

MILENA DA SILVA MANO

**A CRIANÇA HIPERATIVA, A FAMÍLIA, O DISCURSO  
CIENTÍFICO E A PSICANÁLISE**

ASSIS

2009

MILENA DA SILVA MANO

**A CRIANÇA HIPERATIVA, A FAMÍLIA, O DISCURSO  
CIENTÍFICO E A PSICANÁLISE**

Dissertação apresentada à Faculdade de  
Ciências e Letras de Assis – UNESP –  
Universidade Estadual Paulista, para  
obtenção do título de Mestre em  
Psicologia (Área de Conhecimento:  
Psicologia e Sociedade)  
Orientadora: Olga Ceciliato Mattioli

ASSIS

2009

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

M285c Mano, Milena da Silva  
A criança hiperativa, a família, o discurso científico e a psicanálise / Milena da Silva Mano.  
Assis : [s.n.], 2009.  
83 f.

Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Ciências e Letras, 2009.

1. Psicanálise. 2. Crianças hiperativas. 3. Medicamentos - Utilização. I. Título. II. Autor.

**CDD**

Banca Examinadora

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Olga Ceciliato Mattioli – UNESP/Assis

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Viviana Carola Velasco Martínez – UEM/Maringá

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Heloisa Heradão Rogone – UNESP/Assis

Dissertação defendida e aprovada em: 16/12/2009

À minha mãe.

## **Agradecimentos**

Nessa caminhada árdua, porém prazerosa, pessoas me apoiaram, incentivaram, ouviram e falaram. Quero aqui agradecer especialmente a elas. Sou grata:

Ao meu pai, pelo apoio constante aos meus estudos e pela escuta acolhedora, em momentos cruciais.

À Karina, ao Guilherme e à Isabela, minha pequena grande família.

Ao meu marido Guilherme, pela compreensão nos momentos de ausência e nos momentos de impaciência.

À Denise Maria, ao Alex e à Vânia Maria, pelo incentivo ao meu ingresso na Academia e por me acompanharem em momentos importantes do trabalho.

À Paula Fiochi, à Renata e ao Abílio, pelas leituras dedicadas, pelas escutas pontuais e pelas constantes aberturas a interlocuções que tanto enriqueceram esta produção.

À Ana Maria, pelo apoio “técnico” e pela moradia sempre aberta e acolhedora.

À Olga Mattioli, pela prontidão em me orientar.

À Prof.<sup>a</sup> Viviana e à Prof.<sup>a</sup> Heloísa, pela gentileza em aceitarem compor a banca examinadora desta Dissertação, pela atenta leitura e pelos apontamentos precisos.

Aos pacientes, que provocaram em mim o desejo de produzir saberes.

Nosso verbo ser  
É uma identidade  
Mas sem projeto

E se temos verbo  
Com objeto  
É bem mais direto

No entanto falta  
Ter um sujeito  
Pra ter afeto

Mas se é um sujeito  
Que se sujeita  
Ainda é objeto

(Sandra Peres e Luiz Tatit – *Canções Curiosas*)

## Resumo

Esta pesquisa partiu de questionamentos sobre a prática da clínica psicanalítica com crianças, especificamente com as que já possuem o diagnóstico médico de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, com referência no DSM IV. Analisar crianças com esse diagnóstico estabelecido provoca em nós inquietações quanto à (a) forma de tratamento, geralmente medicamentosa; (b) posição da família diante do discurso médico sobre a criança hiperativa; (c) posição da família em face de seu filho “hiperativo”; e (d) posição do clínico, orientado pela Psicanálise, diante desse cenário. Nossas inquietações, dessa maneira, estão voltadas a questões que nos remetem tanto ao sujeito como aos laços sociais em torno desse sujeito, articuladas ao significante *hiperatividade*. Por esse percurso, de uma experiência clínica que procura articular prática, teoria e reflexão, identificamos a importância de sistematizar essas inquietações e transformá-las em conhecimentos e, nesse sentido, construir novos conhecimentos, à luz de um saber da Psicanálise. Para tanto, realizamos uma pesquisa bibliográfica, assim como nos pautamos por uma análise de anotações de casos clínicos, sobre alguns pontos que julgamos relevantes da prática clínica com crianças diagnosticadas com TDAH. Optamos, pois, por conduzir nosso trabalho baseando-nos em três eixos norteadores: o da peculiaridade clínica da Psicanálise com crianças; o do atravessamento da família da criança “hiperativa” na clínica, ocupando lugares que provocam a extensão da transferência e, ao mesmo tempo, da resistência; e o do atravessamento do discurso da medicina no discurso dos pais dessas crianças. É preciso que o clínico que atua com crianças com o diagnóstico médico de TDAH esteja aberto tanto para interlocuções com outros profissionais, quanto aos movimentos sociais contemporâneos, ciente de que estes intervêm diretamente no tratamento da criança.

