enquanto o TDAH corresponde ao código 6A05, que apresentam subdivisões baseadas em aspectos de funcionalidade. Embora o Sistema Único de Saúde tenha formalizado, por meio de nota técnica[4], a implementação da CID-11 – com transição prevista entre 2024 e 2027 –, optei por privilegiar, no quadro descritivo dos diagnósticos aqui abordados, o manual da American Psychiatric Association. Tal escolha se justifica pelo fato de que a atual edição da classificação internacional apresenta significativa convergência com as disposições técnicas e teóricas estabelecidas no DSM-5, bem como pelo caráter indissociável entre a crescente expansão diagnóstica dessas categorias e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Portanto, considera-se que o DSM permanece como o instrumento que mais tem orientado a descrição dessas categorias e influenciado as práticas clínicas e institucionais dirigidas à infância.

3.1 TEA e TDAH

As primeiras elaborações do que atualmente é denominado Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade remontam ao século XX. Tais formulações eram caracterizadas pela ênfase no aspecto motor, indicando excesso de movimento e dificuldade de inibição dos impulsos, sendo compreendidas sob a hipótese de lesões cerebrais (Caliman, 2010). Ao

[4] Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2024/nota-tecnica-no-91-2024-cgiae-daent-svsa-ms.pdf/view. Acesso em: 30 jul. 2026.

longo dos anos, tais manifestações passaram a ser descritas por diferentes denominações, a categoria *lesão cerebral mínima*, cunhada por Strauss e Lehtinen (1947, *apud* Lima, 2005, p. 66), buscava explicar tanto as questões comportamentais quanto às dificuldades de linguagem e aprendizagem a partir de um suposto dano na estrutura cerebral. Por conseguinte, considerando a ausência de identificação de uma real lesão no cérebro enquanto justificativa para tais comportamentos, surge a classificação de *disfunção cerebral mínima* – quadro voltado à infância em que se encontra hiperatividade, desatenção, dificuldade na socialização e no processo de aprendizagem (Lima, 2005).

A categoria diagnóstica de *disfunção cerebral mínima* mantinha uma hipótese etiológica de base fisicalista, ao supor um mau funcionamento cerebral. Embora amplamente aceita, sua imprecisão clínica, sobretudo em razão de sua abrangência de sinais e sintomas, levou à sua substituição por noções de caráter descritivo. Assim, nesse contexto houve um esforço de diferenciação entre as dificuldades de aprendizagem e de hiperatividade no intuito de desenvolver classificações com maior confiabilidade científica (Lima, 2005). Baseadas em critérios de impulsividade e hiperatividade, surgem classificações como síndrome do impulso hipercinético (1957) e síndrome da criança hiperativa (1960), evidenciando a centralidade na agitação motora (Caliman, 2010).

Na segunda edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, em 1968, foi incluída a classificação em questão sob a nomeação de reação hipercinética da infância demonstrando sua crescente relevância na comunidade médico-terapêutica. Apenas no final da década de 1970, ocorre um deslocamento da centralidade da sintomatologia diagnóstica em direção à desatenção, ampliando a concepção do transtorno (Caliman, 2010). Essa inflexão em direção à centralidade da desatenção foi indicada por um conjunto de comportamentos, entre os quais se destacam: dificuldades na manutenção da atenção e do esforço dirigido; prejuízo nos mecanismos de inibição de impulsos; alterações na regulação dos níveis de alerta; e limitações no adiamento de recompensas (Lima, 2005). Observa-se que este deslocamento da hiperatividade para desatenção como eixo central do quadro opera de forma significante na consolidação do diagnóstico a partir da terceira edição do manual. No DSM-III, a classificação é apresentada como Distúrbio de Déficit de Atenção (DDA), com ou sem hiperatividade.

A centralidade conferida à desatenção representou um avanço para grande parte da comunidade psiquiátrica, sobretudo, por ampliar a aplicabilidade diagnóstica a sujeitos adultos. Contudo, as críticas dirigidas a essa formulação motivaram sua revisão no DSM-

III-R, acarretando na articulação entre desatenção, hiperatividade e impulsividade, nomeando o diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (Lima, 2005). Nesta edição do manual, o TDAH fazia parte da categoria de transtornos comportamentais da infância (American Psychiatric Association, 1987).

A partir desse contexto, o TDAH passa a ser definido por um conjunto de manifestações que incluem hiperatividade, inquietação motora, desatenção e impulsividade, organizadas em critérios diagnósticos específicos. Tais critérios pressupõem a persistência dos sintomas em mais de um contexto social, bem como a presença de um número mínimo de manifestações para a definição do diagnóstico. Essa concepção categorial do transtorno, presente no DSM, foi alvo de críticas por parte da comunidade médico terapêutica, sobretudo em razão de sua rigidez e da consequente desconsideração de prováveis modificações psicológicas e comportamentais ao longo do desenvolvimento infantil (Lima, 2005).

Na quarta edição do manual, estabelecia-se a exigência mínima de seis sintomas em cada um dos domínios – hiperatividade/impulsividade e desatenção – para a realização do diagnóstico, tanto em crianças quanto em adultos. Exigia-se, também, a presença de sintomas antes dos sete anos para classificação do transtorno. Parte das críticas apontavam para a necessidade de diferenciação dos critérios diagnósticos aplicados à população adulta, seja em termos quantitativos, seja em termos qualitativos. Em resposta, a quinta edição do manual introduz modificações que buscam atribuir maior flexibilidade ao transtorno.

Os parâmetros diagnósticos para o TDAH no DSM-5 são apresentados em uma listagem de critérios, cuja identificação requer a presença de, pelo menos, seis sintomas durante um período mínimo de seis meses, ocasionando comprometimentos nas atividades sociais, acadêmicas e profissionais. Indica-se, ainda, que essas manifestações coexistam em diferentes contextos e que tenham se manifestado antes dos 12 anos de idade. Os critérios de desatenção incluem, *frequentemente*: falta de atenção a detalhes ou cometimento de descuido em tarefas escolares ou profissionais; dificuldade de concentração em tarefas ou atividades lúdicas; desatenção quando alguém lhe dirige a palavra; não seguir instruções até o fim e não concluir tarefas; dificuldade na organização de tarefas; evitar ou não gostar de tarefas que demandem *esforço mental prolongado*; perder objetos; facilidade de distração por estímulos externos ou, no caso de adolescentes e adultos, por pensamentos; e esquecimento de atividades cotidianas (American Psychiatric Association , 2014).

Já os critérios de hiperatividade e impulsividade incluem, *frequentemente*: remexer-se ou batucar mãos e pés; levantar-se em situações em que se espera que permaneça sentado; demonstrar inquietação em contextos inapropriados; apresentar incapacidade de *brincar ou se envolver em atividades de lazer calmamente*; expressar incapacidade em se manter parado; falar em excesso; interromper diálogos; revelar dificuldade para aguardar; e manifestar comportamentos de intromissão (American Psychiatric Association, 2014). Argumenta-se acerca da contemplação de diferentes fases da vida ao incluir exemplos adequados a diferentes etapas do desenvolvimento, possibilitando maior reconhecimento das manifestações dos sintomas ao longo da vida (Lima, 2005). Além disso, a reformulação na descrição clínica reduz o número mínimo de sintomas exigidos para o diagnóstico em adultos e eleva a idade limite de início dos sintomas para antes dos 12 anos.

Tais modificações demonstram a incorporação de uma perspectiva desenvolvimentista na compreensão do TDAH, na medida em que reconhecem a variabilidade das expressões comportamentais em diferentes contextos e idades. Contudo, essa flexibilização não implica um afastamento da matriz biologizante presente na história da classificação diagnóstica em questão. No DSM-5, o transtorno do déficit de atenção com hiperatividade faz parte da categoria dos transtornos do neurodesenvolvimento fundamentada em uma matriz neurobiológica relacionada ao desenvolvimento do cérebro. O manual menciona achados como diferenças em circuitos cerebrais, especialmente funções executivas, além de alterações em sistemas neurotransmissores, como a dopamina. Evidencia-se uma ênfase na hereditariedade, destacando uma frequente ocorrência em familiares de primeiro grau (American Psychiatric Association, 2014).

Desse modo, sustenta-se uma articulação simultânea entre perspectivas categóricas e dimensionais. A primeira refere-se a um modelo baseado em entidades distintas sustentadas por critérios rígidos e categorias bem delimitadas, classificadas por meio de um *checklist*. Em contraste, a perspectiva dimensional orienta-se pela avaliação dos fenômenos ao longo de um continuum de intensidade, considerando variações na expressão dos sintomas. Nessa direção, as dimensões podem assumir caráter categorial a partir da definição de determinados critérios de delimitação diagnóstica, ao passo que as categorias podem ser reorganizadas em termos dimensionais quando seus construtos são combinados, permitindo a identificação de características centrais comuns associadas a variações em sua intensidade (Rosen; Lord; Volkmar, 2021). Essa abordagem tem sido amplamente defendida na compreensão do Transtorno do Espectro Autista, classificação inserido no grupo dos

transtornos do neurodesenvolvimento, cuja formulação atual expressa um conjunto de deslocamentos teóricos e classificatórios articulados às transformações históricas da psiquiatria da infância.

A nomeação diagnóstica atribuída ao autismo encobre uma história conceitual que, segundo Marfinati e Abrão (2014), configura uma revolução paradigmática na compreensão desse quadro. O trabalho de Kanner (1943 *apud* Rosen; Lord; Volkmar, 2021) marca o início dessa classificação a partir da descrição de onze crianças que apresentavam resistência a mudanças e dificuldades severas de interação social desde o início da vida. Este último traço foi considerado, à época, como um sintoma presente na esquizofrenia e denominado autismo. Posteriormente, as pesquisas em torno do tema passaram a compreender o autismo como uma condição diagnóstica própria, caracterizada por comprometimentos nas habilidades sociais e de linguagem, comportamentos estereotipados e dificuldades gerais no desenvolvimento, demarcados pela manifestação precoce do quadro (Rosen; Lord; Volkmar, 2021).

Percebe-se que, a partir da década de 1980, o conceito é retirado da categoria de psicose nos manuais psiquiátricos, passando a integrar os Transtornos Globais do Desenvolvimento no DSM-III e os Transtornos Invasivos do Desenvolvimento na CID-10 enquanto diagnóstico independente. Ainda que se observem aproximações nas descrições clínicas em ambos os momentos – como a presença de estereotipias, dificuldade na sociabilidade, interesses restringidos e conservação de rotina (Marfinati; Abrão, 2014), além de ecolalia e entrave na aplicação correta de pronomes (Rosen; Lord; Volkmar, 2021) – essa mudança expressa uma inflexão teórica acerca da apreensão do desenvolvimento na infância. Tal deslocamento refere-se, sobretudo, à consolidação de uma orientação de base biológica.

Embora o DSM e a CID se apresentem como sistemas universais de classificação pautados em critérios diagnósticos uniformes e estritos, com a pretensão de promover uma linguagem comum e ateórica, as transformações em suas categorias revelam deslocamentos importantes na maneira de conceber os fenômenos psicopatológicos. Tais mudanças indicam que esses sistemas classificatórios não são neutros, mas atravessados por disputas teóricas, institucionais e epistemológicas que reconfiguram continuamente os modos de definição, delimitação e interpretação do sofrimento psíquico. Nesse sentido, as reformulações introduzidas a partir da terceira edição do manual convergem para uma orientação marcada pela centralidade do paradigma biológico e pela incorporação de uma perspectiva desenvolvimentista na psiquiatria da infância. Esse deslocamento implica a progressiva

substituição de modelos interpretativos de caráter mais dinâmico e relacional (Bezerra Jr., 2014) por abordagens que privilegiam a identificação de déficits, disfunções e marcadores associados ao funcionamento cerebral, frequentemente articulados a hipóteses de base genética e neuroquímica.

Observa-se que a categoria "Autismo Infantil, Estado Residual", presente no DSM-3, não contemplava a possível diversidade de manifestações do quadro, principalmente na idade adulta (Rosen; Lord; Volkmar, 2021). Conforme descrito no manual: "A. Já apresentou um quadro clínico que preencheu os critérios para Autismo Infantil. B. O quadro clínico atual não preenche mais todos os critérios para Autismo Infantil, mas sinais da doença persistiram até o presente, como excentricidades na comunicação e desajuste social" (American Psychiatric Association, 1980, p. 90). Assim, diante de prováveis limitações, o DSM-III-R substitui a denominação *autismo infantil* por *transtorno autista,* buscando conferir maior flexibilidade clínica e ampliar a aplicabilidade do diagnóstico a diferentes faixas etárias (Rosen; Lord; Volkmar, 2021), tal como ocorreu com o TDAH.

Nesse sentido, torna-se relevante apreender de que modo esse quadro é reconfigurado no DSM-5 como Transtorno do Espectro Autista, deixando a categoria de transtornos globais do desenvolvimento e passando a compor os *transtornos do neurodesenvolvimento*. Na atual edição do manual consta que um dos principais aprimoramentos empreendidos foi a combinação do autismo infantil precoce, autismo infantil, autismo de Kanner, autismo de alto funcionamento, autismo atípico, transtorno global do desenvolvimento sem outra especificação, transtorno desintegrativo da infância e transtorno de Asperger na classificação diagnóstica do TEA. Tal mudança fundamenta-se na compreensão de que esses quadros compartilham um mesmo núcleo sintomatológico, organizando-se em um continuum de comprometimentos com diferentes graus de manifestação (American Psychiatric Association, 2014). Ao mesmo tempo, a ênfase no desenvolvimento como eixo organizador contribui para a construção de uma classificação que abrange diferentes faixas etárias, ainda que se concentre na infância

A proposta da APA consiste, assim, em definir tais alterações em termos quantitativos, por meio da noção de espectro, com o objetivo de aprimorar a precisão dos critérios diagnósticos e possibilitar a identificação dos indivíduos em diferentes fases do desenvolvimento. Para organizar esse espectro do transtorno, os sintomas foram distribuídos em três níveis de gravidade em função da demanda de suporte: nível 1 – exigindo apoio; nível 2 – exigindo apoio substancial; e nível 3 – exigindo apoio muito substancial (American

Psychiatric Association, 2014). No manual, o TEA é caracterizado por uma sintomatologia que se manifesta desde os primeiros anos de vida, envolvendo dificuldades persistentes na comunicação e na interação social, bem como comportamentos restritos e repetitivos.

A descrição diagnóstica apoia-se nas noções de déficit e disfunção, como no caso do 'déficit na reciprocidade sócio emocional', que compromete a capacidade de interação e compartilhamento de experiências, incluindo habilidades como imitação, atenção conjunta e a linguagem compartilhada – por exemplo: "falta do gesto de apontar, mostrar ou trazer objetos para compartilhar o interesse com outros ou dificuldade para seguir o gesto de apontar ou o olhar indicador de outras pessoas" (American Psychiatric Association, 2014, p. 54). Além disso, são descritos comportamentos estereotipados, para os quais são fornecidos exemplos como: abanar as mãos ou estalar os dedos de forma repetitiva (estereotipia motoras); ecolalia, uso estereotipado de palavras, enfileirar objetos e girar moedas (fala e uso repetitivo de objeto); resistência a mudanças "aparentemente pequenas" e presença de perguntas repetitivas (adesão a rotinas e rituais de comportamentos); além de sensibilidade extrema a sons, luzes, texturas e cheiros (hiper ou hiporreatividade a estímulos sensoriais) (American Psychiatric Association, 2014).

Tanto o DSM-5 quanto a CID-11 flexibilizam o critério de início dos sintomas, admitindo que determinadas manifestações possam se tornar mais evidentes à medida que aumentam as demandas sociais na vida dos sujeitos (Rosen; Lord; Volkmar, 2021). Embora essa classificação tenha como foco privilegiado a infância, ela abrange diferentes etapas da vida, uma vez que os transtornos do neurodesenvolvimento são concebidos como condições de caráter crônico, passíveis de identificação precoce e com repercussões que podem se estender à adolescência e à vida adulta. Sustentada por uma perspectiva neurobiológica do desenvolvimento, essa proposta busca reunir, sob uma mesma categoria nosológica, manifestações observadas em diferentes faixas etárias, tomando o funcionamento cerebral como eixo central de inteligibilidade.

Assim, tais transformações evidenciam que os sistemas classificatórios operam não apenas como instrumentos técnicos de descrição clínica, mas como dispositivos que participam ativamente da produção de modos de compreender, nomear e gerir a infância no contexto contemporâneo. Nesse sentido, o processo de elaboração diagnóstica do TEA configura-se no cruzamento entre os campos de tensões teóricas, em razão de sua delimitação etiológica, e políticas, em torno de sua definição enquanto deficiência, desordem desenvolvimental, transtorno ou diversidade neurobiológica (Aydos, 2019). Destacam-se,

nesse cenário, dois importantes atores sociais que têm contribuído para a configuração desse campo político: os participantes do movimento pela neurodiversidade e grupo de familiares, especialmente mães, que reivindicam direitos a partir do reconhecimento do autismo como uma condição limitante. Conforme assinala Aydos (2019, p. 101):

> Na visão desses atores, principais envolvidos nesta questão, o reconhecimento do autismo para todos os fins legais como uma "deficiência", por um lado, proporcionaria às pessoas diagnosticadas no espectro o acesso aos benefícios e políticas sociais, mas, por outro, acarretaria na incorporação de todos os estigmas de "déficit", "incapacidade" e "não autonomia" que esta categoria carrega em nosso senso comum. Por este motivo, tal nomenclatura é rechaçada por aqueles que advogam ser o autismo uma "neurodiversidade" (Ortega, 2010; Ortega & Choudhurry, 2011; Fein, 2011), desobrigando as pessoas a vestirem o rótulo da "deficiência".

Evidencia-se que os diagnósticos Transtorno do Espectro Autista e Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade não apenas expressam transformações no interior do campo psiquiátrico, mas também produzem efeitos que extrapolam o âmbito clínico, incidindo diretamente sobre as formas de reconhecimento social, de organização institucional e de regulação da infância. Ao se consolidarem como categorias centrais na interpretação dos comportamentos infantis, tais diagnósticos passam a estruturar não apenas práticas terapêuticas, mas também critérios de elegibilidade, definição de direitos e modos de inserção dos sujeitos nas políticas públicas. Assim, torna-se fundamental examinar de que maneira essas classificações são mobilizadas no contexto brasileiro, particularmente na formulação e implementação de políticas públicas dirigidas à infância e à família, uma vez que é nesse campo que se tornam mais evidentes os efeitos concretos da articulação entre saberes biomédicos, dispositivos institucionais e garantias de direitos.

3.2 Políticas públicas: direitos associados aos transtornos (ou deficiências?)

Desde sua origem, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais esteve vinculado não apenas à prática clínica, como também à regulação de políticas assistenciais. Nesse cenário, a Associação Americana de Psiquiatria publica, em 1952, a primeira edição do DSM, com o objetivo de sistematizar as terminologias relativas às doenças mentais, buscando estabelecer um consenso clínico capaz de responder tanto às demandas médico-terapêuticas quanto às exigências administrativo-legais (Martinhago; Caponi, 2019). Ainda que tenha passado por reformulações metodológicas significativas — especialmente a partir

do DSM-III —, sua função como instrumento técnico de diagnóstico e como dispositivo regulador de exigências burocráticas foi progressivamente reforçada.

Na década de 1960, as críticas ao modelo asilar hospitalocêntrico impulsionaram movimentos voltados à desinstitucionalização da assistência psiquiátrica. Tais movimentos propunham a construção de um sistema de atenção à saúde mental centrado no território, em oposição à lógica de segregação dos hospitais psiquiátricos. A ampliação das possibilidades de cuidado médico-terapêutico implicou, por sua vez, a expansão da prática psiquiátrica, acompanhada pelo aumento do número de profissionais e pela diversificação do mercado de tratamento clínico. Observa-se, então, a emergência da demanda por um sistema classificatório consensual, capaz de sustentar a produção de dados epidemiológicos e estatísticos confiáveis, orientando a formulação de políticas, programas e intervenções em larga escala, além de contribuir para a diferenciação da psiquiatria em relação a outras práticas do campo que se fundamentam em abordagens subjetivas (Bezerra Jr., 2014).

Nesse contexto, o DSM passa a ocupar um papel central, ao se consolidar como modelo classificatório que articula critérios diagnósticos padronizados à produção de evidências estatísticas. Por meio de suas classificações, o manual passa a influenciar diretamente a definição de tratamentos, a prescrição medicamentosa, o acesso a benefícios sociais, as formas de inserção escolar, se o sujeito será tutelado, se terá permissão para cuidar de uma criança e, ainda, se será compreendido como criminoso ou paciente (Frances, 2017).

A orientação produzida pelas classificações diagnósticas do Transtorno do Espectro Autista e do Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade na organização das políticas dirigidas à infância e à família permite evidenciar o lugar central que tais categorias passaram a ocupar nos campos da saúde, da educação e da assistência social no Brasil. Tal processo pode ser observado no Brasil, por exemplo, no âmbito do SUS, no qual dados recentes indicam que aproximadamente 80% da fila de espera para consultas em neurologia pediátrica está relacionada a quadros classificados como TEA e TDAH. Segundo informações divulgadas pelo Ministério Público do Distrito Federal e Territórios, em 2024, esse cenário foi debatido em reunião com a Secretaria de Educação, diante da existência de cerca de 11 mil crianças aguardando atendimento especializado. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2025), dados do Censo Demográfico de 2022, indicam que há 2,4 milhões de pessoas diagnosticadas com TEA no Brasil. Entretanto, esse número é considerado desatualizado.

De acordo com relatório elaborado pelo Centers for Disease Control and Prevention (CDC), dos Estados Unidos, observa-se um aumento progressivo no número de diagnósticos de Transtorno do Espectro Autista em crianças: na década de 1970, estimava-se uma prevalência de 1 caso para cada 10 mil crianças; em 1995, de 1 para cada mil; em 2018, de 1 para cada 59; e, em 2022, de 1 para cada 44 crianças. Considerando essa tendência, tais dados têm sido mobilizados para estimativas que apontam que o número de pessoas diagnosticadas com TEA no Brasil poderia alcançar 4 milhões de indivíduos (Ribeiro, 2023). Desse modo, percebe-se que dados como esses vêm sendo frequentemente mobilizados na produção de estimativas que ampliam a visibilidade epidemiológica do TEA, ainda que tais projeções envolvem limites metodológicos quando transpostas para contextos nacionais distintos.

Em escala internacional, observa-se um aumento expressivo das taxas de diagnóstico nas últimas décadas, o que tem sido interpretado por diversos autores como evidência de uma ampliação das fronteiras diagnósticas (Frances, 2017). A produção do diagnóstico do autismo e a crescente visibilidade dessa classificação na cena pública têm sido acompanhadas por um crescimento exponencial no número de casos registrados, mobilizando diferentes hipóteses explicativas. Entre essas, destaca-se a compreensão de que a ampliação do conhecimento sobre determinada condição está diretamente relacionada ao desenvolvimento de instrumentos mais refinados de identificação. Nesse sentido, o acúmulo de saberes acerca do TEA amplia as possibilidades de reconhecimento clínico, contribuindo para que um contingente crescente de indivíduos passe a ser incluído sob essa classificação (Aydos, 2019).

Por outro lado, sustenta-se a hipótese de que tal expansão decorre também de um alargamento das fronteiras diagnósticas (Frances, 2017), associado ao alargamento do conjunto de sinais e manifestações que compõem o TEA (Aydos, 2019). A introdução da noção de espectro favorece uma maior flexibilidade interpretativa, tornando essa categoria progressivamente mais abrangente e passível de englobar uma diversidade de experiências e perfis de desenvolvimento. Soma-se a esse cenário uma “positivação do espectro”, fenômeno impulsionado tanto pela visibilidade midiática quanto pela atuação do movimento da neurodiversidade, especialmente em meios digitais (Aydos, 2019). Tais elementos contribuem para a reconfiguração dos significados sociais atribuídos ao diagnóstico, intensificando a presença dessas categorias no espaço público e, por consequência,

reforçando sua centralidade nos processos de formulação, legitimação e implementação de políticas sociais.

No âmbito da saúde suplementar, as Diretrizes de Utilização desempenham papel central na definição dos critérios para cobertura de procedimentos, incluindo a psicoterapia. Tais diretrizes determinam que o acesso e a continuidade do tratamento podem estar subordinados à presença de um diagnóstico clínico formal, à indicação de um profissional de saúde e a parâmetros específicos de frequência e duração (Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2021). Nesse contexto, o diagnóstico — como nos casos de Transtorno do Espectro Autista e Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade — assume uma função estratégica, operando como condição de ampliação do acesso ao cuidado. Evidencia-se, por exemplo, no caso do TEA a consolidação de um maior respaldo jurídico, inclusive com decisões que garantem terapias contínuas mediante laudo médico.