**PALAVRAS-CHAVE:** criança, Psicanálise, hiperatividade, medicalização, família.

## Abstract

This research started with questions about the psychoanalytic clinical practice with children, specifically those that already have physician-diagnosed disorder, Attention-Deficit Hyperactivity Disorder, with reference to DSM IV. Analyze children with this diagnosis established causes us concern as to (a) form of treatment, usually medication, (b) position of the family facing a medical discourse on the hyperactive child, (c) position of the family in the face of his son "hyperactive" and (d) position of clinicians, guided by Psychoanalysis, faced with this scenario. Our concerns in this way are focused on issues that are related both to the subject as the social ties around this subject, linked to significant *hyperactivity*. By this path, of clinical trial that seeks to articulate practice, theory and reflection, we identified the importance of systematizing these concerns and turn them into knowledge and, accordingly, build new knowledge in the light of Psychoanalysis's body of ideas. Therefore, we performed a literature research, as well as guided by an analysis of clinical case notes on some points we consider relevant to clinical practice with children diagnosed with ADHD. We decided therefore to carry out our work based on three guiding principles: the peculiarity of clinical Psychoanalysis with children; the crossing of the family of the "hyperactive" child occupying places that cause the extent of transference and, at the same time, of resistance; and the crossing of the discourse of medicine in the speech of parents of these children. It is necessary that the practitioner who works with children with medical diagnosis of ADHA to be opened to both dialogues with other professionals and the contemporary social movements, aware that they are involved directly in the child's treatment.

KEY WORDS: child, Psychoanalysis, hyperactivity, medication, family.

## Sumário

1. APRESENTAÇÃO.....	10
2. ACEPTÃO DO TDAH PARA A MEDICINA PSIQUIÁTRICA.....	16
2.1. Construção Histórica do Diagnóstico de TDAH.....	19
3. APONTAMENTOS SOBRE A CRIANÇA <i>HIPERATIVA</i> À LUZ DA PSICANÁLISE.....	31
3.1. O Sujeito.....	32
3.2. O Sintoma.....	35
3.3. O Sujeito do Inconsciente e o Sintoma <i>Hiperatividade</i> .....	38
4. CONSIDERAÇÕES SOBRE A CLÍNICA PSICANALÍTICA COM CRIANÇAS.....	50
4.1. A Clínica.....	50
4.2. Analisar Crianças.....	52
5. A FAMÍLIA E O DISCURSO MÉDICO.....	58
5.1. A História da Medicina Social no Brasil.....	63
5.2. Os Saberes Especializados e a Família na Contemporaneidade.....	68
5.3. Reflexões sobre o Atravessamento do Discurso Médico na Dinâmica Familiar.....	71
6. CONSIDERAÇÕES .....	79
Referências.....	84
Anexo.....	90

## 1. APRESENTAÇÃO

Desde o final da década de 1980 (CALIMAN, 2008) temos assistido a uma crescente popularização do tema *hiperatividade*, doença que acomete principalmente crianças. O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (doravante TDAH) tem como principal característica elevada agitação motora e, conseqüentemente, a impossibilidade de se ater a uma determinada tarefa. Segundo Caliman (2008), estima-se que 10% da população infantil escolar possui a doença.

Os pais de crianças com suspeita de TDAH, termo definido pelo Manual de Diagnóstico e Estatística da Associação Norte-Americana de Psiquiatria, quarta revisão (DSM IV), têm procurado, com maior frequência, os consultórios de psiquiatras, neuropediatras e psicólogos em busca de tratamento.

Assim como à popularização da hiperatividade, temos assistido, ao mesmo tempo, a uma escolha predominante para o seu tratamento, a saber, a via quimioterápica. Dados do Instituto Brasileiro de Defesa dos Usuários de Medicamentos mostram que no ano 2000, a venda de medicamentos cujo princípio ativo é o *Metilfenidato* - medicamentos com tal princípio ativo são principalmente indicados para o tratamento desse transtorno – foi de setenta e uma mil caixas, ao passo que, no ano de 2008, as vendas atingiram um milhão cento e quarenta e sete mil caixas. Podemos notar, a partir desse dado, um aumento exorbitante de 1616% na venda dessas, também chamadas, “drogas da obediência”<sup>1</sup>. O Instituto ainda alerta que a porcentagem pode aumentar caso sejam considerados medicamentos com outros princípios ativos igualmente utilizados para o tratamento do TDAH.