O diagnóstico tem se configurado como uma espécie de chave burocrática que organiza o acesso e a permanência no cuidado, reforçando a centralidade das classificações do campo do neurodesenvolvimento na estruturação das políticas de saúde. Esse mesmo movimento se estende ao campo educacional, no qual a apresentação de laudos médicos tem se tornado requisito para a inserção de crianças e adolescentes no Atendimento Educacional Especializado (AEE) nas escolas públicas brasileiras. O AEE configura-se como uma política pública relevante no enfrentamento das barreiras à aprendizagem, ao propor estratégias pedagógicas voltadas à inclusão de estudantes com necessidades específicas no ensino regular. Entre seus principais instrumentos, destacam-se os Planos Educacionais Individualizados, que visam à adaptação dos processos de ensino às singularidades dos alunos. A institucionalização dessas práticas insere-se no processo mais amplo de consolidação de uma educação inclusiva, particularmente a partir da Política Nacional de Educação Especial de 2008 (Reis, 2022).

Ainda que, em alguns municípios, o laudo médico não seja formalmente exigido como critério obrigatório para o acesso ao AEE, verifica-se a presença recorrente desses diagnósticos não apenas como instrumento burocrático, mas também como elemento estruturante das práticas pedagógicas dirigidas a esses sujeitos. Tal dinâmica foi reconhecida em pesquisa realizada por Christofari (2022), no município de Florianópolis, na qual se analisou a documentação pedagógica de crianças atendidas em uma Sala Multimeios vinculada à rede municipal de ensino. Verificou-se que todas as crianças possuíam laudos médicos anexados, classificando-as com algum diagnóstico; entretanto, não foram

identificados registros de avaliações pedagógicas do desenvolvimento, tão pouco referências ao contexto educacional dessas crianças e adolescentes. Conforme destaca a autora:

> De outro modo, o diagnóstico tem sido percebido, na cultura escolar, como uma indicação de possibilidade de intervenção direcionada a uma suposta patologia. A professora do Atendimento Educacional Especializado comenta que a cultura escolar tem valorizado o diagnóstico para pensar a dinâmica da ação pedagógica. Nesse sentido, considera que pouco tem sido discutido nas instituições educacionais as questões de aprendizagem e as mudanças que as mesmas precisam promover para construírem um trabalho acolhedor da diversidade humana legitimando o outro em sua potência criativa (Christofari, 2022, p. 700).

Verifica-se que, no contexto escolar, as intervenções tendem a ser orientadas prioritariamente pela categoria diagnóstica, e não pelas singularidades da criança, o que acaba por influenciar diretamente a organização das práticas pedagógicas (Christofari, 2022). De acordo com a Lei de Diretrizes e Base da Educação Nacional nº 9394/96, a Educação Especial configura-se como uma modalidade disponível em todos os níveis de ensino, destinadas a estudantes com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades ou superdotação (Brasil, 1996). Dessa forma, a expansão dessas políticas ocorre em estreita articulação com a centralidade das classificações diagnósticas, o que produz efeitos significativos tanto na organização do acesso quanto na definição das práticas pedagógicas.

Nesse cenário, a Lei nº 12.764/2012, ao reconhecer a pessoa com TEA como pessoa com deficiência para todos os efeitos legais (Brasil, 2012), amplia significativamente o acesso a direitos historicamente vinculados a esse grupo, tanto nas áreas da saúde e da educação quanto no âmbito da assistência social. No que se refere a este último, destaca-se o Benefício de Prestação Continuada (BPC), instituído pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), o qual assegura o pagamento de um salário mínimo mensal a pessoas com deficiência em situação de vulnerabilidade socioeconômica. A ampliação do acesso a esse benefício, especialmente em função do aumento de diagnósticos de TEA[5], evidencia a centralidade dessas categorias na mediação entre sujeitos e políticas públicas.

Nas últimas décadas, observa-se, no Brasil, a ampliação do reconhecimento jurídico e político das pessoas com Transtorno do Espectro Autista, sobretudo a partir de sua inserção

[5] Em conformidade com dados levantados pelo UOL e INSS (Dino, 2024), a liberação do BPC para pessoas diagnosticadas com TEA triplicou em dois anos no país, excedendo os 19 mil em 2022 para 56 mil em 2024 - sendo que neste intervalo de tempo 90% dos benefícios autorizados dirigiam-se a crianças e adolescentes. De acordo com Ministério da Fazenda (Carta Capital, 2024) o orçamento do BPC em 2024 deve ultrapassar 100 bilhões de reais.

no campo das deficiências. O campo das políticas públicas voltadas à infância tem sido atravessado por transformações significativas, articulando a consolidação de dispositivos legais que reconhecem direitos e promovem a inclusão social, ao mesmo tempo em que reafirma o lugar central das categorias diagnósticas na organização das intervenções estatais. Observa-se que a partir das políticas públicas vem se utilizando classificações diagnósticas como critérios de elegibilidade para acesso a direitos, serviços e benefícios sociais.

Quadro 1 - Marcos legais do TEA

Lei / Norma	**Ano**	**Direitos previstos**
Lei nº 8.742 (LOAS)	1993	Benefício de Prestação Continuada (BPC)
Lei nº 8.899	1994	Gratuidade no transporte interestadual / Passe livre para pessoas com deficiência de baixa renda
Lei nº 8.989	1995	Benefício fiscal para pessoas com deficiência (incluindo TEA): isenção de IPI na compra de veículos
Lei nº 9.394 (Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional)	1996	Educação especial como modalidade transversal; inclusão na rede regular / prevê adequações curriculares para atender às necessidades dos estudantes
Política Nacional de Educação Especial	2008	Implementação do AEE (Decreto nº 7.611/2011); permanência na escola regular
Lei nº 12.764 (Lei Berenice Piana)	2012	Marco específico do TEA no Brasil: reconhecimento como Pessoa com Deficiência (PcD); acesso à saúde, educação e assistência
Lei nº 12.933	2013	Regulamenta meia-entrada: acesso a eventos culturais e esportivos
Lei nº 13.146 (Estatuto da Pessoa com Deficiência)	2015	Consolida direitos das PcD: inclusão, acessibilidade e igualdade de oportunidades
Lei nº 13.370	2016	Reduz jornada de servidores com dependentes com deficiência: redução de carga horária sem prejuízo salarial
Lei nº 13.977 (Lei Romeo Mion)	2020	Cria a Carteira de Identificação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (CIPTEA)

Lei nº 14.624 (Cordão de Girassol)	2023	Uso de símbolo de identificação para deficiências ocultas
Lei nº 14.626	2023	Amplia atendimento prioritário em serviços diversos

Fonte: elaborado pela autora.

Paralelamente, observa-se que o crescimento da demanda por diagnósticos tem sido acompanhado por disputas no campo político, nas quais tais categorias passam a ocupar lugar estratégico na formulação de programas e propostas governamentais. Em determinados contextos, propostas voltadas à ampliação do acesso a benefícios sociais ou à flexibilização de critérios diagnósticos passam a integrar agendas políticas. Dessa forma, é possível perceber que as classificações diagnósticas também se articulam a disputas no campo político-institucional.

Em 2023, a divulgação, por parte da Secretaria de Saúde, de uma nota técnica acerca da mutabilidade de diagnósticos realizados precocemente — especialmente até os cinco anos e onze meses de idade —, indicando a possibilidade de variação na intensidade dos sintomas ou mesmo de sua não confirmação ao longo do desenvolvimento, suscitou ampla repercussão pública. Tal posicionamento tenciona diretamente a função do diagnóstico como instrumento estável de acesso a direitos, uma vez que a redefinição do diagnóstico implica também uma reconfiguração das condições de acesso às políticas públicas a ele associadas. Como consequência, evidencia-se que a inserção dessa pauta em debates políticos mais amplos se vincula, sobretudo, ao seu apelo público no âmbito das políticas sociais, mais do que a um interesse propriamente voltado à função médico-terapêutica do diagnóstico.

Nesse cenário, iniciativas legislativas voltadas à regulação do uso de laudos diagnósticos passam a ganhar destaque. No município de São Paulo, por exemplo, a aprovação do Projeto de Lei nº 665/2020, que estabelece validade indeterminada para laudos médicos no acesso a serviços e políticas públicas, ocorreu em meio a disputas institucionais e divergências entre diferentes esferas de governo, após manifestações contrárias à possibilidade de veto da medida (Ribeiro, 2023). Tais movimentos evidenciam a crescente centralidade dos diagnósticos na mediação entre sujeitos e políticas públicas, bem como sua mobilização em contextos de disputa política.

De modo semelhante, observa-se a ampliação do debate legislativo em torno do Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade, como evidencia o Projeto de Lei nº 2630/2021, aprovado em 2024 pela Comissão de Defesa dos Direitos das Pessoas com

Deficiência da Câmara dos Deputados. A proposta inicial visava equiparar os direitos das pessoas diagnosticadas com TDAH àqueles já garantidos às pessoas com Transtorno do Espectro Autista, o que implicaria sua inclusão na categoria de pessoas com deficiência. Contudo, a versão aprovada sofreu alterações, passando a prever, entre outras medidas, a obrigatoriedade de equipes de recursos humanos capacitadas para o atendimento de indivíduos com esse diagnóstico em instituições de grande porte (Brasil, 2024).

Esses movimentos indicam que as categorias diagnósticas vêm sendo progressivamente incorporadas à agenda pública como elementos estruturantes na formulação de políticas e direitos, ao mesmo tempo em que revelam tensões quanto à definição de seus critérios, à sua estabilidade e aos seus efeitos na organização das práticas institucionais. Nesse sentido, a expansão dessas categorias deve ser compreendida não apenas como um fenômeno clínico, mas também como parte de um campo mais amplo de disputas em torno da regulação da infância, da definição de necessidades e da distribuição de direitos.

3.3 Descentralizando o diagnóstico

Diante do exposto, torna-se evidente que as classificações diagnósticas dos transtornos do neurodesenvolvimento, em especial o TEA e o TDAH, ocupam, na contemporaneidade, uma posição estratégica que ultrapassa o campo estritamente clínico, passando a estruturar práticas institucionais, orientar políticas públicas e mediar o acesso a direitos. Tais categorias, tal como formuladas nos sistemas classificatórios como o DSM e a CID, não se configuram como instrumentos neutros de descrição, mas como dispositivos historicamente situados, atravessados por disputas teóricas, políticas e epistemológicas que incidem diretamente sobre os modos de compreender e gerir a infância. Nesse sentido, a consolidação de uma matriz biologizante articulada a uma perspectiva desenvolvimentista contribuiu para a ampliação do alcance dessas classificações, ao mesmo tempo em que favoreceu a padronização de critérios diagnósticos e a produção de dados estatísticos fundamentais à organização de políticas públicas.

Contudo, essa mesma expansão tem implicado a centralidade crescente do diagnóstico como critério de elegibilidade, transformando-o em elemento mediador entre sujeitos e instituições, capaz de definir trajetórias de cuidado, inserção escolar e acesso a benefícios sociais. Se, por um lado, esse processo representa avanços significativos no

reconhecimento de direitos e na ampliação do acesso a serviços – sobretudo no contexto brasileiro, marcado por um histórico de negligência da saúde mental infantojuvenil –, por outro, ele também produz efeitos que merecem problematização. A exigência de uma nomeação diagnóstica como condição de acesso tende a reforçar uma lógica que pode reduzir a complexidade das experiências infantis a categorias descritivas, orientadas por déficits e disfunções, em detrimento da consideração das singularidades, das trajetórias e das condições sociais que atravessam o desenvolvimento dos sujeitos.

Além disso, a incorporação dessas classificações à agenda pública evidencia que o diagnóstico não apenas descreve, mas produz realidades, organizando práticas e delimitando formas de reconhecimento social. Nesse contexto, observam-se tensões importantes, como as divergências encontradas entre os movimentos de neurodiversidade, familiares e instituições que disputam os sentidos atribuídos a essas categorias, compreendendo como diversidade neurobiológica ou como deficiência. Paralelamente, esse processo revela a ampliação do alcance do saber médico na interpretação e na gestão de diferentes dimensões da vida, apontando para a consolidação de uma lógica de medicalização que ultrapassa o campo estritamente clínico. Nessa perspectiva, a medicalização passa a articular os campos da saúde, da educação e da assistência social, incidindo também sobre as relações familiares e sobre os modos contemporâneos de apreender a infância.

Dessa forma, parece importante considerar a análise dos transtornos em questão a partir de um olhar que vá além de sua dimensão técnico-clínica, incorporando a compreensão de seus efeitos sociais, políticos e institucionais. Torna-se, portanto, fundamental sustentar uma postura crítica frente à centralidade do diagnóstico, de modo a evitar sua materialização como única via de acesso ao cuidado e aos direitos. Isso implica a necessidade de construção de políticas públicas que sejam capazes de reconhecer e acolher a diversidade das experiências infantis, promovendo práticas que articulem, de forma ética e sensível, o saber científico às dimensões subjetivas e sociais do desenvolvimento.

4 MEDICALIZAÇÃO DA INFÂNCIA

Em continuidade ao percurso desenvolvido nas seções anteriores – nos quais busquei evidenciar a constituição histórica da infância e das nomeações diagnósticas, bem como a centralidade contemporânea das classificações dos transtornos do neurodesenvolvimento na organização do acesso às políticas públicas –, torna-se agora necessário aprofundar a análise dos processos que sustentam e ampliam tal centralidade. Nesse sentido, proponho examinar a medicalização da infância como chave analítica fundamental para compreender a expansão das categorias diagnósticas e sua crescente incidência sobre a vida cotidiana. Parto da compreensão de que a centralidade do diagnóstico, discutida no capítulo anterior, não se estabelece de forma isolada, mas se insere em um movimento mais amplo, no qual aspectos da vida social passam a ser progressivamente definidos, interpretados e regulados por meio de categorias e intervenções médicas.

Assim, compreendo a medicalização como um processo por meio do qual o saber médico amplia seu alcance sobre o tratamento e a organização de diversas esferas da vida. Ao longo dos séculos XIX e XX, a consolidação da psiquiatria enquanto saber legitimado socialmente possibilitou a transformação de questões morais, pedagógicas e sociais em objetos de intervenção médica, estabelecendo classificações diagnósticas e estratégias de gestão voltadas à regulação dos indivíduos e das populações. Nesse processo, comportamentos considerados desviantes em relação a determinados ideais de normalidade passaram a ser progressivamente interpretados como manifestações patológicas, ampliando o alcance da medicina para além do tratamento das doenças orgânicas. Desse modo, busco examinar o processo de medicalização da infância em articulação com a expansão diagnóstica na contemporaneidade.

Para compreender a articulação entre a medicalização da infância e a expansão das classificações diagnósticas, considero necessário que esta última se apoia, cada vez mais, em uma racionalidade predominantemente neurobiológica. A consolidação das classificações psiquiátricas na atualidade fortalece a busca por explicações genéticas, cerebrais e neuroquímicas para comportamentos considerados desviantes, ao mesmo tempo em que amplia o alcance das intervenções medicamentosas, terapêuticas e institucionais dirigidas às crianças. Ao discutir a medicalização da infância, procuro problematizar os modos pelos quais determinados saberes produzem definições acerca do normal e do patológico, legitimando práticas de intervenção sobre os corpos, os comportamentos e as

singularidades infantis. Mais do que um fenômeno restrito ao campo clínico, a medicalização articula o campo médico-terapêutico, a escola, a família, o mercado e estratégias de gestão da vida, produzindo efeitos significativos sobre as formas contemporâneas de compreender, acompanhar e regular a infância.

4.1 Ampliação e consolidação do domínio médico

Ao longo dos séculos XIX e XX, consolidou-se uma psiquiatria fundada na dicotomia entre normalidade e desvio, a partir da qual se instituiu estratégias de intervenção voltadas à gestão das populações. Nesse contexto, a classificação de doenças e de condutas consideradas desviantes adquiriu centralidade, favorecendo a patologização de comportamentos até então compreendidos fora do registro médico. Aspectos da vida antes situados na esfera privada – como a natalidade, a mortalidade, a reprodução e saúde – passaram a constituir um domínio de interesse social, abrindo espaço para formulação de políticas higiênicas e eugênicas orientadas por ideais de aperfeiçoamento e regulação da população (Caponi, 2009).

O conceito de medicalização reúne um conjunto de análises críticas que buscam compreender esse processo, por meio do qual questões anteriormente externas ao campo médico passam a ser por ele incorporadas. Foi a psiquiatria a principal representante dessa expansão, consolidando-se tanto no interior das instituições asilares quanto exteriormente, no espaço social. De acordo com Caponi (2009), uma das bases teóricas fundamentais para sustentar essa expansão foi a teoria da degeneração, formulada por Benedict August Morel, em 1857. A partir dessa perspectiva, institui-se uma nova forma de conceber as doenças mentais, na qual comportamentos considerados desviantes em relação às normas sociais passam a ser interpretados como expressões patológicas.

Essa noção possibilitou a ampliação de hipóteses etiológicas das doenças para além do campo estritamente orgânico, incluindo desvios morais e comportamentais nessa mesma direção. Sob a categoria da degenerescência, foram agrupadas condutas e condições diversas, tais como alcoolismo, exibicionismo, ninfomania, cleptomania, sífilis, depressão melancólica, psicoses, debilidade mental congênita, prostituição, idiotismo, entre outros. Assim, tal ampliação evidencia a construção de uma racionalidade médica que transforma diferenças e desvios em relação a uma norma em objetos de intervenção (Caponi, 2009), contribuindo para a regulação da vida social e política por meio de critérios médicos.

Desse modo, emerge uma racionalidade centrada no biológico, subordinando o discurso jurídico à esfera médica e lhe atribuindo a responsabilidade de regular os modos de organização e funcionamento das instituições sociais, da família ao estado. Conforme destaca Caponi (2009, p. 540):

> Já não se trata de curar, mas de antecipar, de prevenir. Para isso serão criadas estratégias de controle da sexualidade e da reprodução, estratégias que têm como alvo a grande família dos anormais. Desse modo, a psiquiatria se institui como defensora da ordem social. Pode-se afirmar que ela demanda para si um poder ainda maior que o dos juristas e dos higienistas: ela demanda a gestão da anormalidade.

No Brasil, durante a Primeira República, em um contexto sócio econômico marcado pelo crescimento industrial, pela expansão populacional e pelo aprofundamento das desigualdades sociais, inicia-se um processo de consolidação da hegemonia dos discursos e práticas médicas na regulação da vida social. Observa-se uma articulação crescente entre os campos da saúde e da educação, na medida em que a demanda por mão de obra qualificada e por ampliação da escolarização atribui à escola um papel estratégico nas ações de caráter preventivo. Nesse cenário, o espaço escolar passa a ser compreendido como um espaço privilegiado de intervenção, e ao professor é atribuída não apenas a função de transmissão do conhecimento, mas também a responsabilidade de identificar *as anormalidades*, apreendidas, à época, como entraves ao progresso da nação (Gomes; Magalhães, 2018).

Nesse contexto, ganha força a ideologia eugênica enquanto conjunto de concepções que defendia o aperfeiçoamento da população por meio da intervenção sobre os processos de reprodução e hereditariedade. Fundamentada em pressupostos evolucionistas, a eugenia partia da ideia de que determinados grupos seriam biologicamente superiores a outros, propondo ações destinadas a estimular a reprodução dos considerados aptos e a restringir a daqueles classificados como degenerados, anormais ou incapazes. No Brasil, tais formulações foram apropriadas como parte de um projeto de construção nacional, articulando-se especialmente ao ideal de embranquecimento da população (Santos, 2025).

Verifica-se que a eugenia estabeleceu estreitas relações com o higienismo, movimento derivado dos campos da bacteriologia e da microbiologia, que atribuía às condições de higiene individual, familiar e urbana um papel central na prevenção das doenças e na promoção da saúde. Embora possuíssem fundamentos distintos, ambas compartilhavam o objetivo de corrigir comportamentos considerados desviantes e de produzir uma população saudável, disciplinada e produtiva. Como consequência, consolidou-se um vínculo entre higienismo e eugenia marcado pela preocupação com as

supostas degenerações físicas, morais e mentais da população, contribuindo para o desenvolvimento de programas de higiene mental sob a influência crescente da psiquiatria (Santos, 2025).

Logo, funda-se a Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM) como uma das expressões dessa epistemologia. Orientada pelo lema de prevenção, expressa a incorporação dessas perspectivas, articulando-se a uma ideologia eugênica e a práticas de higiene mental voltadas à prevenção e ao controle social. A partir da reformulação de seu estatuto, em 1928, observa-se uma intensificação das intervenções do espaço doméstico para o espaço público, com ênfase em instituições como a escola e o ambiente de trabalho (Costa, 2011).

A análise dos Archivos Brasileiros de Hygiene Mental, periódico oficial da Liga, revela a presença de discursos marcados por perspectivas racistas, xenofóbicas e moralizantes, alinhadas a projetos de construção de uma sociedade regulada por ideais normativos. Tais discursos desconsideravam, frequentemente, os determinantes sociais do sofrimento, atribuindo etiologias individuais e hereditárias a fenômenos que podem ser socialmente produzidos. O alcoolismo, por exemplo, era frequentemente associado a um suposto marcador orgânico presente na população negra, desconsiderando as condições históricas de exclusão e segregação racial, além da marcada desigualdade econômica e social (Costa, 2011).

Essas práticas evidenciam como o discurso médico operou na transformação de questões sociais em problemas individuais, contribuindo para a ampliação de seu domínio político sobre diferentes esferas da vida. Observa-se que o objetivo central inscrito nessa lógica consistia em antecipar a emergência do perigo. Para tal, construiu-se um argumento fundado na hereditariedade da degenerescência, que operou como princípio etiológico e legitimador de diversas intervenções (Caponi, 2009).

As estratégias higiênicas e eugênicas, apresentadas sob o discurso da prevenção e do cuidado, visavam ao controle das famílias daqueles considerados degenerados, possibilitando a construção de um dispositivo médico-político capaz de gerir o modo de vida da população, incidindo sobretudo sobre as classes populares, de onde provinha a maior parte da família dos anormais (Caponi, 2009). A escola, nesse contexto, foi instituída como espaço privilegiado de intervenção, por meio da aplicação de testes mentais e de estratégias de identificação precoce de desvios, com a participação de intelectuais como Arthur Ramos e Anísio Teixeira (Silva, 2022). Tal movimento reforça a articulação entre medicina, educação e controle social na gestão da infância.

No século XX, especialmente a partir da segunda metade, esse processo é intensificado com a consolidação de novos paradigmas na psiquiatria. A publicação do DSM-III, em 1980, constitui um marco nesse sentido, ao introduzir uma classificação diagnóstica descritiva, padronizada e orientada por critérios supostamente ateóricos. Essa reformulação metodológica buscou conferir maior confiabilidade científica ao diagnóstico psiquiátrico, ao mesmo tempo em que reforçou a centralidade das classificações na prática clínica e institucional (Martinhago; Caponi, 2019)

Esse movimento foi acompanhado por críticas à nosografia anterior, evidenciadas, por exemplo, pelos debates em torno da despatologização da homossexualidade e pelo experimento de Rosenhan[6], que expôs fragilidades nos critérios diagnósticos vigentes (Dunker, 2014). Paralelamente, o avanço da psicofarmacologia e das neurociências fortaleceu a busca por explicações biológicas para os transtornos mentais, consolidando uma orientação naturalista no campo psiquiátrico (Bezerra Jr., 2014). Em 1958 surge a hipótese que correlaciona a noradrenalina e a ansiedade, já em 1960 a correlação entre a dopamina e a esquizofrenia. Na sequência, em 1970, estabelecem uma relação entre a serotonina e a depressão, assim como em 1980, a endorfina e os circuitos de prazer (Dunker, 2014).

Desse modo, com o fortalecimento do naturalismo, emergiram os psicofármacos como modalidade de tratamento e, por conseguinte, foi necessário o estabelecimento de regulamentações necessárias para seu uso. A pesquisa experimental consolidou-se como método de comprovação da eficácia clínica dos medicamentos, constituindo-se em exigência regulamentar (Bezerra Jr., 2014). A convergência entre a produção de classificações diagnósticas, o desenvolvimento de psicofármacos e a expansão da indústria farmacêutica contribuiu para a ampliação do alcance da psiquiatria, associando categorias diagnósticas a intervenções terapêuticas específicas.

---

[6] No contexto que antecede a reformulação do DSM-III, destacam-se esses dois movimentos contestatórios. Primeiro, trata-se de protestos organizados por movimentos sociais e ativistas contra a classificação da homossexualidade como transtorno mental no DSM-II, os quais culminaram em manifestações durante congressos da American Psychiatric Association (APA) e na abertura de diálogo institucional com grupos críticos. Como desdobramento dessas pressões, em 1973, a APA retira a homossexualidade da condição de patologia intrínseca, introduzindo a categoria "homossexualidade egodistônica", aplicada aos casos em que o sujeito vivenciava sofrimento em relação à própria sexualidade.
Ainda no mesmo período, refere-se ao experimento de Rosenhan que expôs limitações significativas dos critérios diagnósticos psiquiátricos ao demonstrar a dificuldade das instituições em distinguir entre pacientes reais e simulados, conduzindo pesquisadores à hospitais psiquiátricos forjando o sintoma de alucinações auditivas. Ao permanecerem internados nas diferentes instituições por 60 dias, sem que a maioria fosse identificada como falso paciente, tornaram evidente as inconsistências nos processos de diagnóstico e internação (Dunker, 2014).

Nesse contexto, a partir da reformulação metodológica consolidada com o DSM-3, o manual passa a operar não apenas como instrumento técnico, mas como dispositivo que orienta práticas clínicas, institucionais e políticas, deslocando para o campo médico experiências anteriormente compreendidas em registros sociais, morais ou subjetivos. Desse modo, a consolidação do saber médico, particularmente no campo da psiquiatria, pode ser compreendida como elemento central para a intensificação do processo de medicalização da vida. Ao ampliar suas fronteiras de atuação, esse saber contribui para a redefinição das formas de compreender o sofrimento e a infância, estabelecendo bases para o fenômeno contemporâneo da expansão diagnóstica.

4.2 Entre classificar, medicar e consumir: a racionalidade neurobiológica e a mercantilização do diagnóstico

A articulação entre classificações diagnósticas, introdução dos psicofármacos e exigências regulatórias constitui um dos eixos centrais para a compreensão contemporânea da medicalização da infância. Tal articulação fortalece uma racionalidade naturalista que redefine o sofrimento psíquico a partir de parâmetros biológicos e estatísticos, alinhando-se a uma linguagem universalista sustentada por sistemas classificatórios internacionais. Nesse contexto, observa-se um movimento de integração à linguagem universalista da Classificação Estatística Internacional de Doenças (CID), que, em convergência com o manual diagnóstico, consolida um modelo descritivo de caráter normativo e regulatório (Dunker, 2014).

A partir do DSM-III, inaugura-se um sistema multiaxial que estabelece fronteiras diagnósticas mais rígidas, com critérios operacionais voltados à identificação objetiva de sintomas. Essa reconfiguração altera não apenas a noção de doença mental, mas também as estratégias de intervenção clínica, deslocando o foco da singularidade do sujeito para categorias diagnósticas universais (Bezerra Jr., 2014). A ampliação progressiva dessas categorias, 295 no DSM-III e 297 no DSM-IV, evidencia a expansão desse campo, impactando práticas clínicas, produção científica e formulação de políticas públicas.

No DSM-IV, a introdução do critério de “significância clínica”, baseado no sofrimento ou prejuízo funcional, não elimina a orientação normativa presente na noção de transtorno mental. Ao contrário, reforça uma concepção centrada em desvios, déficits ou disfunções, sustentando uma leitura que articula dimensões psíquicas e biológicas sob uma

matriz classificatória (Dunker, 2014). Conforme argumenta Birman (1999), essa nosologia implica o abandono da historicidade do sofrimento psíquico, substituindo a compreensão do sujeito em seu contexto por uma lógica descritiva que trata os transtornos como entidades autônomas. Nesse cenário, o medicamento passa a ocupar um lugar central, não apenas como recurso terapêutico, mas como operador organizador da própria clínica.

A crítica a esse modelo é intensificada por autores como Allen Frances (2017), psiquiatra responsável pela quarta edição do manual. O autor aponta que a ampliação e a imprecisão dos critérios classificatórios contribuíram diretamente para o aumento expressivo das categorias diagnósticas. Nesse sentido, evidencia o fenômeno denominado “inflação diagnóstica”, compreendido como diretamente correlato ao próprio manual e reconhecido como uma de suas principais consequências no contexto do DSM-IV.

Segundo o autor, tal fenômeno não se restringe ao campo técnico, mas envolve a atuação decisiva da indústria farmacêutica e da mídia na difusão e legitimação dos diagnósticos. A associação entre categorias psicopatológicas e fármacos específicos contribui para a consolidação de um mercado de sofrimentos, no qual interesses comerciais passam a orientar, em grande medida, a produção de diagnósticos e intervenções. Dados apresentados por Frances evidenciam essa tendência em que o crescimento expressivo no uso de psicofármacos, inclusive entre crianças, e o aumento significativo das receitas da indústria farmacêutica demonstram a centralidade econômica desse processo.

Nos Estados Unidos, em 2012, estimava-se que um em cada cinco adultos fazia uso de ao menos um fármaco relacionado a transtornos mentais, enquanto cerca de 4% das crianças utilizavam medicamentos estimulantes. Entre 1988 e 2008, o consumo de antidepressivos quase quadruplicou, evidenciando uma expansão significativa desse mercado. Em 2011, a receita das empresas farmacêuticas atingiu aproximadamente 11 bilhões de dólares com antidepressivos e quase 8 bilhões com psicofármacos destinados ao Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH). Inseridos em um contexto marcado pela ampliação e pela imprecisão dos critérios diagnósticos, tais dados indicam não apenas a crescente medicalização do sofrimento psíquico, mas também seus desdobramentos, uma vez que, nesse período, as mortes decorrentes do uso de substâncias legalizadas superaram aquelas associadas às drogas ilícitas nos Estados Unidos (Frances, 2017).

Já no Brasil, destaca-se, desde 2015, a posição do país como um dos maiores consumidores mundiais de metilfenidato, substância comercializada, entre outros nomes,

sob a marca Ritalina, frequentemente prescrita em situações relacionadas a dificuldades de aprendizagem e ao diagnóstico de TDAH (Gomes; Magalhães, 2018). Dados da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) indicam que a comercialização de metilfenidato passou de 2,1 milhões de caixas vendidas em 2010 para 2,6 milhões em 2013. Além disso, levantamento realizado pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ), divulgado em 2014, apontou um aumento de 775% no consumo desse medicamento ao longo dos anos anteriores.

Nesse contexto, a medicalização da vida articula-se diretamente à mercantilização da saúde que, por sua vez, articula-se com a expansão do tratamento medicamentoso como principal via de tratamento. Nesse cenário, a produção de diagnósticos amplia o mercado de medicamentos e, simultaneamente, a disponibilidade de fármacos retroalimenta a expansão das categorias diagnósticas. Tal dinâmica sustenta uma concepção de corpo funcional cuja regulação depende do uso contínuo de intervenções medicamentosas, amplamente promovidas por discursos midiáticos e pelo saber médico. A influência da indústria farmacêutica estende-se à formação profissional, ao financiamento de pesquisas e à definição de diretrizes clínicas, contribuindo para a constituição de um campo no qual o sofrimento psíquico é progressivamente traduzido em termos biológicos e passível de intervenção química (Ferreira, 2015; Frances, 2017).

No intuito de enquadrar-se no padrão de normalidade socialmente propagado, a busca por saúde, articulada à crescente demanda por prevenção, configura-se como um contexto favorável à consolidação de uma lógica de consumo (Ferreira, 2015). Nesse cenário, a indústria farmacêutica passa a exercer influência significativa na constituição de um mercado de sofrimentos psiquiátricos, não apenas por meio da produção de medicamentos, mas também pelo financiamento de associações profissionais e pela incidência sobre a formação médica (Frances, 2017). Ainda que não se neguem os benefícios do uso de psicofármacos em determinadas circunstâncias clínicas, torna-se necessário problematizar seu uso mercadológico, que tem contribuído para a redução do sujeito à sua dimensão biológica, em detrimento de seus enredos históricos e conflitos singulares (Ferreira, 2015).

Ao discutir a promoção de doenças pela indústria farmacêutica, Frances (2017) destaca o caráter controverso da evolução dos psicofármacos. Segundo o autor, o desenvolvimento de novos medicamentos nem sempre representa um avanço terapêutico significativo, podendo, inclusive, configurar um risco financeiro para o setor. Os primeiros

antipsicóticos, antidepressivos e estabilizadores de humor não foram resultado de pesquisas sistemáticas conduzidas pela indústria, mas de observações clínicas realizadas por profissionais. Como afirma o autor, "nenhum dos sessenta anos subsequentes de pesquisa dos fabricantes de remédios proporcionou sequer um produto novo que excedesse a eficácia dos primeiros que foram descobertos por acidente" (Frances, 2017, p. 98). Esse dado evidencia que os investimentos têm se orientado, em grande medida, para o aprimoramento da usabilidade dos medicamentos, sobretudo no que diz respeito à redução de efeitos colaterais imediatos, ainda que tais intervenções possam implicar riscos mais significativos a longo prazo.

Nesse cenário, a expansão no consumo de medicamentos torna-se particularmente evidente à medida que se minimizam os efeitos adversos e se potencializam os resultados positivos das medicações, muitas vezes omitindo-se a devida explicação da relação entre benefícios, riscos e custos. Como exemplo observam-se controvérsias quanto a função e a eficácia de estimulantes, sobretudo metilfenidato que é o principal tratamento nos casos de TDAH, por conta de sua ação ao restringir a capacidade cerebral de produzir pensamentos espontâneos (Brzozowski; Caponi, 2013) ou pelas reações adversas registradas na bula como insônia, cefaleia e fenômenos associados à psicose (Ferreira, 2015). A estreita articulação entre diagnóstico e intervenção farmacológica contribui, assim, para consolidar a indústria farmacêutica como agente central na produção, difusão e legitimação das classificações diagnósticas, reforçando uma das principais engrenagens que sustentam os processos contemporâneos de medicalização da vida.

A perspectiva segundo a qual os transtornos mentais decorrem de desequilíbrios neuroquímicos passíveis de correção farmacológica consolida-se como um dos pilares da intervenção farmacológica. Disciplinas como neurociências, neuropsicologia, neuropediatria e psiquiatria sustentam a ideia de que é no cérebro que se encontram as causas do sofrimento (Ferreira, 2015), contudo, críticas relevantes têm apontado para a fragilidade dessa fundamentação neurobiológica. A ausência de marcadores biológicos consistentes, conforme evidenciado por Thomas Insel (*apud* Martinhago; Caponi, 2019), explicita a distância entre a promessa de uma psiquiatria plenamente ancorada em bases científicas e a realidade de classificações que permanecem predominantemente sustentadas em descrições sintomatológicas. Ainda assim, os avanços em campos como a genética, a neuroimagem e a neurociência contribuem para reforçar o imaginário de uma explicação totalizante do sujeito,

ampliando a legitimidade desse paradigma e a expansão do domínio médico por meio de diferentes disciplinas, para além da psiquiatria.

Essa tensão, destacada por Thomas Insel à época em que dirigia o National Institute of Mental Health (NIMH), revela o anseio por uma reformulação da psiquiatria em direção a um modelo fundamentado em evidências cognitivas, genéticas e anatomo-cerebrais. Nesse contexto, às vésperas da publicação do DSM-5, Insel declarou que o instituto deixaria de adotar as classificações propostas pela Associação Americana de Psiquiatria, indicando a insuficiência científica do modelo diagnóstico vigente (Martinhago; Caponi, 2019). Tal movimento se intensifica com a emergência de iniciativas como o Research Domain Criteria (RDoC), que propõe uma reconfiguração da nosologia psiquiátrica a partir da análise de circuitos neurais, genes e processos cognitivos, apoiados em técnicas de neuroimagem. Ao privilegiar uma abordagem biomédica estrita, essa proposta busca alinhar a psiquiatria a um ideal de cientificidade centrado no funcionamento orgânico do cérebro (Klein; Lima, 2020).

Em consonância com esse movimento, o DSM-5 incorpora a perspectiva neurobiológica ao introduzir e sistematizar a categoria dos transtornos do neurodesenvolvimento, consolidando uma leitura desenvolvimentista fortemente ancorada em fundamentos biológicos. No Brasil, instituições como o Instituto Nacional de Psiquiatria do Desenvolvimento para a Infância e Adolescência (INPD) desempenham papel relevante na difusão dessa abordagem, contribuindo para a centralidade da infância como alvo privilegiado dessas classificações (Amaral; Caponi, 2020). Fundamentadas por uma epistemologia essencialmente biologizante, as pesquisas vinculadas a essa orientação tornaram-se referência para a própria formulação do manual, especialmente no que concerne à consolidação dos transtornos do neurodesenvolvimento como eixo estruturante da nosografia contemporânea.

Tal classificação empenha-se em produzir explicações neurobiológicas para comportamentos considerados desviantes e para os chamados transtornos mentais, recorrendo, com frequência, a argumentos de hereditariedade atualmente veiculados como problemas genéticos (Amaral; Caponi, 2020). Nesse quadro, a psicopatologia desenvolvimental articula concepções epidemiológicas e genéticas a perspectivas sociais e do desenvolvimento, com o intuito de estabelecer uma fundamentação etiológica para os transtornos. Contudo, a proposta teórica que atravessa o DSM-5, tende a sustentar uma compreensão do neurodesenvolvimento centrada prioritariamente em uma leitura biológica

do sujeito. Observa-se essa orientação no próprio manual, que prevê o uso de especificadores diagnósticos orgânicos na descrição clínica:

> O uso de especificadores para diagnósticos de transtornos do neurodesenvolvimento enriquece a descrição do curso clínico e da sintomatologia atual do indivíduo. Além de especificadores descritores da apresentação clínica, como idade de início ou classificações da gravidade, os transtornos do neurodesenvolvimento podem incluir o especificador "associado a alguma condição médica ou genética conhecida ou a fator ambiental". Esse especificador oportuniza aos clínicos a documentação de fatores que podem ter desempenhado um papel na etiologia do transtorno, bem como daqueles capazes de afetar o curso clínico. Exemplos incluem doenças genéticas, como síndrome do X-frágil, esclerose tuberosa e síndrome de Rett; condições médicas, como epilepsia; e fatores ambientais, inclusive muito baixo peso ao nascer e exposição fetal ao álcool (mesmo na ausência de síndrome do álcool fetal) (American Psychiatric Association, 2014, p. 33).

As classificações diagnósticas estruturadas em torno dos transtornos do neurodesenvolvimento, tal como apresentados no manual, operam por meio de uma lógica que associa desenvolvimento humano a parâmetros de funcionamento cerebral, enfatizando fatores genéticos e neurológicos como determinantes da patologia. Essa perspectiva amplia o alcance do diagnóstico ao longo da vida, uma vez que a proposta consiste em descrever uma patologia mental de caráter crônico, ao mesmo tempo em que intensifica a intervenção precoce. Como consequência, observa-se a expansão não apenas do uso de medicamentos, mas também de um amplo mercado de práticas terapêuticas, tecnologias educacionais e serviços especializados voltados à gestão dos sujeitos enquadrados nesses diagnósticos.

Desse modo, a infância ocupa lugar central na articulação entre medicalização e mercantilização. A produção de categorias diagnósticas específicas para esse público impulsiona a criação de dispositivos clínicos, bem como de um amplo mercado de profissionais, tecnologias e ferramentas voltadas aos chamados *novos pacientes*, produz formas de intervenção que passam a ser apreendidas como necessárias à gestão desses sujeitos (Freitas; Azevedo, 2022). Nesse contexto, a infância configura-se como alvo privilegiado do processo de "mercantilização do diagnóstico" (Freitas; Azevedo, 2022, p. 8), no qual o mercado se apropria das classificações psiquiátricas para ofertar modelos educativos específicos, produtos direcionados e modalidades de consumo que se estendem ao núcleo familiar.

Em suma, o entrelaçamento entre classificar, medicar e vender evidencia o processo de medicalização da infância na medida em que contribui para a expansão do discurso médico sobre diferentes dimensões da vida. Sustentada por uma racionalidade neurobiológica e impulsionada por interesses mercadológicos, essa dinâmica redefine os

modos de compreender e intervir sobre o sofrimento psíquico, produzindo efeitos significativos na compreensão contemporânea da infância. Operando, ainda, a partir da noção de gene como fator de risco para a suscetibilidade a transtornos do neurodesenvolvimento, tal perspectiva amplia o alcance do discurso patologizante para além do sujeito diagnosticado, envolvendo todo o núcleo familiar e escolar.

4.3 Efeitos da medicalização da infância: a escola e a família submetidas ao discurso técnico especializado

De acordo com Brzozowski e Caponi (2013), a medicalização pode ser identificada tanto na incidência sobre desvios de comportamento quanto na apropriação de processos naturais da vida. Estes últimos abrangem eventos como nascimento, desenvolvimento infantil, sexualidade, envelhecimento e morte, enquanto os desvios incluem fenômenos como alcoolismo, loucura, hiperatividade, dificuldades de aprendizagem ou alimentação, entre outros. No caso dos comportamentos considerados desviantes, pressupõe-se a existência de uma norma social desejável, a partir da qual determinadas condutas passam a ser definidas como inadequadas. As autoras destacam que o desvio é sempre contextual, sendo produzido e legitimado por meio de relações de poder que determinam e identificam o que deve ser considerado normal ou patológico.

No âmbito da infância, tais desvios tendem a ser identificados, de forma privilegiada, no ambiente escolar, frequentemente associados a dificuldades no processo de aprendizagem (Brzozowski; Caponi, 2013). A escola consolidou-se, sobretudo a partir do século XIX, como espaço estratégico na mediação das práticas de gestão da saúde, viabilizando a incorporação de demandas higienistas e tornando legítima a identificação e o encaminhamento de crianças ao campo médico. Nesse contexto, comportamentos anteriormente compreendidos como variações do desenvolvimento ou como expressões do contexto sociocultural passam a ser progressivamente reinterpretados como sintomas de transtornos, marcando o início de um processo de patologização da infância que se intensifica na contemporaneidade. Observa-se, assim, que a medicalização dos comportamentos implica a progressiva incorporação das condutas infantis ao campo médico e, consequentemente, a ampliação das demandas institucionais por intervenções especializadas.

No que se refere à infância, a distinção proposta por Brzozowski e Caponi (2013) entre a medicalização dos desvios de comportamento e a dos processos naturais da vida tende a se tornar cada vez mais tênue. Considerando a psicopatologia do desenvolvimento, experiências e manifestações comportamentais situadas em contextos socioculturais específicos passam a ser reinterpretadas como dimensões inerentes ao próprio processo de desenvolvimento. Desse modo, elementos anteriormente compreendidos a partir de determinações sociais, históricas e relacionais passam a ser incluídos a um mesmo referencial explicativo de natureza biológica.

Considerar o enfraquecimento dessa fronteira é fundamental, na medida em que evidencia o aprofundamento da lógica medicalizante na contemporaneidade. Intermediado pela racionalidade classificatória consolidada no DSM-5, o desenvolvimento infantil passa a ser capturado por uma perspectiva na qual a infância é compreendida em torno da vigilância, da gestão de riscos e da prevenção de futuros quadros considerados disfuncionais. Nesse contexto, olhar para a infância deixa de significar apenas acompanhar processos singulares de constituição subjetiva e passa a implicar, cada vez mais, a antecipação e o controle de possíveis desvios em relação a uma norma previamente estabelecida.

Destacam-se, no cenário contemporâneo, os diagnósticos de Transtorno do Espectro Autista e Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade como categorias centrais na apreensão da infância. Inseridos no grupo dos transtornos do neurodesenvolvimento, tais diagnósticos operam como importantes mediadores do processo de medicalização, na medida em que organizam, como vimos na seção anterior, a leitura dos comportamentos infantis a partir de critérios padronizados, amplamente difundidos no campo clínico, educacional e familiar. No contexto escolar, dificuldades relacionadas à atenção, à interação social, à comunicação e ao desempenho acadêmico tendem a ser rapidamente traduzidas em termos diagnósticos, favorecendo a inscrição dessas experiências no registro biomédico.

Dessa forma, a escola vem se consolidando como importante dispositivo regulador da infância, inserindo-a no campo médico-psiquiátrico por meio da identificação de comportamentos considerados inadequados e da prescrição de encaminhamentos ao saber técnico especializado. Nesse processo, mobilizam-se não apenas os discursos psiquiátricos, mas também os da assistência social, da psicologia e da pedagogia, que passam a operar de maneira articulada na legitimação das intervenções médicas e farmacológicas dirigidas às crianças (Kamers, 2013). Conforme assinala Kamers (2013, p. 158), “partimos da hipótese de que são precisamente os dispositivos assistenciais e tutelares que demandam, autorizam

e asseguram a intervenção médico-psiquiátrica". Assim, observa-se que a medicalização da infância não se restringe ao campo estritamente médico, mas constitui uma rede institucional mais ampla, na qual diferentes saberes e práticas contribuem para a produção, legitimação e gestão das classificações diagnósticas infantis.

Nesse contexto, a criança que apresenta dificuldades no processo de aprendizagem em relação aos seus pares tende a ser encaminhada ao médico, passando a submeter-se à autoridade do saber médico-terapêutico para a modificação de seu comportamento. Tal encaminhamento, frequentemente, desloca o foco de análise das condições que atravessam a experiência infantil, como as relações familiares, o ambiente escolar e as condições socioeconômicas, para uma leitura centrada no indivíduo. Isso sucede, sobretudo, pelo discurso neurobiológico que fundamenta uma compreensão supostamente incontestável da existência de uma causalidade orgânica traduzida por um diagnóstico. Ainda que, no caso do TDAH, amplamente tratado como uma condição de base biológica na qual a intervenção farmacológica é priorizada, observa-se que os marcadores orgânicos permanecem inconclusivos, inclusive no que se refere à ação dos medicamentos utilizados em seu tratamento (Brzozowski; Caponi, 2013).

Diante desse cenário, um dos efeitos da medicalização consiste na desresponsabilização do sujeito, na medida em que suas condutas passam a ser atribuídas a uma condição médica, em detrimento de uma leitura de ordem moral. Entretanto, o diagnóstico pode ampliar a compreensão do entorno da criança em relação aos seus comportamentos. Nesse sentido, observa-se que, uma vez atribuído um diagnóstico, as intervenções tendem a deslocar-se do campo punitivo para o campo médico-terapêutico, tendo em vista que o comportamento indesejado passa a ser associado ao corpo biológico: "De malvados, irresponsáveis, preguiçosos, mal-educados, dentre outros atributos, os indivíduos passaram a ser considerados doentes, não mais culpados por seu comportamento" (Brzozowski; Caponi, 2013, p. 213).

Nesse contexto, o diagnóstico tende a ser compreendido como a resposta ao irreconhecível frente aos ideais parentais e sociais, fornecendo terapêuticas destinadas a aproximar a criança daquilo que se considera normalidade (Kamers, 2013). O processo sócio-histórico de constituição da família e da escola como instâncias gestoras da infância conferiu a essas instituições uma carga significativa de responsabilidade em relação ao desenvolvimento infantil. A classificação diagnóstica tende, contudo, a deslocar tal responsabilidade, ao atribuir à constituição genética ou a supostas disfunções cerebrais a

explicação para comportamentos considerados inadequados. Observa-se, então, um movimento de atenuação da responsabilização das instituições diante do sofrimento infantil ou das dificuldades de adaptação da criança ao meio, transferindo-se essa explicação predominantemente para o próprio sujeito, apreendido em sua dimensão individual e no seu funcionamento enquanto corpo neurobiológico.

A partir do momento no qual se assume que a origem das dificuldades – sejam elas relacionadas à interação social ou aos processos de aprendizagem – reside na presença de uma condição patológica no aluno, a instituição escolar tende a se eximir de sua implicação nesse processo. Tal movimento produz como consequência aquilo que se denomina leitura medicalizante do fracasso escolar, caracterizada pela desconsideração de que os problemas de aprendizagem expressos individualmente pelas crianças podem estar relacionados aos próprios métodos de ensino mobilizados pela instituição ou, ainda, à cultura escolar de forma mais ampla. Dessa maneira, o encaminhamento de queixas escolares contribui para a ampliação do domínio dos saberes da saúde sobre o campo educacional, em detrimento não apenas da responsabilização da escola, como também da autonomia dos profissionais da educação (Gomes; Magalhães, 2018).