É sabido que medicamentos dessa natureza também estão sendo utilizados indiscriminadamente por pessoas que desejam obter uma maior concentração no trabalho ou nos estudos. Dessa forma, é importante ressaltar

---

<sup>1</sup> Dados disponíveis no site do Instituto Brasileiro de Defesa dos Usuários de Medicamentos: <[www.idum.org.br](http://www.idum.org.br)>. Acesso em 21 mai. 2009.

que a porcentagem relatada acima inclui essa finalidade de uso, dentre outras; porém, no presente trabalho interessa-nos somente o uso desses medicamentos no tratamento do TDAH.

Nossa prática clínica, de orientação psicanalítica, encontra-se em meio a esse cenário contemporâneo – de uma popularização do tema hiperatividade e de uma opção principal para tratar esse transtorno com medicação. A presente pesquisa partiu de questionamentos sobre uma prática clínica, sustentada pela Psicanálise, que se volta para os casos diagnosticados de Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade, com referência no DSM IV.

Relataremos, neste momento, anotações de um caso clínico e implicações de nossa prática clínica que nos levaram a realização da presente pesquisa.

A primeira paciente recebida em consultório particular foi “desviada”. Expliquemos: a mãe, angustiada com a situação da filha, comentou com a psicóloga do hospital no qual trabalhava que a menina havia sido encaminhada, pela escola, para o psiquiatra porque apresentava indícios de TDAH. A mãe havia sido aconselhada pela psicóloga da escola – responsável pela avaliação e pelo encaminhamento – a procurar um médico com urgência, pois, segundo ela, seria importante que a menina fosse tratada com medicamentos para que a doença não se perpetuasse. Porém, a psicóloga do hospital orientou-a a ouvir antes o que um segundo psicólogo diria a respeito.

Desse modo, a mãe chegou ao nosso encontro. Inexperientes, porém, sedentas por atuar balizadas pela ética, escutando o relato da trajetória dessa criança na escola, desde o princípio acreditamos não se tratar de uma doença orgânica. A certeza se confirmou no dia em que, no meio de um relato da mãe, ao contar que tinha procurado a opinião de um psiquiatra do hospital e que este lhe haver dito que geralmente nesses casos o problema era da escola, a criança a interrompe e diz: “Mãe, o problema está em você” (sic).

Poderíamos aqui fazer uma discussão sobre como foi possível estabelecer relações entre os relatos da mãe e essa frase crucial da criança, mas, para não estender demasiado, apontamos apenas que o episódio

culminou em uma decisão de alta. A criança estaria longe de ter qualquer transtorno psíquico<sup>2</sup>.

Entretanto, algumas semanas após o término dos atendimentos, a psicóloga da escola procurou-nos. Muito perturbada com nossa avaliação, disse que havia estudado muito sobre o assunto e que, segundo ela, esse tipo de doença se dava em ambientes coletivos, não aparecendo no consultório. Esse encontro, além de constrangedor, despertou várias inquietações. Nossa atuação teria sido antiética ao desconsiderar a posição de uma colega de profissão sem antes propor um diálogo sobre o diagnóstico clínico da paciente? Teria avaliado a criança erroneamente e, de fato, ela teria sim uma doença que precisaria ser tratada com o uso de medicamentos?

Depois da experiência de alguns anos de atendimento clínico com crianças em consultório particular, voltamos nosso olhar para essa primeira experiência e para outras práticas, que nos levaram à busca de estudos teóricos a fim de analisar algumas hipóteses construídas ao longo desse período acerca da “criança hiperativa”. Nesse sentido, nossas questões partiram de uma experiência prática já realizada e, portanto, não fomos a campo extrair dados *a priori*; ao contrário, levantamos questões sobre experiências vividas, as quais nos conduziram à teoria para tentar produzir novos significantes a partir da análise de anotações pessoais a respeito dessa prática clínica.

Desse modo, passamos a estudar, de forma sistemática, o tema *hiperatividade* e, primeiramente, recorremos ao saber da Medicina por ser um saber que possui importante crédito na sociedade ocidental contemporânea. Qual o medicamento para esses casos? Qual a forma de avaliação para se chegar a esse diagnóstico? Como se trata, quem e por quanto tempo?

Deparávamos com respostas do tipo: o diagnóstico é clínico e dado apenas pelo psiquiatra, embora as observações dos professores em sala de aula sejam importantes para o encaminhamento; *Ritalina* é o medicamento mais usado atualmente no Brasil para o tratamento; somada ao remédio faz-se

---

<sup>2</sup> Retomaremos recortes desse caso, em momentos posteriores do trabalho, doravante chamado *Caso 1*.

terapia cognitivo comportamental, uma vez que outras terapias não estão cientificamente comprovadas<sup>3</sup>.