Entretanto, tal processo assume, na contemporaneidade, a forma de uma prática de cuidado dirigida à infância. Quando a escola convoca os responsáveis, orientando-os a recorrer ao saber especializado – seja de psiquiatras, psicólogos, psicopedagogos ou neurologistas –, essa iniciativa é, em geral, compreendida como uma medida de zelo em relação ao desenvolvimento da criança. Por sua vez, o saber especializado tem operado, de modo crescente, por meio de técnicas e protocolos padronizados que, embora não desconsidere por completo o contexto relacional, apoiam-se predominantemente em processos de avaliação e de previsão circunscritos a dimensões técnico-operacionais (Azevedo, 2018). Desse modo, a identificação precoce de comportamentos ou condições consideradas desviantes, potencialmente indicativas de transtornos mentais, passa a configurar-se como uma prática legitimada de cuidado, frequentemente impulsionada pela escola, intermediada pelos responsáveis e operacionalizada pelo saber médico-terapêutico. Como afirma Kamers (2013, p. 162):

> O que nos permite pensar que, se atualmente o discurso médico-psiquiátrico converteu-se no principal dispositivo regulador do normal e do patológico da infância, isso se dá graças às instituições de assistência à infância – a família, a escola, o conselho tutelar, as clínicas privadas, as unidades de saúde – que demandam à medicina uma intervenção medicamentosa sobre a criança.

A promoção de saúde mental, orientada pela perspectiva da prevenção e da antecipação de risco, elege a infância como alvo privilegiado de intervenções precoces, com o objetivo de evitar a suposta cronificação de patologias. Tal movimento contribui para ampliação das classificações psiquiátricas dirigidas às crianças, ao concentrar-se na identificação de anomalias, sofrimentos psíquicos e desvios de condutas como indicadores de transtorno em potencial (Amaral; Caponi, 2020). Nesse contexto, os transtornos do desenvolvimento, especialmente o TEA e TDAH, são construídos a partir de uma lógica que toma o risco como antecipação de um perigo possível para a vida e a saúde, contribuindo para o alargamento das fronteiras entre o normal e o patológico.

Assim, a centralidade conferida ao modelo biológico não apenas restringe a compreensão do sofrimento psíquico, mas também contribui para a sua descontextualização, reduzindo-o a uma disfunção individual e enfraquecendo a possibilidade de intervenções que considerem a complexidade dos determinantes sociais implicados na constituição da infância. De acordo com Amaral e Caponi (2020, p. 2833):

> Se pensamos que a explicação centrada na hipótese neurodesenvolvimental exclui a pesquisa e a análise sociológica de situações estruturais, conflitos sociais e familiares, desemprego dos pais, violência física, bullying, racismo, competição entre pares, fracasso escolar, entre muitos outros fatos sociais que podem estar na origem dos sentimento de angustia, medo, frustração ou desamparo, que provocaram o sofrimento psíquico em uma criança, devemos questionar a debilidade e fragilidade epistemológica dos argumentos apresentados pelos pesquisadores do INPD que aqui foram analisados.

Dessa forma, cabe considerar que o cuidado dirigido à infância, na contemporaneidade, tem sido progressivamente marcado por um "terceiro social" manifestado pelos especialistas e seus discursos técnicos em prol da integridade do ideal de desenvolvimento infantil. Investido de legitimidade social e frequentemente reconhecido como detentor da verdade sobre os comportamentos e sofrimentos infantis, o campo médico-terapêutico passa a ocupar uma posição central na definição das dificuldades vivenciadas pelas crianças. Nesse processo, a infância passa a situar-se em um espaço de intersecção entre as esferas pública e privada tornando tanto a criança quanto a família alvo privilegiado de vigilância, regulação e controle (Kamers, 2013).

Frente ao mal-estar infantil que escapa às respostas do saber psiquiátrico, pedagógico ou familiar, o saber especializado mobiliza práticas diagnósticas e preventivas voltadas à identificação e à neutralização de comportamentos considerados desviantes (Kamers, 2013). Nesse contexto, a classificação diagnóstica e o tratamento medicamentoso tendem a operar

não apenas como estratégias de intervenção diante de um suposto problema, mas também como justificativas do não aprender e das dificuldades de adaptação às normas sociais estabelecidas. Tal movimento contribui para a homogeneização da infância, na medida em que experiências singulares e atravessadas por múltiplas determinações sociais e históricas passam a ser enquadradas segundo parâmetros normativos de desenvolvimento, comportamento e desempenho (Azevedo, 2018; Gomes; Magalhães, 2018). Há um processo de apagamento da infância, no qual busca-se ajustar a experiência infantil a parâmetros idealizados de funcionamento adulto.

Em meio a isso, a parentalidade deixa de se restringir ao âmbito privado da família e passa a constituir um objeto de interesse público, submetido à intervenção de diferentes saberes (Kamers, 2013). As famílias são frequentemente incorporadas a essa lógica, apropriando-se das categorias diagnósticas como formas de compreensão e organização da experiência infantil. Tal movimento pode produzir processos de identificação e pertencimento em torno dos transtornos atribuídos, por meio dos quais os significantes diagnósticos passam a nomear, e por vezes a fixar, a criança ou o adolescente sob sua responsabilidade. Dessa forma, o diagnóstico ultrapassa o campo estritamente clínico e passa a operar como um operador simbólico que estrutura identidades, práticas e relações sociais, reforçando a centralidade da lógica medicalizante na contemporaneidade.

5 A NOMEAÇÃO E SEUS EFEITOS NA VIDA REAL – ESCUTANDO FAMÍLIAS MARCADA PELO DIAGNÓSTICO

Esta seção apresenta o percurso da pesquisa empírica realizada com responsáveis por crianças acompanhadas no Centro Especializado em Reabilitação II (CER II/CIRAS), buscando escutar os sentidos produzidos em torno das nomeações diagnósticas e os efeitos que estas assumem na vida das crianças e de suas famílias. Se, nos capítulos anteriores, procurei reconstruir os caminhos históricos e sociais que possibilitaram a emergência e a consolidação de determinadas formas de nomear a infância, é neste momento que essas questões encontram as histórias singulares daqueles que vivem, no cotidiano, os efeitos dessas nomeações.

5.1 Considerações metodológicas e percurso da pesquisa

Este trabalho foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa, tendo sido aprovado sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 87688225.7.0000.5546. Os procedimentos foram conduzidos em conformidade com os princípios éticos estabelecidos pela Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil. A condução das entrevistas foi realizada no Centro Especializado em Reabilitação II (CER II/CIRAS) e autorizada mediante a assinatura da Carta de Anuência pela coordenação da instituição, formalizando sua concordância com o desenvolvimento do estudo no serviço.

Os participantes foram informados acerca dos objetivos da pesquisa, dos possíveis riscos e benefícios envolvidos, bem como do caráter voluntário de sua participação e da possibilidade de desistência a qualquer momento, sem qualquer prejuízo aos atendimentos realizados na instituição. Após os esclarecimentos, foi solicitada aos participantes a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Com o intuito de preservar a identidade dos participantes e assegurar a confidencialidade das informações produzidas, todos os nomes e quaisquer elementos que pudessem possibilitar sua identificação foram suprimidos do material analisado. Ao longo da apresentação dos resultados, os participantes foram identificados por pseudônimos, com o intuito de garantir o anonimato e o sigilo das informações compartilhadas durante as entrevistas.

O Centro Especializado em Reabilitação II (CER II/CIRAS), espaço que articula a execução da pesquisa, é um serviço integrante da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde componente da atenção ambulatorial especializada. A implementação desses serviços ocorreu no contexto das políticas públicas destinadas à ampliação do acesso e à garantia do cuidado às pessoas com deficiência, constituindo-se como um dos dispositivos estratégicos dessa rede. O CER II/CIRAS, como foi citado anteriormente, oferta atendimentos nas modalidades de reabilitação física e intelectual. A instituição atende usuários provenientes de diferentes municípios e reúne uma equipe multiprofissional composta por terapeutas ocupacionais, nutricionista, enfermeiros, assistentes sociais, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, ortopedista, neurologista, neuropediatra, psiquiatra, psicopedagogos e psicólogos.

As entrevistas foram realizadas em sala individual disponibilizada pelo serviço, buscando oferecer condições adequadas para a realização da escuta. Entretanto, cabe destacar algumas especificidades do contexto institucional que atravessaram o processo. Embora os espaços utilizados garantissem relativa privacidade, o funcionamento cotidiano do serviço autoriza a entrada de profissionais nas salas sempre que necessário, mesmo quando as portas permanecem fechadas. Durante a realização das entrevistas, tais intervenções ocorreram principalmente em duas situações: pela necessidade de retirada ou entrega de materiais utilizados naquele espaço e pela convocação dos responsáveis para receber as crianças após os atendimentos terapêuticos, bem como para assinar a folha de frequência. Trata-se de um procedimento previsto na rotina institucional, uma vez que o usuário pode ser desligado do serviço em caso de três faltas consecutivas. Tais interrupções, recorrentes no cotidiano institucional, revelam aspectos do próprio funcionamento e da dinâmica de um serviço de saúde. Desse modo, o cotidiano do CER II/CIRAS também atravessou a pesquisa, exigindo um manejo contínuo na tentativa de produzir o menor impacto possível sobre a escuta e construção do espaço de fala dos participantes.

Para fins desta investigação, delimitei a participação de responsáveis por crianças atendidas pelo SUS no Centro Especializado em Reabilitação II (CER II/CIRAS), associadas a transtornos do neurodesenvolvimento, especialmente o Transtorno do Espectro Autista o Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade, conforme descritos no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5). Inicialmente, a composição dos participantes previa a realização de entrevistas com responsáveis pertencentes a três grupos distintos: (1)crianças em processo de investigação diagnóstica; (2)crianças cujo diagnóstico

havia sido modificado a partir das observações clínicas realizadas no serviço; e (3)crianças que permaneceram com o diagnóstico atribuído anteriormente ao ingresso na instituição. A proposta buscava contemplar diferentes momentos do percurso diagnóstico, possibilitando refletir sobre os efeitos produzidos pelas classificações psiquiátricas em distintas circunstâncias clínicas.

No entanto, surgiram impasses relacionados à inclusão de famílias pertencentes ao segundo grupo cujos diagnósticos haviam sido alterados. O primeiro deles dizia respeito à própria dinâmica institucional. Em diversos casos, a mudança diagnóstica implicava o encaminhamento do usuário para outro componente da rede de atenção e, consequentemente, sua inserção em processo de alta do serviço. Tal situação ocorria quando havia substituição diagnóstica, diferentemente dos casos em que um novo diagnóstico era acrescentado àquele já existente. Essa dinâmica não era bem recebida pelos usuários do serviço, tanto em razão da resistência à ruptura do vínculo estabelecido com a instituição quanto pela necessidade de retorno à fila de espera de outro serviço integrante da rede pública de saúde.

Além disso, foi possível identificar certa resistência institucional em relação ao contato com essas famílias. Havia o receio de que o convite para participação na pesquisa pudesse ser interpretado como tentativa de retomada do vínculo assistencial ou mesmo como revisão de decisões anteriormente tomadas pela equipe. Soma-se a isso a baixa adesão das próprias famílias contatadas nessa condição. Desse modo, o contato realizado para seleção desse segundo grupo evidenciou questões que remetem às relações anteriormente estabelecidas com a instituição e aos efeitos produzidos pelos processos de encaminhamento e desligamento do serviço.

Em um dos casos, não houve qualquer retorno às ligações telefônicas ou às mensagens encaminhadas. Em outro, a responsável respondeu ao contato demonstrando interesse em retornar à instituição para retomada do tratamento da criança. Após o esclarecimento de que o convite se referia exclusivamente à participação na pesquisa e não à reabertura do acompanhamento no serviço, não houve disponibilidade para participação na entrevista, ainda que a responsável reforçasse o desejo de encontrar um espaço de escuta e tratamento para a criança e sua família. Observei, a partir desses contatos, alguns desdobramentos decorrentes do procedimentos institucional de encaminhamento para outros componentes da rede quando se atribui um diagnóstico que não integra o campo de atendimento do CER II/CIRAS.

Tais situações evidenciam a complexidade das questões mobilizadas pelos processos de nomeação diagnóstica e pelos arranjos institucionais decorrentes, revelando que os efeitos produzidos por essas classificações ultrapassam o campo estritamente clínico e incidem também sobre os vínculos construídos entre usuários e serviços de saúde. Demonstrando, sobretudo, possíveis efeitos da centralidade assumida pelo diagnóstico na relação dos sujeitos com a rede de atenção, uma vez que o acesso e a permanência pelos serviços passam a ser frequentemente organizados a partir das categorias diagnósticas atribuídas. Nesse sentido, o diagnóstico passa a operar definindo percursos assistenciais e possibilidades de inserção em determinados serviços.

Entretanto, uma vez que o objetivo da pesquisa empírica consistia em escutar responsáveis acerca dos sentidos produzidos em torno dessas nomeações diagnósticas, optei por reformular os critérios de inclusão. Assim, a pesquisa passou a contemplar entrevistas com responsáveis por crianças associadas aos transtornos anteriormente mencionados, organizadas em dois grupos. O primeiro foi composto por familiares de crianças vinculadas ao serviço há mais de três anos, enquanto o segundo reuniu responsáveis por crianças inseridas no CER II/CIRAS há até seis meses. Ao adotar essa divisão, busquei analisar diferentes tempos de permanência institucional, de modo a compreender os efeitos produzidos pela lógica medicalizante em distintos momentos da trajetória das famílias e em diferentes níveis de exposição ao discurso técnico especializado que atravessa os serviços de saúde.

Para a realização das entrevistas, optei por um modelo semiestruturado, norteado por quatro questões principais: (1) como o diagnóstico surgiu; (2) como foi recebido; (3) o que o sujeito compreende sobre essa nomeação diagnóstica; e (4) quais os efeitos dessa nomeação para a criança e para a família. Parto da orientação psicanalítica na construção metodológica desta pesquisa, compreendendo que o material produzido não se apresenta como dado objetivo previamente constituído, mas como algo construído na própria relação de pesquisa. Conforme apontam Rosa e Domingues (2010), o objeto da investigação não é dado a priori, sendo produzido no encontro entre pesquisador e sujeito entrevistado.

Desse modo, a pesquisa não se organiza a partir de uma posição de neutralidade absoluta, mas implica reconhecer que tanto o desejo do pesquisador quanto aquilo que emerge da fala do sujeito participam da construção do trabalho. A observação, nessa perspectiva, constitui-se como processo relacional, atravessado pela dinâmica entre quem pergunta e quem responde, entre quem fala e quem escuta. Assim, embora existam

formulações e direcionamentos prévios, torna-se necessário considerar aquilo que surge na experiência de escuta. Sendo assim, o dado é compreendido como algo produzido na relação transferencial estabelecida durante as entrevistas (Rosa; Domingues, 2010).

A escuta orientada pela psicanálise possibilita não apenas a condução das entrevistas, mas também a interpretação do material produzido. Ainda que a psicanálise tenha constituído suas técnicas no espaço clínico, seu princípio fundamental – a escuta do inconsciente – ultrapassa os limites do setting terapêutico tradicional. Mesmo havendo especificidades em uma pesquisa empírica, se faz necessário preservar pressupostos centrais da escuta psicanalítica, como a associação livre e a atenção flutuante (Coelho; Cunha, 2021).

Nesse sentido, as entrevistas não seguiram roteiros rígidos, permitindo que os participantes conduzissem livremente suas associações a partir dos temas mobilizadores. Além disso, optei pela gravação integral das entrevistas, evitando a tomada constante de notas durante a escuta, de modo a favorecer maior disponibilidade ao discurso do entrevistado e reduzir os efeitos de elaboração secundária do material ouvido. Desse modo, buscou-se evitar que a escuta fosse atravessada por um movimento imediato de organização e atribuição de coerência ao discurso, preservando o material em sua forma mais próxima possível daquela em que foi enunciado para possibilitar que sua análise ocorresse posteriormente. Outro aspecto fundamental refere-se à presença da transferência no espaço da pesquisa. Tal dimensão não se restringe ao movimento do entrevistado em direção ao pesquisador, mas também envolve os efeitos produzidos no pesquisador diante daquilo que se escuta. Reconhecer essa dupla direção transferencial torna-se essencial para a retomada crítica do material produzido, uma vez que a interpretação exige constante atenção aos riscos de confirmação de hipóteses prévias ou de escuta orientada apenas pelo que se deseja encontrar (Coelho; Cunha, 2021).

Dessa forma, busco compreender os efeitos da nomeação diagnóstica não apenas enquanto informação objetiva, mas como experiência singular que atravessa a criança, a família e os modos contemporâneos de compreender a infância. Assim, organizo a discussão com base nos temas que emergiram durante as entrevistas. Após a apresentação do material empírico, a discussão será desenvolvida por meio de eixos temáticos elaborados com base nos temas recorrentes identificados nas falas dos participantes e em diálogo com o referencial teórico que fundamenta esta pesquisa.

5.2 Resultados

Participaram da pesquisa cinco responsáveis por crianças acompanhadas no CER II/CIRAS e associadas a diagnósticos de Transtorno do Espectro Autista e/ou Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade. Para a composição desta seção, foram realizadas quatro entrevistas. Em todas elas, a interlocutora principal foi uma mulher responsável pelos cuidados cotidianos da criança, embora, em uma das entrevistas, também tenha havido a participação do pai. Em todas as famílias participantes, a criança acompanhada era beneficiária do Benefício de Prestação Continuada, previsto na Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS).

As entrevistas foram realizadas enquanto as crianças participavam de seus atendimentos terapêuticos no serviço. No entanto, devido ao encerramento das sessões, todas sofreram interrupções com o retorno das crianças ao local da entrevista. Desse modo, parte significativa das conversas ocorreu na presença dos filhos, com exceção da última entrevista, que foi finalizada logo após a chegada da criança. As entrevistas tiveram duração média de aproximadamente uma hora, exceto a última, cuja duração foi de cerca de trinta minutos. Esses elementos compõem o contexto de produção do material empírico apresentado a seguir.

Quadro 2 – Participantes da pesquisa

Entrevista	**Responsável(is) entrevistado(s)**	**Criança(s)**	**Idade(s)**
1	Ana	Felipe (filho) e Nayara (neta)	Felipe: 9 anos; Nayara: não informada
2	Beatriz	Mario (filho)	5 anos e 11 meses
3	Carla e Daniel	Yuri (filho)	4 anos
4	Elisa	Wesley (filho)	5 anos

Fonte: elaborado pela autora.

5.2.1 Entrevista 1

Entre os participantes vinculados ao serviço há mais de três anos, há o relato de Ana, responsável por duas crianças de nove anos cujos percursos suscitaram questões relacionadas à nomeação diagnóstica. A participante inicia sua entrevista abordando o caso

do filho (Felipe), identificado com Síndrome de Down logo após o nascimento e inserido no Centro em decorrência dessa condição. Segundo seu relato, durante as consultas pediátricas realizadas no serviço, a médica passou a considerar a possibilidade de Transtorno do Espectro Autista, direcionando investigações em torno dessa hipótese, posteriormente confirmada pela neuropediatra do CER II/CIRAS aproximadamente seis meses antes da realização da entrevista.

Ao longo de seu relato, Ana demonstra maior familiaridade e segurança ao falar sobre a Síndrome de Down do que acerca da recente identificação do autismo. Ao rememorar o nascimento de Felipe, descreve o estranhamento vivenciado diante da movimentação dos profissionais de saúde em torno do recém-nascido e da ausência inicial de informações sobre o que estava acontecendo. Posteriormente, relata ter recebido orientações de um médico especialista. Segundo a entrevistada, o profissional apresentou informações sobre a síndrome e enfatizou que seu filho não era doente, podendo, mediante os acompanhamentos necessários, desenvolver-se, estudar, brincar e participar da vida social como as demais crianças. Ao rememorar esse episódio, destaca-se certa aceitação do diagnóstico naquele contexto:

> **Ana:** Aí quando eu cheguei lá, ele me explicou o que significava o síndrome de Down. Ele disse que ele nasceu assim. Não foi por modo de mim, que ele disse que a idade não tem nada a ver e na família não tem causa de síndrome de down, mas ele foi o primeiro que ele teve de vim assim e que síndrome de Down não é uma doença [...]. Conversou, explicou tudo sobre, e eu achei numa boa. É meu filho, eu vou fazer o que? Se não, não teve ninguém na família, mas veio ele e ele é meu filho. Que pai e mãe é essa que não vai aceitar o próprio filho? Tem muitas que não aceita, né? Mas eu aceitei de boa. Eu aceitei de boa porque é meu filho. E lá em casa todo mundo aceitou, todo mundo dá amor a ele".

A entrevistada descreve a rotina familiar construída em torno desse diagnóstico, marcada por múltiplos acompanhamentos terapêuticos e consultas médicas. Segundo Ana, as exigências relacionadas ao cuidado de Felipe repercutiram diretamente na organização da vida familiar e profissional, levando-a a interromper sua atividade laboral para dedicar-se integralmente ao acompanhamento do filho:

> **Ana:** "Depois que ele nasceu aí eu não tive mais como trabalhar porque era pra levar ele pro tratamento, que é pra cuidar dele".

Desde então, a renda familiar passou a ser sustentada pelo trabalho do pai, que atua como pedreiro, e pelo BPC. No decorrer da entrevista, emerge o relato sobre sua neta (Nayara), que até então não havia sido mencionada, apesar de a participante já ter descrito sua composição familiar. Durante a conversa, a criança aproxima-se da porta da sala e chama Ana de "mãe", o que suscita questionamentos acerca de sua presença na família. A participante explica que Nayara é filha de seu primogênito e reside com ela desde os primeiros meses de vida, encontrando-se sob guarda familiar em razão de uma decisão judicial. Sua trajetória é apresentada por Ana como atravessada por um "trauma", termo utilizado para se referir à experiência de violência sexual sofrida pela criança enquanto residia com a mãe biológica.

Segundo a participante, Nayara acompanha a rotina de consultas e terapias realizadas por Felipe, participando inclusive de alguns atendimentos psicológicos a convite do profissional responsável, enquanto aguarda vaga para acompanhamento próprio. Entretanto, no momento da entrevista, a criança não estava inserida no atendimento terapêutico de Felipe. Durante esse período, permanecia em uma área de lazer próxima da sala onde a entrevista foi realizada, interagindo e brincando com outras crianças presentes no serviço. A demanda apresentada em relação à neta surgiu a partir de dificuldades observadas no contexto escolar, especialmente relacionadas à leitura, à aprendizagem e à interação social. Nesse cenário, a escola elaborou um relatório e realizou encaminhamento para avaliação neurológica. A partir desse encaminhamento, iniciou-se um processo de investigação diagnóstica, no qual a neuropediatra passou a considerar a hipótese de TEA, embora a avaliação ainda estivesse em andamento:

> **Ana:**"Ela ainda está estudando, avaliando, mas pelo papel que ela me deu, ela já está falando que é suspeita, né? De autismo... Sim, ela é suspeita. Ela, eu acho que é pelo que ela passou."

Ao abordar essa possibilidade diagnóstica, Ana estabelece uma relação direta entre os comportamentos apresentados pela neta e a experiência de violência vivida anteriormente. Em diferentes momentos da entrevista, enquanto sustenta a compreensão de que os sofrimentos atualmente manifestados por Nayara estariam associados ao "trauma", demonstra dúvidas quanto à hipótese de autismo. Ao reconstruir a trajetória da investigação diagnóstica da neta, procura estabelecer comparações com a experiência anteriormente vivenciada junto a Felipe:

> **Ana:** Aí, no dia, eu trouxe Nayara e trouxe também o relatório de lá do colégio, da sala. Aí passei pra ela, aí ela e ela observou Nayara e ela falou que Nayara teve esse transtorno. Aí encaminhou ela pra sala de recurso, encaminhou ela pra psicólogo e está vendo o negócio de auxílio. Aí ela me deu um relatório que ela disse que, junto com o pai dela, era pra gente ler, pra o pai dela ler o relatório, e e a gente marcar o X do que se encaixava no que Nayara fazia em casa. Ah, sim. Aí junto foi respondido esse relatório com o psicólogo daqui [...]. Aí o psicólogo e a neuropediatra falou que ela tem 'é mó' disso, pelo que ela passou. E também ela tem uma perturbação, não sei de quê. É um jeito de desenhar no papel que eu não entendo isso, né? E aí estão vendo o negócio do autismo.
>
> **Entrevistadora:** Que aí a senhora entende que tem a ver com isso (o 'trauma' do qual relatava) também?
>
> **Ana:** É, que tem a ver com isso também. É, é, porque ela, eu acho que ela não nasceu assim. Ou também eu nem sei, porque quando o Felipe nasceu, Felipe já nasceu com um diagnóstico de… de Down. E não apareceu de autismo. E o de autismo veio aparecer agora. Felipe já com nove aninho.

Ao descrever os efeitos práticos desses diagnósticos, Ana informa que a rotina de Felipe sofreu poucas alterações após a confirmação do diagnóstico de autismo. As terapias já realizadas permaneceram as mesmas – fisioterapia, terapia ocupacional e acompanhamento psicológico –, assim como sua inserção escolar no Atendimento Educacional Especializado. Em relação a Nayara, por outro lado, a suspeita diagnóstica foi acompanhada da prescrição de medicação para ansiedade, do encaminhamento para psicoterapia e psicopedagogia, além de sua inserção no AEE.

Ao longo da entrevista, alguns elementos emergem de forma recorrente em sua narrativa: as tentativas de afastar de si qualquer responsabilização pela condição genética do filho; as dificuldades em compreender a recente nomeação diagnóstica de autismo atribuída a Felipe; e a associação estabelecida entre os comportamentos apresentados por Nayara e a experiência de violência anteriormente vivenciada pela criança. Destaca-se, ainda, a centralidade ocupada por Felipe na organização da vida familiar, aspecto que se evidencia quando a entrevistada descreve a distribuição dos cuidados no cotidiano da casa:

> **Ana:** tudo pra Felipe, não sobra nada. Não, não sobra nada, é tudo pra ele. Os outros já estão grande [...]. Porque agora eu não posso dar carinho mais aos outros não.
>
> **Entrevistadora:** E Nayara?
>
> **Ana:** Nayara também. Ela também, ela precisa também de carinho, de atenção. Mas ela ajuda. Ela troca a fralda, ela dá banho. Ela arruma ele. É. Ela veste sapato, calça meia. Ela ajuda, ela ajuda. Ela cuida também. E ele gosta, os dois, né? Se criando junto.

Ao longo de sua narrativa, Ana articula diferentes experiências relacionadas aos processos de nomeação diagnóstica presentes em seu contexto familiar. Enquanto o diagnóstico de Síndrome de Down de Felipe aparece como uma condição já incorporada ao cotidiano da família e associada a uma trajetória prolongada de acompanhamentos e cuidados, a recente nomeação de autismo ainda se apresenta como um elemento em elaboração, suscitando dúvidas e questionamentos. Observa-se, ainda, que as nomeações diagnósticas se inserem em uma rede de encaminhamentos e atendimentos especializados que passam a compor a rotina familiar.

5.2.2 Entrevista 2

Também pertencente ao grupo de participantes vinculados ao serviço há mais de três anos, Beatriz é mãe solo de dois filhos, de treze anos e cinco anos e onze meses. O mais novo (Mario) encontra-se inserido no CER II/CIRAS em razão do diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista. Seu relato inicia-se a partir da percepção gradual de diferenças no desenvolvimento do filho quando comparado ao da irmã mais velha. Ainda nos primeiros meses de vida da criança, alguns comportamentos chamavam sua atenção, ou, mais precisamente, a ausência deles:

> **Beatriz:** “Com seis meses ele não interagia, não pedia, ela não pegava em nada, não sabia dar função em nada. [...] Ele não tinha basicamente reação nenhuma”.

A partir dessas observações, iniciou-se uma busca por avaliações profissionais que culminaria, posteriormente, na atribuição do diagnóstico de TEA. No entanto, no primeiro contato com os serviços de saúde, a orientação recebida foi aguardar algum tempo, sob a justificativa de que o desenvolvimento da criança ainda poderia se consolidar. Ao reconstruir

sua trajetória, Beatriz rememora também aspectos relacionados à gestação de Mario. Segundo seu relato, apesar de apresentar sintomas típicos da gravidez, a exemplo do que ocorreu em sua primeira gestação, como atraso menstrual, náuseas, seios sensíveis e inchados, cansaço e aumento da frequência urinária, os exames inicialmente realizados não confirmavam a gestação. Tal situação gerou intensa preocupação, levando-a a acreditar que poderia estar adoecida:

> **Beatriz:** "Eu ficava alucinada! 'Digo' mas tem alguma coisa errada!".

Apenas aos seis meses houve a confirmação da gravidez, momento que, de acordo com a entrevistada, trouxe alívio por não se tratar de uma doença, embora tenha despertado preocupação pela ausência de acompanhamento médico pré-natal. Nesse contexto, quando Mario completou aproximadamente seis meses de vida, Beatriz retornou à pediatra para insistir em suas preocupações acerca do desenvolvimento do filho:

> **Beatriz:** "Mario não progride, não fala nada, Mario não aceita nada, a gente conversa com ele e ele chora muito e isso é muito diferente pra mim, ela chora estatelado. Ele chora tipo trinta, quarenta minutos, estatelado, chorando".

Em seguida, recebeu encaminhamento para o CER II/CIRAS, onde permaneceu cerca de um ano na fila de espera até a admissão da criança. Ao abordar sobre o processo de construção do diagnóstico, a participante destaca que a demanda por uma nomeação não partiu inicialmente dela. Ao contrário, relata que, naquele período, seus questionamentos dirigiam-se sobretudo à própria atuação materna, levando-a a interrogar-se frequentemente sobre sua responsabilidade diante das dificuldades apresentadas pelo filho:

> **Beatriz:** "Não partiu de mim, nem de um nem de outro. Da questão desse comportamento dele, eu tinha noção que era alguma coisa. Eu não sabia se era eu que estava errando, se eu não estava estimulando ele bem. Antes de descobrir TEA, né? Eu não sabia se era eu que estava negligenciando alguma coisa. Mas, depois do diagnóstico, eu abri os meus olhos e me tranquilizei mais um pouco. E o TDAH eu nem sabia como era".

Após cerca de três anos de acompanhamento institucional, uma nova investigação diagnóstica passou a compor sua trajetória. Em razão de dificuldades relacionadas à atenção, concentração e agitação, profissionais do serviço levantaram a hipótese de Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade:

> **Beatriz:** "[...] E assim, ele conseguiu desenvolver fala, ele conseguiu melhorar em alguns aspectos, só que ele não tem atenção e foco. Muito agitado sempre. Ele está sempre correndo, sempre rolando, sempre pulando, então ele não… não tem, não senta. Aí foi onde o psiquiatra disse: "Olha a gente vai…". E o psicólogo já tinha conversado comigo. Ele (o psiquiatra) disse: 'Ó, a gente pode avaliar'. Como é que fala? Não sei se é avaliar. Pra ver se ele tem o TDAH também.
>
> *(ela encena seu espanto)*
>
> E tem como? Ter as duas coisas? Meu Deus, eu nem sabia que tinha autismo. Ainda tem autismo e o TDAH junto?
>
> Aí ele (o psicólogo) disse: 'É porque, assim, ele não tem atenção, ele não para e é muito difícil. A gente vai fazer uma atividade, no meio da atividade ele já vê um barulho, ele corre pra olhar, e tem um brinquedo novo, ele quer pegar pra fazer junto.' Então, assim, é bem complicado mesmo".

A entrevistada também relata as dificuldades encontradas no processo de adaptação medicamentosa relacionado a essa nova investigação. Segundo Beatriz, Mario faz uso das medicações Neuleptil e Risperidona desde os dois anos e quatro meses de idade, sendo que a introdução recente da Tensina gerou preocupações em função dos efeitos observados no cotidiano da criança, especialmente a sonolência excessiva. Ao narrar esse processo, destaca sentimentos de insegurança e medo diante da responsabilidade pelas decisões relacionadas ao tratamento:

> **Beatriz**: "Eu comecei a ficar preocupada de, sei lá, interferir em alguma coisa motora ou interferir no desenvolvimento… Aí peguei, fiquei com a resistência de novo. Aí uma coordenadora me deu uma… a coordenadora da escola, eu conversei com ela… ela me deu uma ideia: "Corte no meio, porque talvez seja a dosagem que está um pouquinho alta pra ele". Porque tava pesquisando e parece que esse é pra pressão, coisa desse tipo. Não sei exatamente explicar, mas deve ser.
>
> E aí ela disse: 'Corte no meio'. Eu disse: 'Meu Deus!'. Tão baratinada que eu estava que eu nem tive essa ideia. E olhe que eu tenho experiência na área de farmácia de quase sete anos. Só que eu estava… Eu trabalhei em rede de farmácia por seis anos e meio, tenho noção de medicamento. Só

> que a gente explicar pra alguém sobre a vida de alguém, beleza. Agora, quando a gente está vivendo, é um turbilhão de emoções que a gente não consegue nem assimilar direito, entendeu? Só ficava com medo, que eu ficava preocupada e nem cogitei de cortar."

Quando questionada sobre o significado do diagnóstico de TEA, Beatriz associa a nomeação a uma explicação para comportamentos que anteriormente interpretava como "frescura", especialmente aqueles relacionados à seletividade alimentar. Em diversos momentos da entrevista, estabelece paralelos entre as experiências do filho e aspectos de sua própria história, relatando reconhecer em si características que observa em Mario:

> **Beatriz:** "Então, assim, por exemplo, ele não come. Ele come pouquíssimas coisas e, antes de ter esse diagnóstico do TEA, pra mim era frescura. Como comigo, muitas vezes eu me pego pensando. Eu digo: 'Meu Deus, na minha infância eu tinha tantas características semelhantes a Mario. Será que eu também tenho autismo e eu fui negligenciada?'. Porque, assim, tinha coisas que conseguia comer e eu sempre era tachada como fresca. 'Ah, essa menina é muito fresca.'
>
> Eu tenho, tipo, eu tenho várias situações que me ferem, em tipo, no convívio do dia a dia. Eu não consigo comer com talher se for cor diferente. E, assim, dentro desse mundo do TEA que fui conhecendo através de Mario, eu fui me enquadrando em muitas coisas, que eu disse: 'Meu Deus, na minha época era frescura, menina chata, isso e aquilo.' E eu vejo hoje com ele que tem a explicação do porquê, né? Que é rigidez cognitiva, é seletividade de alimentar, é TOD, é não sei o quê, é umas coisinhas assim… que eu… Meu Deus do céu! Só explicou e clareou a minha mente. Porque eu sabia que ele era diferente, mas o relatório e a explicação médica só explicaram pra mim que é por causa disso que ele é assim, entendeu?"

A partir do contato com informações sobre o autismo, a entrevistada passa a revisitar experiências de sua infância e adolescência, reinterpretando situações anteriormente compreendidas como traços de personalidade ou dificuldades individuais. Em sua narrativa, o diagnóstico aparece não apenas como uma explicação para os comportamentos do filho, mas também como um recurso para atribuir novos sentidos à própria trajetória.

> **Beatriz:** “Porque minha mãe já me afogou várias vezes, muito, em lavanderia, porque eu estava ou com frio, ou com fome, ou não queria comer o que ela oferecia, e ela muitas vezes me afogava. Ela batia porque estava com raiva de alguma coisa. Então, assim, eu acho que, mesmo que ela soubesse desse diagnóstico, ou alguma coisa do tipo, que eu acredito que talvez não teria mudado, porque eu aprendi a me ajustar, entendeu? Eu aprendi a me adaptar.
>
> Hoje eu consigo conversar com você sem chorar. Ainda tem um turbilhão, mas, assim, eu não conseguia fazer isso. Eu tinha que ensaiar pra poder conversar. Eu tinha que… eu fui me ajustando, me adaptando…”

Ao mesmo tempo em que relembra experiências dolorosas vividas em sua própria infância, Beatriz relata dificuldades na condução dos cuidados com Mario, especialmente em relação à alimentação. A participante narra que, uma vez ao dia, opta por, em suas palavras, “pegar a pulso” o filho para alimentá-lo. Ao comentar essa estratégia, afirma:

> **Beatriz:** “Ói, você pode morrer por outra coisa, mas de fome você não vai morrer não. Teve um pediatra que falou que está errado, é pra dar só o que ele quer comer. Não, não vou dar só o que ele quer comer não. Porque, na hora que estiver no hospital e por causa de nutrição, a culpa vai ser da mãe”.

Ao abordar sua vida profissional, a participante relata que o retorno ao trabalho após a licença-maternidade foi vivido com sofrimento. Segundo seu relato, ainda que considerasse um bom emprego, as demandas relacionadas aos cuidados de Mario tornavam difícil a permanência: “Não compensa eu ter dinheiro e não ter tempo, entendeu? E terceirizar a criação do meu filho”. Desse modo, passou a construir diferentes estratégias para gerar renda, realizando trabalhos informais, como faxinas, preparo de refeições e atividades em um salão de beleza. Relata, ainda, ter obtido apenas recentemente a concessão do BPC, após sucessivos indeferimentos.

Ao final da entrevista, destaca a importância do acolhimento encontrado no CER II/CIRAS, tanto por meio dos profissionais responsáveis pelo acompanhamento de Mario por abrirem espaço para que ela converse “sobre sua vida” quanto pela convivência com outras mães que frequentam o serviço. Conforme seu relato, essa convivência no Centro permite dividir com outras mães estratégias de cuidado consigo mesmas:

> **Beatriz:** “Eu percebo assim que eu negligenciei, eu fiquei só mãe, entendeu? Parei de ser mulher. Eu parei de ser Beatriz por um tempo [...] E com o

> convívio com as meninas aqui eu comecei a olhar mais o que eu vou comendo, prestar atenção mais em mim…".

A entrevista de Beatriz revela uma trajetória atravessada pela busca de compreensão acerca das dificuldades apresentadas por Mario e pelos rearranjos produzidos em sua vida familiar, profissional e cotidiana. Ao longo de sua narrativa, destacam-se temas como a responsabilização materna, as transformações na vida profissional em decorrência das exigências do cuidado, a busca por reconhecimento institucional das demandas do filho e a importância das redes de apoio construídas no interior do serviço. Nesse contexto, a participante emociona-se em grande parte da entrevista ao rememorar dificuldades vividas durante a infância e, principalmente, ao narrar os desafios e a sobrecarga que acompanham sua experiência de maternidade. Tais elementos compõem o contexto a partir do qual atribui sentidos ao percurso de nomeação diagnóstica do filho.

5.2.3 Entrevista 3

Em sequência, foram entrevistados a mãe (Carla) e o pai (Daniel) de Yuri, criança de quatro anos diagnosticada com Transtorno do Espectro Autista. Diferentemente dos participantes apresentados anteriormente, a família encontrava-se vinculada ao serviço há menos de seis meses. Além disso, os dois responsáveis optaram por participar conjuntamente da entrevista, o que conferiu à conversa uma dinâmica marcada pela construção compartilhada da narrativa.

Ao reconstruírem o percurso até a obtenção do diagnóstico, o pai inicia o relato a partir da comparação entre o desenvolvimento do filho mais velho (Renam) e o de Yuri. A entrevista é caracterizada por um diálogo constante entre ambos os participantes, que complementam mutuamente suas lembranças e percepções acerca da trajetória do filho. Segundo relatam, desde os primeiros anos de vida alguns comportamentos chamaram atenção. O desenvolvimento motor ocorria de forma distinta daquela observada em Renam, especialmente em relação ao engatinhar e à marcha. Além disso, a ausência de fala passou a produzir preocupação crescente. Inicialmente, os pais relatam ter recebido explicações de que "cada criança tem seu tempo", o que os levou a aguardar o desenvolvimento da linguagem.

A mãe relata que, naquele momento, desconhecia o que era o autismo. Diante da ausência de fala, formulava outras hipóteses para compreender a situação do filho:

Carla: “Será que ele é mudo? Será que ele não escuta?”.

Ao mesmo tempo, pessoas que conviviam com a família passaram a questionar se a criança seria autista. Os pais descrevem esse período como um momento em que percebiam diferenças no comportamento da criança, embora ainda não dispusessem de uma explicação para elas. A entrevistada descreve Yuri como uma criança que depende dos pais para a realização de diversas atividades cotidianas. Segundo seu relato, ele não solicita água, comida ou o uso do banheiro, não aponta para objetos e apresenta dificuldades na comunicação, expressando suas necessidades por meio da condução da mão dos pais até determinados locais, cabendo a eles interpretar o que deseja comunicar. Os participantes narram que, quando não conseguem compreender aquilo que o filho pretende expressar, são frequentes episódios de crises intensas de choro.

A busca por uma avaliação médica ocorreu por iniciativa da família, através de consulta particular com uma neuropediatra. Segundo relatam, já na primeira consulta receberam o diagnóstico de TEA nível 3 de suporte:

> **Carla:** Enfim, ela (a neuropediatra) só disse que era TEA. Que, assim que viu ele na entrada, já quando ele passou, na cabeça dela ela já tinha o diagnóstico, entendeu? Por conta do comportamento dele. Ela já sabia. E lá ela fez mais alguns testes, algumas coisas. Disse que ele ouvia direitinho e tudo, mas ele não interagiu em nada com ela, entendeu? Aí ela fez o diagnóstico e passou as terapias e o encaminhamento pra o BPC do INSS. Não foi?
>
> **Daniel:** Foi.
>
> **Carla:** E a gente boiando ainda.
>
> **Daniel:** Ela orientou a gente como é que a gente fazia pra dar entrada ao benefício dele.
>
> **Carla:** Eu… eu saí de lá meio que assim. Esqueci o… o que ela disse… porque na minha cabeça eu só escutava ela dizendo: ‘autismo… autismo… autismo…’ (dá uma risada desconfortável) E o resto eu não escutei mais nada. Não, nem lembro….

Embora o diagnóstico tenha sido obtido rapidamente, os entrevistados relatam que o acesso às terapias ocorreu apenas um ano e oito meses depois, período em que permaneceram aguardando vaga no serviço. Nesse período, afirmam ter recorrido principalmente à internet em busca de informações e orientações sobre o autismo, uma vez que permaneceram sem

elucidações acerca do significado do transtorno atribuído e de como agir frente aos comportamentos da criança. Desse modo, os participantes afirmam que buscaram respostas no "professor Google".

Ao abordarem esse momento de confirmação diagnóstica, ambos relatam que a notícia foi recebida com tristeza. Carla afirma que compreendia o autismo como uma doença e desconhecia suas características. Posteriormente, passou a buscar informações por conta própria, acompanhando conteúdos produzidos por profissionais e por outras "mães de autista" nas redes sociais. Daniel, por sua vez, relaciona os sentimentos mobilizados naquele momento às apreensões construídas a partir de sua própria história infantil:

> **Daniel:** Ah, eu achei que, sei lá, era doido, entendeu? Não falando assim no, no, no, perjúrio, assim. Porque a pessoa, quando fala doido, diz: 'Ah doido, né?'
>
> **Carla:** Ah, porque você achou que era um problema mental, né?
>
> **Daniel:** É, um problema mental, entendeu? Assim, que aí a pessoa ói o doidinho. Que antigamente não existia. 'Ói o doidinho da rua'.
>
> **Carla:** É. Quando não existia…
>
> **Daniel:** E quando eu era criança, tinha um senhor lá do bairro de onde eu moro e o nome dele era Lua Cheia… o apelido dele era Lua Cheia… aí ele só andava com a mão nas calça e coçando a cabeça, e passava reclamando da vida… aí ele ganhou o termo de doidinho. Aí a gente pode ver o quê? Que naquela época, né, já o autismo já existia, a gente não sabia, né?
>
> **Carla:** E rotulava todo mundo de doido.
>
> **Daniel:** E rotulava todo mundo de doido!
>
> **Carla:** É.
>
> **Carla:** Acho que ele pensou que era isso. (risos)
>
> **Daniel:** Aí, quando ouvi ela falando… não sei o que é autismo. Aí eu: pronto, meu filho é doido. A mulher está chamando de doido de uma maneira mais bonitinha. Mas não criticando, entendeu? É só…
>
> **Carla:** É, e eu também achei que era uma doença… é uma doença mental também.

Ao falarem sobre o cotidiano de Yuri, os pais destacam interesses relacionados a letras, números, animais e enfileirar objetos. Relatam que optaram por não inserir a criança na escola até o momento da entrevista em razão de preocupações com sua segurança,

especialmente diante das dificuldades de interação social e da possibilidade de crises quando outras crianças interferem em suas brincadeiras. Nesse cenário, Carla relata não exercer atividade remunerada desde o nascimento do filho mais novo, não tendo retornado ao trabalho após a licença-maternidade. Segundo a participante, essa decisão relaciona-se tanto às exigências de cuidado dirigidas a Yuri quanto ao receio de perder o Benefício de Prestação Continuada caso retornasse ao mercado de trabalho.

Em torno de suas preocupações, os participantes relatam questões relacionadas ao futuro da criança. Surgem questionamentos acerca da forma como Yuri será tratado socialmente, das possibilidades de preconceitos e de dependência funcional ao longo da vida em função da ausência dos pais futuramente. A mãe expressa essa preocupação ao afirmar que o filho será "uma criança autista, um adolescente autista, um adulto autista e um velho autista", demonstrando compreender o diagnóstico como condição permanente.

Nesse contexto, emergem na entrevista expectativas em torno dos atendimentos terapêuticos recém-iniciados. Os participantes relatam depositar grande esperança no acompanhamento oferecido pelo serviço, sobretudo a partir das experiências compartilhadas por outras famílias atendidas no CER II. Entre as expectativas mais recorrentes, destacam-se a ampliação da autonomia de Yuri, sobretudo no campo da comunicação, e o acesso a orientações profissionais que auxiliem os pais no manejo dos comportamentos da criança:

> **Daniel:** E a gente estava ansioso de sair logo essas terapia dele. Porque o pouco muito que a gente sabe é o que a gente pesquisa na internet. Então, a gente querendo ou não, nós precisamos dos profissionais qualificado, né? Pra passar as orientação. Que nem os dois que trabalha com ele nesse momento. Quando termina a terapia, eles vêm e diz: "Oh, eu já trabalhei assim com ele. Daí você procure fazer em casa, dessa forma." Que nem a TO. A TO está trabalhando com ele negócio de textura, de toque. Aí ela disse: "Oh, compra aquela massinha, aquele negócio mole."

Outro tema que ganha destaque é a relação entre Yuri e seu irmão mais velho. Os pais relatam que Renam demonstra sofrimento diante das dificuldades de interação com o irmão, expressando o desejo de compartilhar brincadeiras e atividades que não encontram reciprocidade. Segundo a mãe, em determinado momento o filho chegou a dizer que gostaria de ter "um irmão que não tivesse autismo", situação descrita como dolorosa para a família. Ao mesmo tempo, ambos ressaltam que Renam compreende as explicações oferecidas sobre

o diagnóstico do irmão, ainda que continue vivenciando os efeitos dessa relação com certo sofrimento.

Aproximando-se do final da entrevista, os participantes retomam as indagações realizadas pela neuropediatra sobre complicações no parto e antecedentes familiares, articulando, a partir de pesquisas na internet, uma compreensão própria sobre a etiologia do TEA:

> **Daniel:** A neuro, na época, quando a gente foi fazer, né? Ela perguntou como foi o parto dele.
>
> **Carla:** Pra ver se tem alguma complicação… mas o autismo não tem nada…nada em relação a parto não, essas coisa. Tá no DNA!
>
> **Daniel:** Perguntou se a gente tinha parentes na nossa família que tem autismo. Ai eu disse: tem uma prima minha, a filha da minha prima é autista e também já frequentou aqui já. Mas aí ela já tem alta já, ela tá com sete anos, né?
>
> **Carla:** Não, que sete. Acho que deve ter uns dez já.
>
> **Daniel:** Tem dez anos já? Ela saiu daqui, ela tinha sete anos. Fora na família dela também.
>
> **Carla:** Eu tenho um sobrinho, um sobrinho autista. E fora uma sobrinha, sobrinha que é filha de uma irmã, e tem um sobrinho filho da outra irmã. Uma por parte de mãe e outra por parte de pai.
>
> **Entrevistadora**: E vocês entendem que tem a ver com isso?
>
> **Carla:** Sim, no gene da família. Alguma coisa assim deve ter, porque eu estava lendo também, né, no Google, que tem a ver. E geralmente vem da parte do pai. Não que seja uma regra, mas geralmente vem da parte do pai.
>
> **Daniel:** Agora é engraçado que pula uma geração. Se não, o mais velho era pra ter tido, né? Aí pulou ele e foi pro mais novo. Aí, digamos assim, se eu tiver outro? Aí não vai vim? E se tiver mais outro…
>
> **Carla:** Quero mais não. Tenho medo. De vim assim também… E se vier pior? Que a gente vê aqui, ó, que a gente vê cada criança que tem autismo e tem outro transtorno, assim, outra comorbidade…
>
> **Daniel:** A gente olha assim e diz: 'Meu Deus do céu'. Aí já é mais complicado. É como se você olhasse e você dissesse pra você mesmo:

> olha, aqui já tenho certeza que aqui não tem pra onde correr, entendeu? Aqui (olha pro filho), a gente ainda olha pra ele assim…
>
> **Carla:** E tem uma esperança
>
> **Daniel:** Tem uma esperança dele viver uma vida…
>
> **Carla:** Normal.
>
> **Daniel:** Normal! Com as limitações dele. Só que, como a gente olha as outras, que tem outras crianças aqui…
>
> **Carla:** Que olha assim, que vai precisar de ajuda pro resto da vida.