Conforme pesquisávamos, aumentavam nossas inquietações, pois, por mais que encontrássemos respostas assertivas sobre o assunto, outras perguntas surgiam: como esse diagnóstico de TDAH foi descoberto e como foi elaborado? Constitui um transtorno tão grave que precisa ser tratado com medicamento de tarja preta? Por que só a terapia cognitivo-comportamental surtiria efeito nesses casos?

Em meio a essa pesquisa inicial, famílias com “crianças hiperativas” buscavam, na clínica, tratamento para seus desconfortos, trazendo crianças já com o diagnóstico fechado e que faziam uso de medicamentos. Pudemos perceber, dessa forma, o caso particular daquela primeira paciente: ela tinha sido “desviada” do tratamento medicamentoso e do diagnóstico de TDAH.

Com alguma experiência já acumulada, nossa inquietação mudou. Fomos constatando as possibilidades de atender, orientados pela Psicanálise, crianças com o diagnóstico médico de TDAH de outra maneira que não só pela via medicamentosa somada à terapia cognitivo-comportamental. Em contraponto, percebíamos quão impregnado o discurso da família estava por um saber médico cientificista e quão difícil era levantar questões com a família a respeito desse saber.

No transcorrer desse percurso, de uma experiência clínica que procurou relacionar prática, teoria e reflexão, identificamos a importância de sistematizar esses conhecimentos, bem como de construir novos, à luz de um saber da Psicanálise. Nossa proposta, nesse sentido, é fazer uma reflexão, partindo da prática da clínica psicanalítica, sobre algumas questões esquecidas pela ciência médica: questões sociais e questões do sujeito relacionadas ao significativo *hiperatividade*.

Nosso objetivo com esta pesquisa, desse modo, é o de sistematizar, por meio de estudos teóricos e da análise de anotações de casos clínicos, alguns pontos da prática clínica que julgamos relevantes quando recebemos para tratamento crianças cujos pais chegam com a queixa de que ela é hiperativa.

---

<sup>3</sup> Dados disponíveis no site da Associação Brasileira do Déficit de Atenção: <[www.tdah.org.br](http://www.tdah.org.br)>. Acesso em 28 nov. 2008.

Optamos, portanto, por conduzir esta investigação baseando-nos em três eixos:

(1) Uma vez que estamos falando de um assunto referente a uma prática clínica orientada pela Psicanálise, perguntamo-nos: que prática é essa? De que lugar é esse que estamos falando? Dessa forma, o primeiro eixo versa sobre a peculiaridade clínica da Psicanálise com crianças;

(2) Uma importante especificidade da clínica psicanalítica com crianças é a interferência dos pais no tratamento. Nesse sentido, o segundo eixo aborda o atravessamento da família desta criança naquela clínica, ocupando lugares que geram a extensão da transferência e da resistência;

(3) Deparamos nessa clínica com pais que buscam respostas e orientações especializadas sobre o mal-estar que os incomoda. Frases do tipo: *Diga-me o que faço com meu filho!* são comuns em entrevistas preliminares. Desse modo, o terceiro eixo versa sobre o atravessamento do discurso científico no discurso dos pais dessas crianças.

Nesta direção, partimos do capítulo “Acepção do TDAH para a Medicina Psiquiátrica”, no qual procuramos definir o que é o TDAH para essa ciência, observando o percurso histórico sobre a construção desse específico diagnóstico.

Em seguida elaboramos o capítulo “Apontamentos sobre a criança hiperativa à luz da psicanálise”, no qual refletimos sobre o sintoma *hiperatividade* articulando-o à história particular e única de cada criança.

No capítulo “Considerações sobre a clínica psicanalítica com crianças” fizemos uma reflexão sobre a especificidade da clínica da Psicanálise com crianças. Nele também discorremos sobre o nosso método de produção de saberes, um método que não dissocia prática e pesquisa.

No capítulo “A família e o discurso médico” propomos a construção de um percurso histórico cujo tema central trata da influência dos saberes especializados sobre a família e como toda a dinâmica familiar foi reestruturada a partir do movimento higienista. Focamos como a entrada do discurso médico no cotidiano influenciou a construção, a produção e os modos de relações

sociais da família. Com tal recorte histórico, pudemos fazer uma reflexão sobre possíveis motivos que levam os pais a serem capturados pelo discurso médico que trata o TDAH como uma doença.