Em continuidade a esse diálogo, Carla comenta que, ao olhar para o filho, por vezes tem a impressão de que ele é uma criança "normal", referindo-se à dificuldade de reconhecer, em determinados momentos, os sinais associados ao diagnóstico. Em seguida, Daniel contrapõe essa percepção e procura exemplificar demonstrando as dificuldades de interação da criança chamando-a pelo nome. Para surpresa de ambos, Yuri imediatamente direciona o olhar para o pai. Diante da situação, Carla reage com espanto e risos, afirmando:

> **Carla:** “Depois que ele começou a fazer terapia, alguma mudancinha tamo vendo”, ao que o pai responde: “Por mais que tenha sido pouco ainda, né?”.

Ao final da entrevista, o pai retoma os diversos encaminhamentos e consultas realizados desde o início das preocupações com o desenvolvimento do filho. Ao mencionar uma avaliação psiquiátrica recente, Daniel relata que o profissional teria levantado a hipótese de outra condição associada, embora não soubesse precisar qual seria: “Ele acha que tem uma suspeita de alguma coisa. Ele está com suspeita”. Apesar disso, os pais reforçam que ainda não houve indicação de tratamento medicamentoso em qualquer momento. Em seguida, quase como um movimento de síntese do percurso reconstruído durante a conversa, afirma: “A gente resumiu tudo em quatro anos!”. A fala parece condensar a trajetória vivida pela família, marcada pela busca por explicações e pela construção progressiva de sentidos em torno da nomeação diagnóstica atribuída ao filho.

5.2.4 Entrevista 4

Nessa entrevista conhecemos Elisa, mãe de Wesley, criança de cinco anos diagnosticada com TEA há cerca de um ano e em acompanhamento no CER II/CIRAS há três meses. Ainda antes do início formal da entrevista, enquanto nos dirigíamos à sala

reservada para a conversa, Elisa já começava a falar sobre sua própria investigação diagnóstica, repetindo diversas vezes estar "sob investigação" e afirmando que "isso passou dela para o filho". Sua fala, ao longo de toda a entrevista, caracterizou-se pelo fluxo contínuo, com poucas pausas ou hesitações, marcada por certo desordenamento narrativo.

Ao reconstruir o percurso até o diagnóstico do filho, a entrevistada relata que foi a diretora da creche onde Wesley estudava, e onde ela mesma trabalhava como merendeira, quem inicialmente levantou a hipótese de autismo. De acordo com Elisa, por volta de um ano e seis meses de idade, a criança apresentava comportamentos considerados diferentes, como dificuldades para permanecer parado, repetição frequente de palavras, ausência de contato visual, sensibilidade a cheiros e barulhos, além de medos intensos. Apesar dessas observações e de ter recebido orientações para buscar avaliação especializada, afirma que resistiu inicialmente à hipótese diagnóstica.

Segundo seu relato, sua dificuldade inicial em considerar a demanda apresentada pela diretora esteve presente desde os primeiros encaminhamentos. A profissional insistia para que Wesleu fosse submetido a uma avaliação médica e chegou a formalizar essa solicitação por escrito. Mesmo diante de um saber que reconhecia como especializado – "Como lá ela já estava na escola há um tempo de diretora ela já sabia, né? Que a criança que tinha e que não tinha." – a participante demonstrava resistência em considerar a hipótese diagnóstica. Em alguns momentos, justificava sua recusa afirmando que "não dava ligança", em outros, sustentava a crença de que o filho "não tinha nada". Em determinado momento da entrevista, contudo, admite que também havia o receio de confirmar algo que preferia não enfrentar: "Eu tinha medo de levar e ser uma coisa a mais...".

Após uma demissão inesperada, Elisa decidiu marcar uma consulta pediátrica para o filho. Durante o atendimento, a pediatra reforçou a necessidade de encaminhamento para avaliação neuropediátrica ou psiquiátrica. Ainda assim, quando a consulta especializada foi disponibilizada pelo sistema público de saúde, a participante optou por não comparecer. Posteriormente, ao retomar esse episódio, associa sua ausência a uma "crise" que teria culminado em um aumento repentino da pressão arterial:

> **Elisa:** "No dia que eu fui levar ele pra primeira consulta, deu do nada a pressão [...] eu não sou hipertensa, aí do nada deu isso".

A busca por atendimento especializado ocorreu posteriormente, após insistência do pai de Wesley. O fechamento do diagnóstico ocorreu algum tempo depois, durante consulta com uma neurologista que, segundo a entrevistada, reconheceu rapidamente as

características apresentadas pela criança. Além do TEA, Wesley recebeu posteriormente o diagnóstico de Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade, formulado ao longo do acompanhamento psicológico e psiquiátrico. A respeito da formalização dessas classificações, a mãe afirma:

> **Elisa**: "Mas ele é muito inteligente. É, ele aprende tudo rápido, é. Ele está com TDAH, que eu nem sabia que tinha… Foi o psiquiatra daqui que me disse. Quer dizer, foi uma psicóloga particular que eu estava indo até liberar aqui. Eu estava indo pra ela e ela me deu um laudo. Ela me disse: 'Você já percebeu, mãe, que ele está com TDAH também? E a senhora também parece que tem!'
>
> Ela falou comigo... Só que eu não dei bola, né? Aí o psiquiatra daqui me deu (um encaminhamento para avaliação psiquiátrica e psicológica a ser realizada na unidade básica de saúde) e ele mesmo colocou na lista de espera pra fazer terapia com a psicóloga daqui. Aí ele já passou a medicação pra tratar, porque ele disse que está muito alterado o TDAH dele… É, ele está, né, filha? Daqui a pouco ele se irrita, aí quebra as coisa, quer quebrar, está entendendo? Agora está dando uma melhoradinha por causa das terapias. Está ajudando muito com Dr, tá? E começou com TO (terapia ocupacional), que melhorou bastante. Aí pronto. Depois que o médico de saúde da família, que é um médico que já trabalha lá desde a minha infância, ele me disse 'Olhe ela está com TDAH e o TDAH dela', comigo, 'está muito elevado e o 'generes' dela desenvolveu no menino'.
>
> Porque eu nem sei de onde veio, né? Diz que é genética também, né? Inclusive, filhos de prima minha tá saindo também assim, com o mesmo diagnóstico do meu. Aí ele mandou procurar um neuro, e o psiquiatra daqui disse que é pra mim também procurar um psiquiatra, pra fazer começar a fazer. Aí eu estou atrás aí já. Vê se eu consigo, né? Pra melhorar também, né, o comportamento, né?"

Ao longo da entrevista, a participante destaca a importância atribuída ao diagnóstico. Diferentemente do período anterior, marcado por dúvidas e resistência, afirma que a confirmação do TEA possibilitou compreender melhor as necessidades do filho e reconhecer a importância dos acompanhamentos terapêuticos. A mãe relata perceber mudanças

positivas desde o início dos atendimentos, enfatizando que sua atual preocupação diz respeito apenas aos medos que percebe em seu filho:

> **Elisa:** Eu só queria, assim, que ele perdesse mais o medo das coisas. Que ele tem medo do filme de terror, de desenho, coisa assustada. Ele tem medo ainda sabe? Do escuro [...] Ele só vai se entrosar com aquela criança se ele já tiver conhecimento com ela. Se ele não tiver, ele não vai ficar perto daquela criança, que ele acha que aquela criança vai bater nele, vai morder ele, está entendendo? Ele não fica perto dela. Ele já cria aquele momento sem acontecer. É que nem eu… estou assim. Eu já sofro por aquilo antes de acontecer. Aí na onde vem as coisa na mente.

A partir desse momento, retoma-se o aspecto que ganha grande destaque ao longo da entrevista: o próprio processo de adoecimento vivido pela mãe. A participante relata que, durante o percurso diagnóstico do filho, passou a apresentar crises de ansiedade e episódios de pânico, descrevendo episódios marcados por sensação de sufocamento, medo intenso, tremores, necessidade frequente de atendimento médico e dificuldades para permanecer em espaços públicos. Relata ainda sentimentos de vigilância constante, receio de julgamentos por parte de outras pessoas, desejo de isolamento social e perda do interesse por atividades que costumavam lhe interessar. Nesse contexto, informa estar em uso de medicações que nunca havia utilizado anteriormente e reforça, em diversos momentos da entrevista, encontrar-se em processo de investigação diagnóstica para TDAH.

Ao refletir sobre esse sofrimento, Elisa associa parte significativa de suas dificuldades às preocupações relacionadas ao filho e às exigências permanentes de cuidado. Afirma compreender-se como a principal referência afetiva e prática na vida de Wesley, assumindo praticamente sozinha as responsabilidades ligadas ao seu cotidiano. Segundo seu relato, a ausência de pessoas disponíveis para assumir os cuidados de Wesley limita suas possibilidades de trabalho e lazer. Dentro desse contexto, ela associa repetidamente seu sofrimento ao processo de nomeação diagnóstica:

> **Elisa**: “Aí pronto. Aí depois desses negócio de TDAH que eu fiquei mais, entendeu? Eu sou assim, não tenho paciência mais de esperar nada. Se estou no ponto de ônibus, quero que ônibus passe logo. Eu não tenho mais paciência com nada na minha vida a não ser com ele. Que eu vejo que não tem jeito [...] É como se assim, a pessoa perdesse a vontade de viver, né?

> Como deve se viver na vida, né? Um tempo pra isso, um tempo pra aquilo… é só minha paciência mais agora só com ele."

A participante segue em um relato extenso acerca de seu sofrimento, mencionando também ter recebido diagnóstico de fibromialgia. Ao narrar esse período, descreve sucessivas idas ao hospital e sentimentos de medo e insegurança:

> **Elisa**: "Eu fiquei de chegar um momento que o médico fez uma oração em mim. Quando eu estava no hospital estava bem. Eu chegava lá diminuía mais, mas na primeira vez não cheguei bem não. Quando voltava pra casa, medo de ficar em casa sozinha eu tinha. Meu marido ia trabalhar, na mesma hora eu ligava pra ele: 'vem embora eu estou com medo de ficar só', porque as crianças estava na escola. Uma sensação ruim, é como se no mundo só tivesse eu, tanto de dia como de noite."

Ao final da entrevista, Elisa retoma reflexões sobre as possíveis origens do autismo, mencionando a presença de outros casos diagnosticados em sua família. Em sequência, passa a falar sobre seu antigo trabalho e o processo de demissão. Relata que o filho permanece matriculado na mesma instituição em que trabalhava e afirma que, por meio desse contato, costuma ouvir comentários de que a alimentação oferecida já não seria tão apreciada quanto na época em que era preparada por ela. Destaca que gostava do trabalho que realizava e, ao ser questionada sobre os motivos de sua demissão, responde: "Eu não sei. Eu sonhei, acredita? E aconteceu igualzinho o sonho. Deus me revelou em sonho."

Apesar de a entrevistada ter falado de forma praticamente ininterrupta durante toda a conversa, a entrevista foi relativamente breve, sendo encerrada quando uma terapeuta chegou acompanhada de W e solicitou sua assinatura na folha de frequência do atendimento. Embora tenha afirmado que "se a gente ficar aqui vai ter assunto o dia todo", a interrupção pareceu produzir um efeito de fechamento da narrativa, como se, naquele momento, tivesse esgotado aquilo que desejava compartilhar.

As narrativas apresentadas evidenciam que os processos de nomeação diagnóstica ultrapassam o âmbito estritamente clínico, incidindo sobre as formas de compreender a infância e de organizar o cotidiano familiar. Ao longo das entrevistas, observou-se que os diagnósticos de TEA e TDAH assumem um papel central nas trajetórias das crianças e de suas famílias, orientando percursos de cuidado, reorganizando rotinas e mediando o acesso a serviços e benefícios.

5.3 Discussão

A análise do material empírico foi organizada em dois eixos que, embora apresentados separadamente, articulam-se continuamente ao longo das entrevistas. Tal divisão não decorre da existência de fenômenos distintos, mas da necessidade analítica de acompanhar dois momentos que se repetiram nas narrativas dos participantes. O primeiro dedica-se à constituição da demanda, investigando de que modo a busca pelo diagnóstico emerge na história das crianças e de seus responsáveis. Já o segundo volta-se aos sentidos atribuídos ao diagnóstico a partir do momento em que essa nomeação é respaldada pelo saber do especialista, procurando apreender os efeitos que ela produz na forma como a criança passa a ser significada, bem como na experiência de cuidado construída pelos responsáveis.

Essa organização em eixos decorre da própria escuta do material. Nas entrevistas, observei que a emergência de uma demanda em torno da criança permite interrogar, antes de tudo, o olhar daquele que a acompanha cotidianamente. Em outras palavras, quando uma criança é apresentada como portadora de um problema, torna-se possível examinar de que modo esse sofrimento é inicialmente significado pela família, pela escola ou pelos profissionais. Entretanto, uma vez produzida a nomeação diagnóstica, um novo movimento passa a operar. A questão já não diz respeito apenas ao que motivou a busca por respostas, mas ao modo como essa resposta reorganiza os sentidos atribuídos à criança e à própria experiência familiar. Nesse percurso, emerge uma indagação que atravessa toda a análise: quando um diagnóstico se impõe, continua-se olhando para a criança ou passa-se a olhar, sobretudo, para a nomeação que lhe foi atribuída?

5.3.1 Eixo 1 - Demanda imposta

A constituição de uma demanda emerge a partir de um olhar que interroga e significa determinado comportamento. Sabe-se que, no caso das crianças, as queixas que chegam à clínica ou às instituições raramente provêm delas próprias, mas, sobretudo, dos cuidadores ou daqueles que as circundam, como escolas e creches. Espera-se, conforme a normativa que estrutura as funções familiares - em especial a função materna -, que o olhar da família interpele determinado comportamento da criança, atribuindo-lhe um sentido e, a partir disso, produza uma demanda à qual esse sujeito se vê subordinado. No entanto, há uma demanda social que permeia o contexto da infância para além do contexto parental.

As questões que mobilizam este eixo dizem respeito a como o diagnóstico referido surgiu na história da criança e de sua família. Compreendo que a relevância dessa indagação reside em analisar se a demanda por uma nomeação diagnóstica advém da família e/ou dos cuidadores da criança, permitindo refletir se a necessidade dessa nomeação se circunscreve ao âmbito familiar ou às instituições que os cercam.

Na entrevista com Ana, referente a duas crianças acompanhadas pela mesma responsável, observei que a demanda em torno da nomeação diagnóstica não parece partir da família nem dos terapeutas que acompanhavam cotidianamente uma das crianças, mas surge como uma imposição institucional cuja justificativa Ana demonstra não compreender:

> **Ana**: "Desse dele eu não sei não. Eu não sei, eu não sei entender não, porque nos laudo dele desde quando ele nasceu que eu levei pro INSS era síndrome de Down; agora a neuropediatra que atendeu ele aqui foi que encaixou o de autismo e disse que ele também tem autismo 'mó do' o jeito né?".

Essa entrevista é marcada pela ausência de uma demanda diagnóstica formulada pela família. No caso de Felipe, os comportamentos observados eram compreendidos e significados a partir da nomeação de Síndrome de Down, diagnóstico estabelecido desde o nascimento. Desde os primeiros anos de vida, a criança foi submetida aos acompanhamentos e intervenções considerados necessários, sendo que apenas após aproximadamente cinco anos de vínculo com a instituição uma nova categoria diagnóstica foi introduzida. Compreendo que tal acontecimento parece produzir na responsável uma experiência de estranhamento e de ausência de sentido: "Do síndrome de Down ele já nasceu, ele já saiu já com esse diagnóstico. Por que o de autismo só vinha descobrir agora? É isso que eu quero entender!".

Contudo, diferentemente de produzir um fechamento, parece que se inaugura uma interrogação para Ana. O que se evidencia não é simplesmente uma resistência ao diagnóstico, mas a irrupção de um significante que não encontra lugar na narrativa já construída sobre a criança. Durante anos, os comportamentos de Felipe encontravam uma significação possível a partir do diagnóstico de Síndrome de Down. A introdução de uma nova categoria diagnóstica produz uma ruptura nessa organização de sentido, recolocando a responsável diante de um não saber. Ao acompanhar essa narrativa, identifiquei uma tentativa de reinscrever esse novo significante em uma história que, até então, parecia relativamente estabilizada. A nomeação diagnóstica do autismo introduz uma

descontinuidade na história construída sobre a criança, produzindo uma interrogação que permanece em aberto para a responsável. Nesse sentido, Ana parece formular um verdadeiro enigma dirigido ao médico e à própria entrevistadora: “[...] Quando ele (psiquiatra) voltar eu vou perguntar! Vou perguntar porque só agora foi que botaram no laudo dele de autismo”.

Esse endereçamento produziu um efeito na própria escuta da entrevista. Diferentemente dos demais momentos, em que Ana narrava uma história já organizada, a pergunta sobre o diagnóstico de autismo irrompe como um ponto ainda não elaborado. Na posição de pesquisadora, emergiu um receio diante da possibilidade de que essa interrogação viesse a desestabilizar uma organização simbólica que parecia sustentar a relação de Ana com a história do filho. Ao longo de toda a entrevista, observei um discurso marcado por uma posição de aceitação – "tem que aceitar" – e pela construção de uma vida organizada em torno dos cuidados destinados à criança. Nesse contexto, a introdução de uma nova nomeação diagnóstica não apenas acrescenta um significante à história de F, mas faz vacilar uma narrativa que, até então, oferecia um modo possível de sustentar esse lugar materno

Sendo esta a primeira entrevista realizada, tal experiência também produziu efeitos na condução da própria pesquisa. O receio despertado por essa interrogação parece ter orientado a posição nas entrevistas subsequentes, favorecendo uma postura de maior disponibilidade para a escuta do que para a formulação de perguntas, sustentando o tempo de fala dos participantes e permitindo que os sentidos emergissem a partir de suas próprias narrativas.

Por sua vez, a construção da queixa em torno de Nayara surge em um contexto distinto. O relato de Ana aponta para preocupações relacionadas a uma situação de violência sexual e aos efeitos dessa experiência sobre o comportamento da criança. Nesse cenário, a demanda inicial não parece se dirigir à obtenção de uma nomeação diagnóstica vinculada aos transtornos do neurodesenvolvimento, mas à tentativa de compreender os efeitos de um possível trauma. Trata-se de uma demanda por escuta – da criança, da mãe-avó ou de ambas – atravessada por suspeitas e incertezas. Não por acaso, ao narrar o processo de investigação do abuso, Ana utiliza a mesma expressão para relatar sua posição diante da situação: “Pra eu fazer uma denúncia eu tenho que ter prova e eu sou a minha palavra só, estou com desconfiança, é só uma suspeita”.

Diante da tendência contemporânea de responder de forma rápida e objetiva aos impasses que atravessam a infância, a escuta frequentemente cede lugar à busca por significantes diagnósticos capazes de nomear e classificar os comportamentos infantis.

Entretanto, nesse caso específico, observa-se a coexistência de outra direção possível. Ao oferecer um lugar para a fala e para a circulação de sentidos, possibilita-se que a criança seja tomada não apenas como objeto de avaliação, mas como sujeito de uma história que pode ser narrada e escutada. Nesse caso, a melhora relatada por Ana, especialmente no que se refere à sociabilidade de Nayara, parece menos associada à aquisição de uma hipótese diagnóstica e mais à existência de um espaço em que sua experiência pôde encontrar escuta. Entretanto, esse espaço parece ter se tornado viável apenas a partir de uma investigação diagnóstica.

Já na entrevista 2, chamou minha atenção a insistência com que a participante retorna ao período de seis meses, tanto em referência à gravidez não identificada quanto à idade do filho quando os primeiros sinais considerados estranhos passaram a ser percebidos. A repetição desse marco temporal sugere um esforço de elaboração psíquica. Durante a gestação, a ausência de confirmação médica sobre a gravidez a confronta com a impossibilidade de atribuir sentido ao que sentia no corpo. Já nos seis meses após o nascimento de Mario, sua mãe parece retomar o mesmo ponto, porém, neste momento, a relação com o filho apresenta-se como enigma.

A recorrência de determinados episódios nas narrativas não parece decorrer apenas de sua relevância biográfica, mas da insistência de experiências que permanecem sem uma inscrição suficientemente concluída. Nessa perspectiva, a repetição pode ser compreendida, conforme propõe Freud (1920), como expressão da tentativa de atribuir sentido àquilo que excedeu a capacidade de simbolização no momento em que foi vivido. Seja na insistência em determinados acontecimentos, seja na retomada de momentos específicos da história da criança ou da própria trajetória familiar, percebe-se uma tentativa de circunscrever aquilo que escapa. No entanto, aquele que dirige uma questão à figura do especialista almeja uma resposta imediata. Quando a demanda parte da família, a lógica do imediatismo tende a obstruir a manifestação de uma livre associação, impedindo que os sujeitos possam falar sobre sua rotina, seus saberes, seus sonhos ou sobre seus filhos (Meira, 2003).

Sob essa perspectiva, observa-se que a pressa em obter uma resposta muitas vezes substitui o tempo de elaboração e de construção de sentido acerca do mal-estar infantil, reduzindo-o a uma nomeação que visa apaziguar a angústia parental e institucional diante do não saber. Assim, ainda que a demanda inicial não se organize em torno de uma classificação diagnóstica, a oferta de uma resposta produzida pelos discursos especializados tende a encontrar receptividade. Não por acaso, um elemento recorrente nas entrevistas foi

a busca por informações e orientações sobre como cuidar dessas crianças após a nomeação diagnóstica. Sobretudo entre os responsáveis que haviam ingressado recentemente no CER II/CIRAS, a demanda não se dirigia apenas à confirmação do diagnóstico, mas também à obtenção de respostas sobre como ser mãe, pai ou responsável de uma criança identificada como TEA ou TDAH. Nesse contexto, a receptividade ao discurso especializado parece relacionar-se não apenas à busca por explicações, mas também à expectativa de encontrar referências capazes de orientar o cotidiano familiar diante de uma experiência marcada pela incerteza.

De modo distinto do que observei na primeira entrevista, nas conversas subsequentes percebi que a presença de um espaço de escuta parece favorecer a emergência de interrogações dirigidas não apenas à criança, mas também ao próprio lugar ocupado pelos responsáveis em suas histórias. Na entrevista com Beatriz, por exemplo, a narrativa gradualmente se desloca da história do filho para acontecimentos de sua própria infância, produzindo um encadeamento associativo que ultrapassa a busca por uma explicação para os comportamentos de Mario. Ao falar sobre o filho, Beatriz passa também a interrogar seu lugar enquanto filha e, sobretudo, enquanto mãe.

Na entrevista 3, a possibilidade da classificação diagnóstica surge a partir de pessoas situadas ao redor da família. O relato do casal acerca da primeira consulta neuropediátrica evidencia o modo como a nomeação diagnóstica pode anteceder a própria escuta do sujeito. Seja em relação à criança – quando o diagnóstico não emerge da escuta de sua singularidade, mas de um olhar previamente orientado pelos critérios do transtorno, que parece reconhecer o autismo antes mesmo da fala da família –, seja em relação à mãe, que descreve o impacto produzido pela repetição da palavra “autismo” durante a consulta. Embora os responsáveis formulassem questões acerca dos comportamentos apresentados pela criança, tais inquietações não estavam organizadas em torno de uma demanda por classificação diagnóstica.

Na entrevista com Elisa, observei igualmente como a demanda diagnóstica é introduzida por um terceiro social, neste caso a escola. Chamou minha atenção o fato de que a instituição escolar ocupava um lugar privilegiado na vida da família, uma vez que a própria responsável trabalhava como merendeira no local. Inicialmente, a participante resiste à suspeita levantada pela diretora, sustentando um saber próprio acerca do filho e recusando a necessidade de qualquer investigação. A insistência nesse encaminhamento, entretanto,

associada à posterior validação do discurso médico, produz uma inflexão importante, conferindo àquela nomeação um estatuto de verdade.

A partir deste momento, a hesitação parece ceder lugar para um processo de identificação com a nomeação diagnóstica, reorganizando tanto a compreensão que tem da criança quanto a de si mesma a partir das classificações que lhe são apresentadas. Se, antes, não identificava qualquer adversidade no comportamento do filho, agora passa a admitir não apenas a necessidade de mudança por parte dele, mas também a necessidade de modificar a própria conduta: "[...] O psiquiatra daqui disse que é pra mim também procurar um psiquiatra pra fazer começar a fazer. Aí eu estou atrás já. Vê se eu consigo, né? Pra melhorar também o comportamento, né?" Parece que se forma uma espécie de conjunção entre filho–diagnóstico–mãe, na qual a nomeação passa a funcionar como eixo organizador da compreensão de ambos.

Nesse contexto, o medo é o que se manifesta diante da possibilidade de um diagnóstico ou da entrada em um espaço de fala, como ocorre na psicoterapia, e é também aquilo que a mobiliza frente ao discurso do filho. É a partir desse afeto que ela passa a localizar uma demanda na criança e, posteriormente, em si mesma. Quando uma criança chega à clínica psicanalítica, o trabalho, por vezes, consiste em possibilitar a passagem de um pedido de ajustamento da criança ao meio em direção à emergência de uma demanda de tratamento. Isso implica deslocar uma queixa inicialmente centrada na criança para a construção de um espaço em que seja possível interrogar o sofrimento em jogo e a posição que cada um ocupa nessa dinâmica. Nesse momento inicial, nem sempre é possível discernir qual é a criança que sofre – se aquela que se apresenta na cena clínica ou a criança implicada na constituição do infantil dos pais, uma vez que um filho pode ocupar um lugar privilegiado na mobilização de vivências infantis, identificações e conflitos inconscientes dos pais (Silva, 2003). Nesse sentido, o sofrimento atribuído à criança também convoca algo da história daqueles que dela cuidam.

Entretanto, o que se observa é que esse sofrimento é rapidamente capturado pelo discurso classificatório. A dimensão subjetiva presente em suas narrativas, marcada por angústias, dúvidas, perdas e transformações em sua vida cotidiana, tende a ser traduzida em categorias diagnósticas e intervenções medicamentosas. A demanda diagnóstica, embora inicialmente formulada por outros, é gradualmente incorporada ao discurso materno, tornando-se uma explicação privilegiada para os acontecimentos vividos pela família.

Ainda que se observe certa resistência ao diagnóstico em algumas das entrevistas, emerge de forma recorrente, ao longo de todas as conversas, outro aspecto dessa lógica: a receptividade das famílias às respostas oferecidas pelos especialistas. Embora a demanda por uma nomeação diagnóstica não se origine dos responsáveis, verifica-se a incorporação progressiva de um saber que se apresenta como capaz de orientar o exercício do cuidado. Nesse sentido, o diagnóstico parece oferecer um conjunto de coordenadas para o exercício da parentalidade. Diante do não saber que atravessa a experiência de cuidar de uma criança, a nomeação diagnóstica passa a funcionar como um saber suposto ao especialista, produzindo a expectativa de que ele possa indicar não apenas o que a criança tem, mas também, e possivelmente sobretudo, como os responsáveis devem cuidar, educar e se relacionar com ela.

Havia, ainda, a expectativa de que as demandas diagnósticas estivessem associadas, desde sua origem, à busca por direitos sociais, sobretudo ao acesso ao Benefício de Prestação Continuada (BPC/LOAS). Entretanto, os relatos apontam para uma dinâmica distinta. Em todas as entrevistas, a busca pelo diagnóstico esteve inicialmente relacionada a dúvidas e estranhamentos acerca do desenvolvimento e do comportamento da criança. A orientação para solicitação do benefício apareceu posteriormente, geralmente vinculada aos profissionais responsáveis pelo fechamento do diagnóstico, que indicavam os encaminhamentos necessários para obtenção do auxílio financeiro e para inserção da criança em outros dispositivos de cuidado.

Desse modo, compreendo que as demandas se constituem primeiramente em torno de um não saber sobre a criança – formulado tanto pelos familiares quanto por profissionais da educação e da saúde – e apenas posteriormente passam a se articular aos direitos sociais associados ao diagnóstico. Nesse contexto, o diagnóstico não emerge inicialmente como instrumento para obtenção de benefícios, mas como tentativa de responder ao enigma produzido por comportamentos considerados diferentes, preocupantes ou anormais. Somente após sua formalização é que ele passa a operar também como mediador do acesso a políticas públicas e benefícios assistenciais.

Sendo assim, o que destaco neste eixo não é apenas a centralidade assumida pela racionalidade diagnóstica na constituição das demandas dirigidas à infância, mas também os efeitos subjetivos produzidos por essa nomeação sobre aqueles que circundam a criança. Ainda que a demanda passe a se organizar em torno de uma classificação diagnóstica que tende a produzir um efeito totalizador, identifiquei que ela também é capaz de mobilizar

interrogações acerca dos próprios lugares ocupados pelos familiares em suas histórias, convocando-os a revisitar suas posições enquanto filhos, pais, mães ou responsáveis. Uma vez produzida, contudo, essa nomeação não opera de maneira homogênea. Cada família lhe atribui um sentido singular, produzindo diferentes efeitos sobre suas trajetórias e sobre a forma como passam a compreender a criança e a si mesmas. Dessa maneira, para apreender esses diferentes sentidos, torna-se necessário examinar, a seguir, o que o diagnóstico representa para cada uma dessas famílias.

5.3.2 Eixo 2 - O que se entende quando um laudo se fecha?

As nomeações diagnósticas se modificam com o decorrer do tempo, a depender do contexto ou do manual utilizado, assim como se observou com as próprias classificações da infância e da família na sociedade. Ao longo da entrevista, foram mencionados diversas classificações diagnósticas e expressões correlatas, tais como ansiedade, Transtorno do Espectro Autista, Síndrome de Down, Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade, Transtorno de Oposição Desafiante (TOD), transtorno bipolar, “problema de nervo” e fibromialgia. Ainda que parte destas designações não se referisse às crianças, a compreensão particular de cada sujeito merece destaque.

No decorrer das entrevistas, o termo ‘ansiedade’ foi mencionado como finalidade de um medicamento; o TOD foi descrito como uma característica do TEA; o ‘problema de nervo’ foi utilizado para se referir a alguém que faz uso de psicofármacos e apresenta confusão mental após perda trágica de um familiar; o transtorno bipolar, por sua vez, aparece como diagnóstico atribuído a um adulto considerado “saudável”, cujas reações agressivas seriam justificadas por meio do laudo; e a fibromialgia é entendida como uma “doença da mente” capaz de provocar dores no estômago e na cabeça. Nota-se que a descrição não é refletida com base nos manuais, seja o DSM ou a CID-11, uma vez que, utilizando como exemplo o TOD e a fibromialgia encontra-se, respectivamente: a definição enquanto diagnóstico independente inserido na categoria diagnóstica Transtornos Disruptivos, do Controle de Impulsos e da Conduta (American Psychiatric Association, 2014), já a fibromialgia é nomeada Dor Crônica Primária definida como dor generalizada multifatorial em pelo menos quatro das cinco regiões do corpo (Organização Mundial da Saúde, 2022). Compreendo, assim, que cada sujeito se apropria dessas nomeações de maneira singular, produzindo sentidos que não se restringem às definições técnicas.

Nesta pesquisa, busco apreender a relação entre a história de uma nomeação diagnóstica na infância e os seus efeitos. Assim como ocorre com as designações mencionadas anteriormente, as que compõem o eixo central deste trabalho também foram evocadas a partir de compreensões particulares. Reconhecer o significado que cada família atribui aos transtornos em questão torna-se, portanto, essencial. Diante disso, proponho discutir, neste eixo, como cada família compreende o diagnóstico atribuído às crianças.

Na entrevista com Beatriz, identifiquei que a participante atribui ao diagnóstico a função de explicar os comportamentos do filho que, até então, lhe causavam estranhamento. A classificação aparece como resposta; em dado momento da entrevista ela afirma: “Pronto, é no sentido de justificar o comportamento dele [...]. Justificar o porquê que ele para no tempo e fica pegando [...], mais justificativa do que é esse universo”. Desse modo, o diagnóstico surge como agente etiológico dos comportamentos, que passam a ser interpretados como manifestações patológicas. Contudo, simultaneamente, o diagnóstico permite um modelo de cuidado e compreensão de certos modos de ser e estar no mundo. Aquilo que antes era interpretado como “frescura” passa a ser compreendido como manifestação associada ao transtorno.

Nesse cenário, o diagnóstico não opera apenas como resposta para os comportamentos da criança, mas também como uma resposta para a própria angústia diante da maternidade, sobretudo ao oferecer uma explicação que parece aliviar a dúvida sobre sua implicação naquilo que acontecia com o filho. A pergunta parece orbitar em torno da possibilidade de que estivesse fazendo algo de errado. Ao localizar os comportamentos de Mario no campo do transtorno, a nomeação diagnóstica desloca essa responsabilidade, oferecendo uma resposta que, ao mesmo tempo em que organiza o enigma dirigido ao filho, produz efeitos sobre a maneira como a participante passa a significar sua própria posição materna.

Entretanto, chama atenção que, nesta e nas demais entrevistas, a incorporação do diagnóstico não implica necessariamente sua compreensão como doença. Ao contrário, observei um esforço recorrente de diferenciação entre essas categorias. Beatriz sintetiza essa questão ao afirmar: “Eu só não consigo assimilar que isso seja uma doença”. Uma formulação semelhante aparece na entrevista de Ana, ainda que relacionada inicialmente ao diagnóstico de Síndrome de Down de Felipe.

Ao recordar a consulta realizada logo após o nascimento do filho, relata que o especialista lhe apresentou informações sobre os acompanhamentos necessários, os

benefícios assistenciais disponíveis e algumas características clínicas associadas à síndrome. No entanto, o aspecto mais marcante desse encontro parece ter sido uma afirmação repetida diversas vezes ao longo da entrevista: "Seu filho não é doente, seu filho é especial". Essa afirmação parece produzir um efeito significativo para Ana, uma vez que é reiterada ao longo de toda a entrevista.

Já no momento em que procura explicar o que significa o TEA para as crianças envolvidas no contexto dessa família, o filho e a neta da participante, ela tenta responder recorrendo a uma experiência prévia. Recorda-se de uma criança diagnosticada em seu antigo ambiente de trabalho e estabelece aproximações entre determinados comportamentos observados naquela criança e aqueles apresentados por Felipe:

> **Ana**: "É o gestozinho de ficar assim com as mãozinhas, um gesto de ficar com as pernas, de dobrar as perna. [...]. Porque Felipe gosta de ficar no piso frio, deitado, gosta de cruzar as perna, bota as perna em todo canto, coisa de todo jeito, é assim, entende?. Aí existe que isso é o gesto do autismo. E também não gosta de zuada, de barulho, agitação. Tem que aceitar né? Não teve na família, mas agora apareceu né?"

Posteriormente, ao retomar a história do diagnóstico de Síndrome de Down, a participante volta a enfatizar que o filho "não é doente", recordando as explicações recebidas do especialista. Em sua narrativa, observei a retomada constante da nomeação inicial dirigida ao filho, ao mesmo tempo em que procura reinscrever o diagnóstico de autismo a partir das referências já disponíveis em sua história. Nesse contexto, o saber do especialista parece operar como elemento de apaziguamento para questões que atravessam a participante, especialmente aquelas relacionadas à culpa acerca de sua idade durante a gestação ou de possíveis fatores hereditários.

Diferentemente do que ocorreu com a Síndrome de Down, Ana não dispõe de uma explicação semelhante para compreender o autismo. As referências mobilizadas para produzir algum sentido sobre esse diagnóstico são constituídas, sobretudo, por experiências anteriores, observações comportamentais e comparações com outras crianças diagnosticadas. Embora autismo e Síndrome de Down remetam a classificações distintas, compreendo que a aproximação realizada por Ana evidencia uma questão que atravessa todas as entrevistas: uma tentativa de situar a nomeação diagnóstica em um lugar distinto daquele ocupado pela enfermidade. O significante TEA produz uma explicação, mas não elimina completamente o enigma.

Essa mesma lógica aparece na entrevista com Carla e Daniel. Segundo relatam, após uma consulta breve, sem elucidações acerca do significado do transtorno atribuído à criança e orientados apenas quanto aos procedimentos necessários para requerer o Benefício de Prestação Continuada (BPC), os entrevistados buscaram respostas por conta própria. Ao falar sobre esse momento, Daniel também procura localizar referências em experiências previamente conhecidas retomando a história de 'Lua Cheia', "o doidinho da rua".

Nesse movimento, emerge uma distinção importante entre as categorias de doença, loucura e transtorno. Ao recordar suas primeiras reações diante do diagnóstico, Carla afirma: "Na hora eu fiquei triste. Porque eu não entendia o que era, eu achava que era uma doença. E aí depois eu mesmo por conta própria fui pesquisar o que era e vi que não era uma doença em si, né? É um transtorno...". A fala da participante evidencia uma transformação produzida pelo próprio campo classificatório contemporâneo. A loucura evoca a condição de doença e enfermidade e os participantes afirmam em conjunto que o rótulo de 'doido' era atribuído pelo desconhecimento dos transtornos.

Nessa fronteira entre as categorias transtorno, loucura e doença, identifica-se uma linguagem que se tornou expressiva com a difusão cultural do DSM. Para Birman (1999), a partir do DSM IV, a dimensão etiológica da enfermidade é substituída por uma articulação de sintomas, deslocando o tratamento do sofrimento psíquico para centralizá-lo em torno da medicação. A loucura, situada no campo da doença, convoca o imprevisível; o transtorno, por sua vez, apresenta um aparente estatuto de controle a partir da nomeação e da medicação. A tensão entre as compreensões de normalidade, anormalidade, doença e saúde atravessa todas as entrevistas e evidencia que o diagnóstico de transtorno é capaz de operar como referência ao conhecido, ainda que envolto de incertezas.

Ao analisar os sentidos atribuídos às classificações diagnósticas, observa-se que a questão central não parece residir na apreensão dos critérios médicos que definem o TEA ou o TDAH, mas na tentativa de responder ao enigma produzido pela diferença percebida na criança. Em todas as entrevistas, o diagnóstico surge como oferta de sentido diante de algo que, até então, aparecia como estranho, inesperado ou difícil de nomear. Nesse processo, a classificação diagnóstica não opera apenas como categoria médica, mas como significante que passa a integrar a trama simbólica das famílias.

Observei, portanto, que não há simples assimilação do diagnóstico, mas um trabalho de elaboração por meio do qual cada família busca construir uma compreensão possível para aquilo que foi nomeado. Os participantes procuram inscrever essas nomeações em suas

próprias narrativas, articulando-as a experiências anteriores, histórias familiares, explicações construídas ao longo da vida e sentidos já produzidos acerca da criança. Se o diagnóstico se apresenta como resposta ao enigma da criança, as entrevistas revelam que tal resposta nunca se mostra definitiva. Algo do não saber permanece, sustentando novas perguntas e tentativas de elaboração.

No entanto, um elemento que se destaca nas entrevistas é a recorrente inscrição dos transtornos na dimensão genética. Diferentemente de outras explicações mobilizadas pelas famílias, essa referência parece possuir uma forte capacidade de produzir um fechamento de sentido. Enquanto em diversos momentos os entrevistados formulam perguntas sobre a origem do transtorno, retomam acontecimentos da gestação ou procuram estabelecer relações com experiências anteriores, a hipótese genética comparece como uma resposta que reduz a necessidade de novas interrogações. Essa lógica aparece especialmente nas duas famílias que haviam ingressado no CER II/CIRAS há menos de três meses.

Na entrevista com Carla e Daniel, por exemplo, a dimensão genética surge associada ao desejo e ao medo em torno da possibilidade de uma nova gestação. Ao narrarem a história de Yuri, relatam que esperavam uma menina e o pai prontamente afirma “Meu sonho é ser pai de menina”. Entretanto, quando passam a explicar o que compreendem acerca do transtorno, a questão genética emerge de forma imediata e parece produzir uma lógica sem abertura para outras possibilidades. Daniel pergunta: “[...] se eu tiver outro? Aí não vai vim?”, enquanto Carla afirma não desejar mais filhos em razão do receio de que uma nova criança também seja diagnosticada. O diagnóstico deixa de operar apenas como explicação para o filho já existente e passa a organizar antecipadamente o lugar de uma criança que sequer nasceu.

Em momento posterior, Daniel retoma essa preocupação ao afirmar: “É como se fosse uma pessoa adulta normal, chegou na sua fase idosa e já está naquela fase bem idosa mesmo, que precisa de cuidados, que não consegue fazer nada sozinho. Então aí o nosso medo de ter outro é isso, né?”. Chamou minha atenção que, nesse trecho, o pai parece dirigir sua fala menos à entrevistadora do que a si próprio, numa tentativa de justificar a renúncia a um desejo anteriormente enunciado. Diferentemente do que ocorria ao longo da entrevista, marcada por construções compartilhadas entre o casal, neste momento não há uma elaboração conjunta. Enquanto Daniel continua sua fala, cada vez mais em um tom ameno: “Um dia quem sabe… Eu queria ser pai de menina, eu queria ter essa experiência.”, Carla

não busca mais respondê-lo ou convocá-lo como no decorrer da entrevista. Voltando-se à pesquisadora, limita-se a dizer: “Diga ele pra adotar então!".

A causalidade genética parece adquirir um estatuto de certeza, oferecendo uma resposta para o passado e, simultaneamente, uma previsão para o futuro. Ao localizar a causa em uma herança biológica, o sujeito parece encontrar um ponto de estabilização para a angústia provocada pelo não saber. Entretanto, esse fechamento tem como contrapartida a restrição de outras possibilidades de significação, como se a história da criança e os impasses vividos pela família passassem a ser lidos prioritariamente a partir dessa chave explicativa.

Tal dinâmica aparece na entrevista de Elisa de maneira bastante evidente. Diferentemente das demais participantes, a associação entre transtorno e hereditariedade emerge antes mesmo do início formal da entrevista. Ainda no trajeto até a sala reservada para a conversa, Elisa já passa a falar sobre seu próprio diagnóstico. Quando a gravação é iniciada, sua primeira fala é: “É porque assim o médico de saúde da família já me deu o diagnóstico aí do TDAH sabe? Aí eu descobri, ele desenvolveu nele, no menino. Eu não posso nem ter outro filho mais. Porque se eu tiver corre o risco de sair assim também”.

Ao longo de toda a entrevista, a participante retorna repetidamente a essa explicação, estabelecendo uma continuidade entre seu diagnóstico, o do filho e o de outros membros da família. Em determinado momento afirma: “Inclusive filhos de prima minha tá saindo também assim com o mesmo diagnóstico do meu”. É possível identificar a constituição de uma espécie de narrativa familiar organizada em torno da hereditariedade, na qual os diagnósticos deixam de se referir exclusivamente ao sujeito e passam a compor o enredo dessa família.

Compreendo que, nessa entrevista, a identificação entre mãe e filho, mediada pelo diagnóstico, parece assumir um lugar central na organização do sofrimento da participante. Os sintomas atribuídos à criança parecem reverberar na própria história da participante. Ao longo da entrevista, observa-se que diversos elementos presentes em suas descrições sobre o filho também aparecem em suas narrativas sobre si mesma. O medo que atribui à criança diante da TV quando vê filmes e desenhos de terror encontra um paralelo em sua dificuldade de assistir programas televisivos que abordam temas como depressão e ansiedade, os quais, afirma, lhe provocam angústia. De modo semelhante, as dificuldades de socialização relatadas em relação ao filho guardam certa proximidade com sua própria dificuldade de sair de casa ou receber visitas. Também chama atenção que o receio da criança de permanecer sozinha encontra eco nos episódios em que Elisa relata telefonar para o marido pedindo que

retorne para casa porque não consegue permanecer sozinha. Em outro momento da entrevista, ao descrever que o filho “já cria aquele momento sem acontecer”, reconhece em si mesma uma similaridade ao afirmar que sofre antecipadamente por situações que ainda não ocorreram.

Entretanto, um acontecimento importante de sua história parece permanecer relativamente à margem dessa construção narrativa: sua demissão do trabalho. Chamou minha atenção o fato de que a sua iniciativa para atender à demanda de investigação diagnóstica do filho coincide temporalmente com a perda de seu emprego, evento ao qual ela retorna em diferentes momentos da entrevista. No entanto, diferentemente do que ocorre no decorrer da maior parte da entrevista, sua fala sobre o trabalho torna-se breve. A participante afirma que gostava do que fazia, que sente falta daquele cotidiano e que nunca compreendeu os motivos que levaram à sua demissão. Quando questionada, responde de forma sucinta e rapidamente desloca a narrativa para outros acontecimentos.

Ainda que esse movimento produza a impressão de que esse acontecimento não encontra um lugar privilegiado em sua história, tal assunto parece retornar em pequenas fissuras do relato. Após mencionar a saudade do trabalho, afirma não conseguir mais “se firmar” em nenhum outro emprego. Em seguida, encerra o assunto dizendo que sua demissão já havia sido revelada por Deus em sonho. Se, por um lado, o diagnóstico oferece uma narrativa relativamente estabilizada para explicar seu sofrimento e o do filho, por outro, a experiência da perda do trabalho parece permanecer marcada por um ponto de não elaboração, sobre o qual poucas associações são produzidas.

Nesse sentido, é possível pensar que a centralidade assumida pelo diagnóstico produz um efeito de captura de diferentes formas de mal-estar. A angústia, os medos, as dificuldades de socialização e mesmo as transformações ocorridas em sua vida após a demissão tendem a ser reinterpretados a partir da linguagem diagnóstica. Entretanto, alguns elementos, como a sua relação com o trabalho, insistem em escapar dessa lógica. Não por acaso, ao descrever seu sofrimento, Elisa recorre justamente a um simbolismo ligado à alimentação, atividade que constituía seu ofício: “Mas é um negócio que seca a sua fome. Você não consegue comer nada. Sua fome some de você, mesmo que você esteja com bastante fome”.

Outro aspecto da entrevista merece destaque: no momento em que o filho retorna à sala, Elisa parece mobilizar-se para concluir aquilo que ainda desejava dizer, insistindo, antes de encerrar a conversa, na necessidade de também encontrar um espaço para falar e "se tratar". Tal movimento parece indicar que, embora a identificação entre mãe, filho e

diagnóstico organize grande parte de sua narrativa, ela não a esgota. Se, ao longo da entrevista, o sofrimento materno aparece frequentemente articulado ao diagnóstico atribuído ao filho, a presença concreta da criança introduz um limite a essa identificação. A cena da entrevista se modifica, e parece marcar a permanência de um resto que não se confunde com o sofrimento do filho.

O que evidencio neste eixo é que o fechamento do laudo não produz um fechamento de sentido. Embora a nomeação diagnóstica ofereça uma resposta para parte das questões dirigidas ao comportamento infantil, ela é apropriada de maneiras distintas por cada família, assumindo funções singulares em suas histórias. Em alguns momentos, opera como justificativa para comportamentos antes incompreendidos; em outros, como possibilidade de afastar a ideia de doença, aliviar a culpa parental ou organizar uma narrativa em torno da hereditariedade. Entretanto, nenhuma dessas significações se apresenta como definitiva. Observa-se que algo da experiência insiste em escapar às classificações, reaparecendo nas dúvidas, nas repetições, nos medos e nas interrogações que atravessam as narrativas dos participantes.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Está dissertação partiu da inquietação produzida pela experiência profissional no Centro Especializado em Reabilitação II (CER II/CIRAS), onde a recorrência das demandas por diagnósticos de Transtorno do Espectro Autista e Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade suscitou uma questão fundamental: por que as famílias investem tamanho esforço para reconhecer suas crianças – e, frequentemente, a si próprias – na linguagem diagnóstica? Ao longo deste trabalho, busquei demonstrar que essa pergunta não poderia ser respondida apenas a partir da dimensão clínica dos transtornos, uma vez que os diagnósticos contemporâneos se articulam a processos históricos, políticos, institucionais e subjetivos que ultrapassam a classificação diagnóstica.