Nas Considerações tivemos a pretensão de iniciar uma discussão, articulando os três eixos principais – a peculiaridade da clínica com crianças, o atravessamento dos pais nessa clínica e a influência do discurso médico no discurso da família – com os laços sociais contemporâneos e os consequentes reflexos na prática clínica. Acreditamos, porém, que esse assunto não se encerra, mas pretende disparar questões sobre essa complexa temática.

## 2. ACEPÇÃO DO TDAH PARA A MEDICINA PSIQUIÁTRICA

O TDAH é uma doença definida pelo Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, quarta revisão (doravante DSM IV). Esse manual foi elaborado pela Associação Norte-Americana de Psiquiatria e adotado como referência pela Organização Mundial de Saúde. Sua construção, publicada originalmente em 1994<sup>4</sup>, teve a pretensão de catalogar todos os sinais clínicos decorrentes de perturbações mentais e agrupá-los em forma de síndromes, retirando explicações ou etiologia das doenças. Apresentaremos, neste capítulo, o TDAH por meio de descrições e agrupamentos de sinais clínicos observados, tal como é feito no DSM IV.

Nesse manual – o DSM IV - encontramos a seguinte definição:

A característica essencial do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade é um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade, mais frequente e severo do que aquele tipicamente observado em indivíduos em nível equivalente de desenvolvimento.

Existem três subtipos da doença dependendo da prevalência dos sinais clínicos: (1) o indivíduo pode manifestar a doença do tipo combinado, em que a hiperatividade e a desatenção têm uma predominância conjunta; (2) ele pode manifestar o tipo predominantemente desatento; ou (3) ele pode manifestar o tipo predominantemente hiperativo/impulsivo. Conforme Tendlarz (s/d), o primeiro e o último tipo abrangem a maioria dos casos diagnosticados.

---

<sup>4</sup> Dado disponível no site: <[www.psicologia.com.pt/instrumentos/dsm\\_cid](http://www.psicologia.com.pt/instrumentos/dsm_cid)>. Acesso em 13 jul. 2009

Segundo Tonelotto & Tonelotto (2004) o TDAH é um transtorno neuropsiquiátrico crônico com prevalência em até 10% da população escolar. Sua manifestação inicial – quando se identifica a doença – concentra-se em crianças das duas primeiras séries do ensino fundamental, embora haja estudos atuais que afirmam a possibilidade de identificar a doença em idades pré-escolares.

De acordo com os autores, a origem dessa doença é multifatorial, atingindo em sua grande maioria os meninos. Referem-se a fatores internos e externos como possíveis causadores da doença. Os internos seriam desordens neurobiológicas, enquanto os externos estariam relacionados a possíveis complicações na gravidez ou mesmo ao uso de drogas e álcool durante a gestação. Também apontam fatores genéticos como possíveis causas.

Já para Andrade e Lohr Júnior (2007), o TDAH se manifesta em 3 a 5% da população escolar e em 4% da população adulta. Dentre os fatores causadores da doença estariam “desde aspectos bioquímicos e neurológicos até psicológicos e socioambientais” (p. 74).

Roude e Halpern (2004) afirmam que, embora as causas precisas do TDAH ainda não sejam conhecidas, há uma aceitação em considerá-las relacionadas a fatores genéticos e sócio-ambientais. Os autores acreditam que “vários genes de pequeno efeito sejam responsáveis por uma vulnerabilidade (ou suscetibilidade) genética ao transtorno, à qual somam-se diferentes agentes ambientais” (ROUDE; HALPERN, 2004, p. S62), ou seja, é preciso que o indivíduo tenha uma predisposição genética, além de estar exposto a fatores ambientais proporcionadores do desencadeamento da doença.

Esses autores, baseando-se em estudos do córtex pré-frontal, região responsável pela motricidade, fornecem evidências de disfunções nessa área, somadas ao baixo desempenho nas conexões subcorticais no sistema límbico. O que significa isso? Que o cérebro não “trabalha” como deveria. O lobo pré-frontal, uma região do córtex localizada na parte da frente da cabeça, estaria com seu funcionamento comprometido, geralmente uma hipofunção.

Como vimos, o quadro clínico do TDAH se apresenta pela sintomatologia da clássica tríade: hiperatividade, desatenção e impulsividade e, para se fazer um diagnóstico, faz-se uma avaliação clínica: juntamente com a

observação clínica, são feitos exames físicos, avaliação cognitiva, neuropsicológica, comportamental e/ou emocional<sup>5</sup>.