O percurso teórico permitiu demonstrar que as formas de compreender a infância, a família e o sofrimento infantil são historicamente produzidas. As categorias diagnósticas atualmente mobilizadas para nomear crianças não constituem descrições neutras e ateóricas, mas formas particulares de organizar a experiência, definir fronteiras entre o normal e o patológico, além de orientar práticas de cuidado. Assim, procurei demonstrar que as atuais classificações dos transtornos do neurodesenvolvimento não representam o ponto de chegada natural do conhecimento científico, mas uma configuração historicamente situada, produzida em meio a disputas epistemológicas e políticas.

Evidenciou-se, também, que os diagnósticos de TEA e TDAH passaram a ocupar um lugar privilegiado na organização das políticas públicas voltadas à infância na contemporaneidade. Ao mesmo tempo em que possibilitam o acesso a direitos, benefícios e serviços especializados, essas categorias tornam-se critérios de elegibilidade para diferentes políticas, fazendo com que, em muitos contextos, o reconhecimento institucional da criança dependa de sua inscrição em determinada classificação diagnóstica. Desse modo, o diagnóstico deixa de operar exclusivamente como instrumento clínico e de responder a demandas médico-terapêuticas para assumir funções administrativo-legais (Martinhago; Caponi, 2019), organizando percursos de cuidado e delimitando possibilidades de inserção nas redes de atenção.

Foi nesse cenário que a discussão acerca da medicalização da infância adquiriu centralidade. Procurei demonstrar que a ampliação das classificações diagnósticas não pode ser compreendida isoladamente, mas como parte de um processo mais amplo. Dentre inúmeros impactos da medicalização sobre diferentes esferas da vida, evidencia-se a

expansão da racionalidade biomédica. A crescente valorização de explicações neurobiológicas, associada à difusão dos discursos técnico-especializados, contribui para que diferentes dimensões da experiência infantil passem, progressivamente, a ser interpretadas pela linguagem biomédica, sustentada por uma racionalidade predominantemente neurobiológica que tende a privilegiar explicações centradas no cérebro, na genética e nos déficits individuais. Desse modo, comportamentos considerados desviantes, dificuldades escolares, conflitos familiares e diferentes formas de sofrimento são progressivamente interpretados por meio da linguagem dos transtornos. Tal movimento, entretanto, não elimina a complexidade da experiência humana, mas frequentemente a reduz a categorias descritivas centradas em déficits e disfunções.

Foi justamente a pesquisa empírica que permitiu tornar essa tensão particularmente evidente. Embora todas as entrevistas estivessem organizadas em torno de diagnósticos de TEA e/ou TDAH, as narrativas dos participantes ultrapassaram continuamente a linguagem classificatória. As entrevistas realizadas com os responsáveis pelas crianças acompanhadas no CER II/CIRAS ofereceram um espaço de fala que superava os protocolos de avaliação e consultas dos quais esses familiares estavam acostumados, mobilizando questões relacionadas à sobrecarga dos cuidados, às dificuldades econômicas, às exigências escolares, aos conflitos familiares, às experiências de culpa e medo, além de fazer emergir dilemas em torno de suas próprias experiências infantis. Tornou-se evidente, assim, que aquilo que inicialmente pode se apresentar como demanda diagnóstica frequentemente remete a experiências muito mais amplas, que encontravam no diagnóstico uma forma possível de organização e de significação.

Ao mesmo tempo, as entrevistas evidenciaram a tendência contemporânea de responder aos impasses da infância por meio da rápida atribuição de significantes diagnósticos. As histórias dessas famílias testemunham, assim, um dos modos pelos quais a medicalização da vida se materializa na contemporaneidade, convertendo comportamentos infantis em categorias diagnósticas. Entretanto, observa-se que essas nomeações assumem funções distintas na trajetória de cada família. Em alguns casos, constituem uma via de acesso ao cuidado e aos direitos; em outros, oferecem uma narrativa capaz de produzir certo apaziguamento diante da ausência de respostas para determinados sofrimentos. Há, ainda, situações em que passam a funcionar como referência privilegiada na organização das histórias familiares, produzindo identificações que atravessam diferentes gerações e modos de compreender a criança, a si mesmos e aos outros. Desse modo, os relatos evidenciam que

a nomeação diagnóstica não produz efeitos homogêneos, sendo apropriada de forma singular por cada sujeito e por cada família.

Nesse sentido, a pergunta que deu origem a esta pesquisa não permaneceu a mesma ao final do percurso. Se inicialmente buscava compreender por que as famílias recorrem às nomeações diagnósticas, a escuta realizada permitiu perceber que talvez a questão não reside apenas naquilo que leva alguém a buscar um diagnóstico, mas nas condições históricas e institucionais que fazem dele uma via privilegiada de reconhecimento e pertencimento social. Ao situar historicamente a constituição das classificações diagnósticas, observa-se que esse processo passou a configurar um modo contemporâneo de cuidado dirigido à infância. A identificação precoce de comportamentos considerados desviantes tornou-se uma estratégia privilegiada de intervenção, legitimada pelas instituições responsáveis pela gestão da infância, como a escola, os serviços de saúde, o discurso jurídico e, por consequência, a própria família.

Desse modo, a questão que orientou esse trabalho passou a consistir na investigação dos efeitos produzidos pela incorporação dessa racionalidade na organização do cuidado dirigido à infância. A partir da problematização da centralidade adquirida pelas categorias de TEA e TDAH nas formas contemporâneas de reconhecer os comportamentos considerados desviantes e de compreender o sofrimento psíquico infantil, bem como de organizar o acesso às políticas públicas direcionadas à família, sustento que os efeitos das nomeações diagnósticas não podem ser compreendidos apenas a partir das classificações em si, mas, sobretudo, dos sentidos que lhes são atribuídos. Mais do que verificar a validade ou a precisão dos diagnósticos, interessou compreender o lugar que essas nomeações passam a ocupar na organização da experiência familiar e institucional.

A escuta orientada pela psicanálise mostrou-se particularmente relevante nesse percurso, por possibilitar que o diagnóstico deixasse de ser tomado como ponto final da investigação para tornar-se um ponto de partida para interrogar aquilo que permanece irredutível à lógica classificatória. Isso não significa negar a importância dos diagnósticos ou desconsiderar os direitos conquistados por meio deles. Ao contrário, reconhece-se que essas classificações frequentemente possibilitam o acesso a tratamentos, benefícios sociais e políticas públicas fundamentais para muitas crianças e suas famílias. O problema reside quando o reconhecimento institucional depende da existência de um diagnóstico, restringindo o acesso ao cuidado àqueles que conseguem inscrever seu sofrimento nas categorias legitimadas pelos sistemas classificatórios. Nesses casos, o diagnóstico se desloca

de sua função clínica para assumir também uma função burocrática, tornando-se condição de acesso a direitos e serviços.

Dessa forma, considera-se fundamental que as políticas públicas voltadas à infância preservem os direitos já conquistados sem reduzir o acesso à lógica da classificação diagnóstica. Tal desafio implica construir práticas capazes de reconhecer a singularidade das experiências infantis e das condições concretas de vida que atravessam o desenvolvimento, escapando à individualização de questões cuja produção envolve processos sociais, históricos e institucionais, como ocorre, por exemplo, com o fracasso escolar.

Entretanto, as entrevistas também conduziram a uma questão que, embora não orientasse inicialmente esta investigação, impôs-se de maneira recorrente durante a escuta: a organização do cuidado em saúde. Durante a análise das entrevistas, observei que, em todas as entrevistas realizadas, a principal responsável pelo acompanhamento cotidiano da criança era uma mulher. Em sua maioria, tratava-se de mães que interromperam ou abandonaram suas trajetórias profissionais para dedicar-se integralmente às demandas produzidas pelo diagnóstico, assumindo a condução aos atendimentos terapêuticos, às consultas médicas, às mediações com a escola e aos diferentes roteiros institucionais que passaram a compor a rotina da criança. Nesse sentido, o processo de cuidado dirigido à infância parece operar também como mecanismo de reorganização das relações familiares, reforçando a concentração nas mulheres da responsabilidade pela administração da infância medicalizada. Tal constatação suscita novas questões acerca dos efeitos produzidos pelas políticas de cuidado não apenas sobre as crianças, mas também sobre aqueles que sustentam cotidianamente esse cuidado, indicando um campo que merece ser aprofundado em investigações futuras.

Reconhecem-se, evidentemente, os limites desta investigação. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, desenvolvida em um único serviço especializado, cuja intenção não foi produzir generalizações estatísticas, mas construir uma compreensão aprofundada dos sentidos produzidos em torno da experiência diagnóstica. Considerando o tensionamento desenvolvido ao longo da dissertação acerca da universalidade da infância e sua compreensão enquanto categoria social plural, atravessada por diferentes condições históricas, econômicas, culturais e simbólicas (Kuhlmann; Fernandes, 2012), entendo que a principal contribuição deste estudo reside na possibilidade de produzir reflexões sobre os sentidos atribuídos às nomeações diagnósticas em um território específico, marcado por condições de vulnerabilidade social.

Desse modo, permanecem questões que extrapolam os limites desta pesquisa. Considerando a extensão territorial brasileira e a multiplicidade de marcadores sociais que atravessam as experiências infantis, como classe, raça, gênero e contexto sociocultural; cabe indagar em que medida a centralidade assumida pelos diagnósticos de Transtorno do Espectro Autista e Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade expressa uma forma contemporânea de compreender a infância. A consolidação da categoria dos transtornos do neurodesenvolvimento, sustentada pelo modelo biomédico que localiza na genética e no cérebro a etiologia desses quadros e os concebe como condições crônicas ao longo da vida, parece deslocar progressivamente o olhar dirigido à criança para aquilo que ela deverá vir a ser. Nesse sentido, a infância passa a ser compreendida cada vez mais a partir do adulto projetado como seu futuro necessário, de modo que trajetória da criança precisa ser continuamente monitorada, corrigida e gerida em nome de determinados ideais de desenvolvimento e adaptação social.

Por fim, esta dissertação buscou sustentar que, embora os diagnósticos possam se estabelecer enquanto importantes instrumentos de organização clínica e de garantia de direitos, nenhuma classificação é capaz de esgotar a experiência de uma criança. Ao longo das entrevistas, tornou-se evidente que, ainda que a normativa diagnóstica tenda a homogeneizar os modos de compreender a infância por meio de categorias universais, seus efeitos não se restringem à criança, incidindo também sobre a organização familiar, os percursos de cuidado, as formas de reconhecimento institucional e os modos pelos quais os próprios familiares passam a narrar suas histórias e a compreender a si mesmos. Entretanto, mesmo compartilhando uma mesma linguagem diagnóstica e estando inseridas em um mesmo serviço de saúde, as famílias entrevistadas produziram narrativas marcadamente distintas.

O diagnóstico ocupava lugares diferentes em cada trajetória. Assim, embora a classificação produza efeitos normativos e ofereça uma gramática comum para nomear determinadas experiências, ela não é capaz de suprimir aquilo que cada sujeito e cada família constroem de modo singular diante dessa nomeação. Sempre resta algo que escapa às categorias, aos manuais e aos protocolos. É justamente nesse resto, que resiste à classificação e insiste em se apresentar na fala dos sujeitos, que se preserva a possibilidade de uma escuta comprometida com a singularidade e com uma concepção de infância que não se reduza às nomeações que sobre ela incidem. Ainda que os diagnósticos organizem políticas, direitos, práticas institucionais e clínicas, elas não esgotam a complexidade das crianças, de suas

famílias e das múltiplas formas pelas quais cada uma delas atribui sentido à própria experiência.

REFERÊNCIAS

ABRÃO, Jorge Luís Ferreira. Os primórdios da psiquiatra infantil e seus reflexos no Brasil. **Memorandum**: Memória e História em Psicologia, Belo horizonte, v. 37, 2020. Disponível em: https://periodicos.ufmg.br/index.php/memorandum/article/view/14698. Acesso em: 15 jul. 2026.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Rol de procedimentos e eventos em saúde 2021**. (Anexo II: Diretrizes de utilização para cobertura de procedimentos na saúde suplementar (RN 465/2021). Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/consumidor/o-que-seu-plano-deve-cobrir/Anexo_II_DUT_2021_RN_465.2021_TEA.AL.pdf. Acesso em: 15 jul. 2026.

AMARAL, Letícia Hummel; CAPONI, Sandra. Novas abordagens em psiquiatria no século XXI: a escola como lócus de prevenção e promoção em saúde mental. **Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação**, Araraquara, v. 15, n. 5, p. 2820-2836, dez. 2020. Disponível em: https://periodicos.fclar.unesp.br/iberoamericana/article/view/14560. Acesso em: 16 jul. 2026.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. 3. ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1980.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. 3. ed. rev. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1987.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-5**: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Porto Alegre: Artmed Editora, 2014.

ARIÈS, Philippe. **História social da criança e da família**. 2. ed. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos Editora, 1981. (v. 2).

AYDOS, Valéria. A (des) construção social do diagnóstico de autismo no contexto das políticas de cotas para pessoas com deficiência no mercado de trabalho. **Anuário Antropológico**, [*s. l.*], v. 44, n. 1, p. 93-116, 2019. Disponível em: https://journals.openedition.org/aa/3492. Acesso em: 16 jul. 2026.

AZEVEDO, Luciana Jaramillo Caruso de. Medicalização das infâncias: entre os cuidados e os medicamentos. Psicologia USP, v. 29, n. 3, p. 451-458, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/j/pusp/a/nTRBJ7nD3QnD6QHZ7SBkSgq/?lang=pt. Acesso em: 16 jul. 2026.

BEZERRA JR, Benilton. A psiquiatria contemporânea e seus desafios. *In*: ZORZANELLI, Rafaela; BEZERRA JR, Benilton; COSTA, Jurandir Freire (org.). **A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea**. Rio de Janeiro: Garamond, 2014. p. 9-31.

BIRMAN, Joel. A psicopatologia na pós-modernidade. As alquimias no mal-estar da atualidade. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 35-49, jan./mar. 1999. Disponível em:

https://www.scielo.br/j/rlpf/a/S3kLv5WNTwkqXG8Qc3fx3kN/?lang=pt. Acesso em: 16 jul. 2026.

BRASIL. **Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996**. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília, DF: Presidência da República, 1996. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9394.htm. Acesso em: 17 jul. 2026.

BRASIL. **Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012**. Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista; e altera o § 3º do art. 98 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990. Brasília, DF: Presidência da República, 2012. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12764.htm. Acesso em: 17 jul. 2026.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Comissão aprova política de proteção aos direitos das pessoas com TDAH. **Agência Câmara de Notícias**, Brasília, DF, jan. 2024. Disponível em: https://www.camara.leg.br/noticias/1030860-comissao-aprova-politica-de-protecao-aos-direitos-das-pessoas-com-tdah/#:~:text=Esse%20projeto%20de%20Lei%20foi,Parab%C3%A9ns. Acesso em: 17 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Dispõe sobre os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html. Acesso em: 7 jan. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012**. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html. Acesso em: 7 jan. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. O que é um CER e como funciona?. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-pessoa-com-deficiencia/faq/o-que-e-um-cer. Acesso em: 2 ago. 2026.

BRZOZOWSKI, Fabíola Stolf; CAPONI, Sandra Noemi Curcurullo de. Medicalização dos desvios de comportamento na infância: aspectos positivos e negativos. **Psicologia**: Ciência e Profissão, Brasília, DF, v. 33, n. 1, p. 208-221, 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/j/pcp/a/nsyXmyxCm5p5JFHzymj9tLm/?format=html&lang=pt. Acesso em: 20 jul. 2026.

CALIMAN, Luciana Vieira. Notas sobre a história oficial do transtorno do déficit de atenção/hiperatividade TDAH. **Psicologia**: Ciência e Profissão, Brasília, DF, v. 30, v. 1, p. 46-61, 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/j/pcp/a/K7H6cvLr349XXPXWsmsWJQq/abstract/?lang=pt. Acesso em: 20 jul. 2026.

CAPONI, Sandra. Biopolítica e medicalização dos anormais. **Physis**: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 529-549, 2009. Disponível em:

https://www.scielo.br/j/physis/a/xHyxtGjNn96bkkSJFbBxGCC/abstract/?lang=pt. Acesso em: 20 jul. 2026.

CARTA CAPITAL. Autismo e judicialização elevam o BPC e desafiam ‘pente-fino’ de Haddad. **Carta Capital**, [*s. l.*], jul. 2024. Disponível em: https://www.cartacapital.com.br/economia/autismo-e-judicializacao-elevam-bpc-e-desafiam-pente-fino-de-haddad/. Acesso em: 20 jul. 2026.

COELHO, Daniel; CUNHA, Eduardo Leal. Quatro condições para a pesquisa em psicanálise. Psicologia USP, v. 32, p. e190162, 2021. Disponível em: https://www.scielo.br/j/pusp/a/VWjG8NwkFCPKrXwfHHRw9TM/?lang=pt. Acesso em: 20 jul. 2026.

COSTA, Jurandir Freire. **História da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Garamond, 2011.

COUTO, Maria Cristina Ventura; DELGADO, Pedro Gabriel Goudinho. Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 17-40, jan./jun. 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/j/pc/a/RSQnbmxPbbjDDcKKTdWSm3s/?lang=pt. Acesso em: 20 jul. 2026.

CHRISTOFARI, Ana Carolina. Medicalização na infância: disciplinamento, controle e punição. **Zero-a-seis**, Florianópolis, v. 24, n. esp., p. 685-713, 2022. DOI: 10.5007/1518-2927.2022.e82805.

DINO. BPC: liberação para autistas triplicou em dois anos no país. **Valor Econômico**, São Paulo, 1 ago. 2024. Disponível em: https://valor.globo.com/patrocinado/dino/noticia/2024/08/01/bpc-liberacao-para-autistas-triplicou-em-dois-anos-no-pais.ghtml. Acesso em: 25 jul. 2026.

DUNKER, Christian Ingo Lenz. Questões entre a psicanálise e o DSM. **Jornal de Psicanálise**, São Paulo, v. 47, n. 87, p. 79-107, 2014.

FERREIRA, Rodrigo Ramires. A medicalização nas relações saber-poder: um olhar acerca da infância medicalizada. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 20, n. 4, p. 587-598, 2015.

FRANCES, Allen. **Voltando ao normal**: como o excesso de diagnósticos e a medicalização da vida estão acabando com a nossa sanidade e o que pode ser feito para retomarmos o controle. Rio de Janeiro: Versal Editores, 2017.

FREUD, Sigmund. Além do princípio do prazer (1920). In: FREUD, Sigmund. História de uma neurose infantil ("O homem dos lobos"), além do princípio do prazer e outros textos (1917-1920). Tradução de Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010. (Obras Completas, v. 14).

FREITAS, Fernando Ferreira Pinto de; AZEVEDO, Luciana Jaramillo Caruso de. Medicalizando crianças e adolescentes. **Estudos de Sociologia**, Araraquara, v. 27, n. 2,

e022022, 2022. Disponível em: https://periodicos.fclar.unesp.br/estudos/article/view/16590. Acesso em: 25 jul. 2026.

GOMES, Beatriz Corrêa da Silva; MAGALHÃES, Fernanda Canavez de. A medicalização da infância na educação. **ECOS-Estudos Contemporâneos da Subjetividade**, Niterói, v. 8, n. 2, p. 314-327, 2018. Disponível em: https://www.periodicoshumanas.uff.br/ecos/article/view/2336/1570. Acesso em: 25 jul. 2026.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico 2022**: pessoas com deficiência e pessoas diagnosticadas com transtorno do espectro autista: resultados preliminares da amostra. Rio de Janeiro: IBGE, 2025. Disponível em: https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/43464-censo-2022-identifica-2-4-milhoes-de-pessoas-diagnosticadas-com-autismo-no-brasil. Acesso em: 25 jul. 2026.

KAMERS, Michele. A fabricação da loucura na infância: psiquiatrização do discurso e medicalização da criança. **Estilos da Clínica**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 153-165, abr. 2013. Disponível em: https://revistas.usp.br/estic/pt_BR/article/view/59466. Acesso em: 25 jul. 2026.

KLEIN, Thais; LIMA, Rossano Cabral. Mais além dos transtornos do neurodesenvolvimento: desdobramentos para a infância e a educação. **Movimento**, Niterói, ano 7, n. 15, p. 444-469, 2020. Disponível em: https://periodicos.uff.br/revistamovimento/article/view/42885/27754. Acesso em: 25 jul. 2026.

KUHLMANN JR, Moysés; FERNANDES, Fabiana Silva. Infância: construção social e histórica. *In*: VAZ, Alexandre Fernandez; MOMM, Caroline Machado. (org.). **Educação infantil e sociedade**: questões contemporâneas. Nova Petrópolis, RS: Nova Harmonia, 2012. p. 21-56.

LIMA, Rossano Cabral. **Somos todos desatentos?**: o TDA/H e a construção de bioidentidades. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2005.

MARFINATI, Anahi Canguçu; ABRÃO, Jorge Luís Ferreira. Um percurso pela psiquiatria infantil: dos antecedentes históricos à origem do conceito de autismo. **Estilos da clínica**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 244-262, 2014. Disponível em: https://revistas.usp.br/estic/pt_BR/article/view/83866. Acesso em: 25 jul. 2026.

MARTINHAGO, Fernanda; CAPONI, Sandra. Controvérsias sobre o uso do DSM para diagnósticos de transtornos mentais. **Physis**: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, e290213, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/j/physis/a/4CXZ3jQsv8d7KjPb5HGy5Sb/abstract/?lang=pt. Acesso em: 24 jul. 2026.

MEIRA, Ana Marta. Reflexões sobre a Psicanálise com crianças na contemporaneidade. Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre, Porto Alegre, ano X, v. 25, p. 18-27,out. 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação internacional de doenças para estatísticas de mortalidade e morbidade**. 11. ed. Genebra: OMS, 2022.

REIS, Luciene Messias dos. **Atendimento Educacional Especializado (AEE)**: desafios e possibilidades para a prática pedagógica dos professores em sala de recursos multifuncionais. [*S. l.*]: Instituto Federal Goiano, 2022. Disponível em: https://repositorio.ifgoiano.edu.br/bitstream/prefix/3099/3/tcc_Luciene%20Messias%20dos%20Reis.pdf. Acesso em: 24 jul. 2026.

RESENDE, Deborah Kopke. Maternidade: uma construção histórica e social. **Pretextos-Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas**, Belo Horizonte, v. 2, n. 4, p. 175-191, 2017.

RIBEIRO, Fernanda Teixeira. Com número de diagnósticos em crescimento vertiginoso, Transtorno do Espectro Autista ainda é desafio para pesquisa neurológica. **Jornal da Unesp**, 15 fev. 2023. Disponível em: https://jornal.unesp.br/2023/02/15/com-numero-de-diagnosticos-em-crescimento-vertiginoso-transtorno-do-espectro-autista-ainda-e-desafio-para-pesquisa-neurologica/. Acesso em: 24 jul. 2026.

ROSA, Miriam Debieux; DOMINGUES, Eliane. O método na pesquisa psicanalítica de fenômenos sociais e políticos: a utilização da entrevista e da observação. Psicologia & Sociedade, v. 22, n. 1, p. 180-188, 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/j/psoc/a/yKGKsrdH3QvCNdYkTkPqpfP/?lang=pt. Acesso em: 24 jul. 2026.

ROSEN, Nicole E.; LORD, Catherine; VOLKMAR, Fred R. The diagnosis of autism: from Kanner to DSM-III to DSM-5 and beyond. **Journal of Autism & Developmental Disorders**, [*s. l.*], v. 51, n. 12, p. 4253-4270, 2021. Disponível em: https://dx.doi.org/10.1007/s10803-021-04904-1. Acesso em: 24 jul. 2026.

SANTOS, Ronivaldo de Oliveira Rego. Entre a eugenia e o higienismo: a psiquiatria no Brasil na primeira metade do século XX. **Semina**: Revista dos Pós-Graduandos em História da UPF, Passo Fundo, v. 24, n. 2, 2025. Disponível em: https://ojs.upf.br/index.php/ph/article/view/17515. Acesso em: 24 jul. 2026.

SILVA, Eduarda Xavier de Lima. **Quem conta um conto, acrescenta um ponto**: contação de histórias e suplementaridade no processo de subjetivação de crianças. Dissertação (Mestrado em Psicanálise) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2021.

SILVA, Ieda Prates da. Psicanálise de crianças na instituição pública: direção da cura ou direção do paciente?. Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre, Porto Alegre, ano X, n. 25, p. 28-39, out. 2003.