A observação clínica é realizada por meio de uma enumeração de pelo menos seis sintomas. Somados aos sintomas, é necessário igualmente que critérios específicos sejam verificados, tais como, (1) ter apresentado os sintomas até os sete anos de idade; (2) esses sintomas precisam persistir durante pelo menos seis meses; (3) é preciso manifestar esses sintomas em pelo menos dois ambientes distintos<sup>6</sup>.

Quanto ao tratamento, Cacilda Amorim, diretora do Instituto Paulista de Déficit de Atenção<sup>7</sup> defende que seja integrado, dirigindo-se tanto aos déficits de base orgânica quanto aos comportamentais. O tratamento, então, associa uma intervenção sobre a base orgânica – *neurofeedback* ou medicação – com uma intervenção sobre a estrutura comportamental – psicoterapia cognitivo-comportamental, *coach* comportamental (para os pacientes adultos) e/ou atividades psicopedagógicas (para as crianças com dificuldades escolares).

Já Abram Topczewski, neuropediatra e diretor do Hospital Israelita Albert Einstein de São Paulo, em uma entrevista para Rodrigo Apolloni, afirmou que o TDAH quando descoberto na infância e tratado com a medicação apropriada, somado a intervenções multiprofissionais, tem chances de 50% de melhora no quadro clínico em um tempo médio de cinco anos de tratamento. Porém, alega que se o diagnóstico for dado na idade adulta o uso da medicação será contínuo até o final da vida.

Conforme observamos, acredita-se que os déficits neuroquímicos podem ser tratados com medicamentos. Segundo Tendlarz (s/data) as catecolaminas – neurotransmissores – do tipo dopamina e noradrenalina são as que atuam como reguladores do córtex pré-frontal. Quando esses neurotransmissores estão alterados acredita-se que medicamentos estimulantes – como o metilfenidato e a anfetamina – modificam suas concentrações e melhoram o rendimento da criança.

---

<sup>5</sup> Dados retirados do site: <<http://www.dda-deficitdeatencao.com.br/diagnostico/index.html>>. Acesso em 14 jul. 2009.

<sup>6</sup> Anexamos na íntegra o item do DSM IV que define o TDAH, assim é possível ver os sintomas e os critérios de diagnóstico. Disponível no site: <[http://virtualpsy.locaweb.com.br/dsm\\_janela.php?cod=38](http://virtualpsy.locaweb.com.br/dsm_janela.php?cod=38)>. Acesso em 4 mai. 2009.

<sup>7</sup> Dados disponíveis no site: <<http://www.dda-deficitdeatencao.com.br/tratamento/index.html>>. Acesso em 14 jul. 2009

Os medicamentos mais usados para o tratamento no Brasil são a *Ritalina* – cujo princípio ativo é o Metilfenidato de ação curta –, o *Concerta* e a *Ritalina LA* – cujo princípio ativo é o Metilfenidato de ação prolongada – e também o *Strattera* – cujo princípio ativo é a Atomoxetina.

## 2.1. Construção Histórica do Diagnóstico de TDAH

Verificamos no tópico anterior como o TDAH é definido, como é feito o diagnóstico e como é proposto o tratamento segundo a ciência médica psiquiátrica. A seguir, veremos como o diagnóstico de TDAH foi construído historicamente. Acreditamos que essa construção abrange, além das transformações do campo científico e dos avanços tecnológicos, uma postura social e política.

Contudo, primeiramente faremos uma ressalva. Sabemos que há crianças agitadas e distraídas e que incomodam; tanto a própria criança se incomoda com sua agitação quanto incomoda os pais e as pessoas próximas que se relacionam com ela. Porém, há uma diferença entre (1) uma agitação motora desgovernada produzida no laço social da criança, que está articulada a história particular desse sujeito, e (2) uma fabricação social indiscriminada de “TDAHs”. Neste capítulo trataremos do segundo aspecto, no capítulo posterior trataremos do primeiro.

Com o surgimento da sociedade moderna, industrial, adveio uma progressiva patologização<sup>8</sup> da criança, vinculada ao seu desempenho escolar. O discurso médico/científico produziu – e continua produzindo – saberes que confirmam e atestam as patologias infantis decorrentes de comportamentos fora de padrões escolares e sociais e de dificuldades de aprendizagem. A pedagogia moderna adotou esse discurso médico e, juntamente com outros

---

<sup>8</sup> Moyses e Collares (1994) empregam o termo patologização como uma ampliação do que já era feito pela classe médica: uma crescente biologização das questões referentes à educação. Quando outros profissionais, como psicólogos, fonoaudiólogos, psicopedagogos, adotam esse saber médico, alargando suas fronteiras, para também responder às questões sobre o fracasso escolar por meio de uma biologização, ocorre uma abrangência dessa dinâmica. É o que as autoras chamam de patologização da educação.

especialistas da saúde, como os fonoaudiólogos e os psicólogos, contribuiu com o processo de patologização da infância.

Partamos para fatos históricos. Jerusalinsky (1997) diz que o ato do Dr. Itard, em 1799, ao tentar re-educar o menino lobo, encontrado nas florestas de L'Áveyron, com base em saberes científicos, tem uma equivalência com o ato de Pinel ao arrebentar as correntes dos loucos: o primeiro coloca a educação e o segundo a loucura no campo da racionalidade. Trataremos aqui da educação. O Dr. Itard com esse feito marca o nascimento da pedagogia moderna.

No século anterior, Lasalle (fim do século XVII e início do século XVIII) instituíra nos estabelecimentos de ensino, um rendimento supostamente necessário, ou seja, definiu um ponto que todas as crianças deveriam alcançar e, dessa maneira, foi estabelecida uma padronização do ensino e com ela o critério de normalidade (JERUSALINSKY, 1997).

Expliquemos: a mudança na educação, de valores morais para o cientificismo, universalizou o conteúdo e, ao mesmo tempo, universalizou a apropriação do conteúdo. Para aqueles que não conseguiam acompanhar o ensino, algo de errado se passava. Sobreveio a construção de uma criança suposta como normal e, conseqüentemente, houve uma patologização daquelas que não atingiam esse ideal. Quando esse desvio foi considerado da ordem do psíquico, tornou-se psicopatológico. Emergiu, portanto, uma psicopatologia da aprendizagem e uma psicopatologia da adequação escolar. Desta última desmembrou-se, mais tarde, uma psicopatologia da adaptação social.

Com o ato do Dr. Itard, um século mais tarde, pensou-se nessas crianças que não aprendiam ou que não se adaptavam ao ambiente escolar por meio da clínica. Nasceu assim a “clínica da aprendizagem”, a qual teve como objetivo aproximar os pequenos da normalidade. Com ela, nasceram as baterias de testes psicológicos, na tentativa de instrumentalizar essa Psicologia suposta como clínica. Para Jerusalinsky (1997),

[...] nesse ponto, resulta inevitável que chamemos a atenção para o fato de que o que se está medindo é, na realidade, a distância que tal sujeito manifesta com respeito a uma média que tem sido construída a partir de uma população formada por sujeitos educados segundo o ideal cognitivo de uma sociedade industrial. Devemos

reconhecer neles que uma clínica de tal espécie está sedenta... pelo desvio *standard* (p. 15) <sup>9</sup>.

Por essa vereda, toda a psicopatologia da infância até o século XIX foi desenvolvida. Atualmente, muitas das psicopatologias infantis ainda são construídas da mesma forma; porém, com a descoberta da Psicanálise e suas teorias sobre a infância, esses conceitos genéricos se modificaram. Segundo Jerusalinsky (1998), Freud demonstrou que é na infância dos sujeitos que se colocam pré-condições para que seus sintomas se ponham ou não a serviço de modos de produções sociais e culturais. Para o autor,

Freud tornou legível, na infância, em termos de estrutura e não de acontecimento, o futuro. Não com uma capacidade de predição e sim com uma capacidade de analisar as pré-condições e possibilidades de que diferentes ou iguais acontecimentos passassem ou não a fazer parte deste sujeito. Freud nos propõe que o infantil do sujeito é legível na sua infância, e que, no adulto, essa infantilidade ou essas formações infantis persistem não sob a forma de acontecimentos inexoráveis, mas sob a forma de um tecido lógico que permite a esse sujeito ser ou não participe de certa posição e acontecimento sociais (JERUSALINSKY, 1998, p. 155).

A Psicanálise, nesse sentido, introduz outra lógica de pensar a psicopatologia que não a meramente descritiva, classificatória, defendida pela ciência positivista – em que há uma margem de normalidade e há os fora dessa margem. Dessa forma, tratar o *pathos* é tratar o sujeito na sua singularidade, independentemente se ele participa ou não do discurso imperante em sua época.

Para a Psicanálise, a patologia não se trata de estar fora do discurso de seu tempo, mas sim da relação do sujeito com o desejo<sup>10</sup>. Segundo Figermann (2009), “os “tempos que correm” e a sua ciência implacável, pretendem remediar essas modalidades existenciais e os afetos consequentes. A psicanálise preconiza outro tratamento: dar-se um tempo” (p. 7). Não se trata

---

<sup>9</sup> Essa e outras traduções que seguem são de nossa responsabilidade. Trecho original: “En este punto resulta inevitable que llamemos la atención sobre el hecho de que lo que se está midiendo es, en realidad, la distancia que tal sujeto manifiesta con respecto a una media que ha sido construida a partir de una población formada por sujetos educados según el ideal cognitivo de una sociedad industrial. Debemos reconocer en ello que una clínica de tal especie hace agua... por el desvío *standard*”. (JERUSALINSKY, 1997, p. 15).

<sup>10</sup> No capítulo posterior, abordaremos essa relação do sujeito com o desejo.

de remediar o sintoma e silenciá-lo, trata-se de deixar o sintoma se expressar, de fazer dele uma questão e de decifrá-lo; isso demanda tempo.

Qual a relação desse apanhado histórico com o conceito de TDAH? Vimos que, com a standardização do ensino ocorreu também uma padronização da aprendizagem e da adaptação escolar, desmembrando-se mais tarde para a padronização das adaptações sociais. Com o surgimento de um eixo da normalidade aparecem igualmente os desvios da norma, isto é, as patologias na infância. Uma patologia estabelecida, justamente por estar fora dos padrões adaptativos, é o comportamento “hiperativo” da criança. Discutiremos a seguir o percurso histórico da *hiperatividade* na visão da ciência positivista, desde o momento em que foi concebida como uma doença até a elaboração atual do diagnóstico do TDAH.

Não é possível falar sobre a hiperatividade sem considerarmos as patologias surgidas por não se alcançar o padrão esperado de aprendizagem. Como vimos, todas essas doenças da infância que abrangem tanto o comportamento como a aprendizagem, surgiram de um mesmo processo: o da padronização do ensino. Assim, a dislexia, “alteração patológica na aquisição/domínio da linguagem escrita” (MOYSES & COLLARES, 1992, p. 33), será um assunto que também perpassará esse tópico do trabalho, ressaltando-se que, no início de suas definições, essas “doenças” por vezes se encontravam condensadas em um mesmo conceito.

Segundo Moyses & Collares (1992), em 1895 o oftalmologista James Hinshelwood, hoje considerado o primeiro teórico dos distúrbios de aprendizagem, impetrou a existência de uma *cegueira verbal congênita*. *Cegueira verbal* era o termo usado para se referir ao que hoje é chamado de dislexia. Ele afirmava que a dificuldade de leitura era provocada por um defeito genético. Porém, seus estudos se limitaram ao relato de casos, nos quais não há comprovação da sua hipótese. Hinshelwood teve pouco crédito em seus estudos.

Somente em 1918, Strauss, neurologista americano, levanta a hipótese de que “os distúrbios de comportamento e, com menor ênfase, os de aprendizagem poderiam ser conseqüentes de uma *lesão cerebral mínima*” (MOYSES; COLLARES, 1992, p. 34). Sua teoria foi construída por meio de observações clínicas tradicionais, nas quais ele notou que pessoas

sobreviventes de determinadas enfermidades neurológicas, como infecções ou traumatismos, passavam a apresentar sequelas e, dentre essas, alterações de comportamento. O raciocínio foi o seguinte: se uma doença causadora de uma lesão cerebral provocava uma mudança no comportamento, uma criança com comportamento fora do padrão poderia, então, ter uma lesão cerebral. “Lesão suficiente para alterar o comportamento, porém mínima o bastante para não provocar outras manifestações neurológicas” (MOYSES; COLLARES, 1992, p. 34). Strauss tampouco teve crédito no meio científico, porém, seus estudos contribuíram para o processo de transformar questões da aprendizagem e da adaptação escolar em questões clínicas, tendo sido a nomenclatura *lesão cerebral mínima* utilizada até 1962.

A primeira teoria que considerou o comportamento hiperativo como uma doença de ordem médica, surgiu no final década de 1950. O conceito de “síndrome hipercinética” (SUCUPIRA, 1986, p. 31), uma junção de hiperatividade, impulsividade e falta de atenção, formou-se como uma enfermidade de âmbito médico, tratada com medicamentos. O tratamento era empírico; algumas crianças tiveram melhoras com calmantes e outras com estimulantes.

Em 1962, segundo Moyses & Collares (1992), em um simpósio internacional em Oxford, pesquisadores reconheceram que tanto a *síndrome hipercinética* como a *cegueira verbal congênita* não deveriam se tratar de *lesão*, uma vez que não poderiam ser averiguadas. Porém, sem questionar a categoria de doença, estabeleceu-se o nome de *Disfunção Cerebral Mínima* (doravante DCM). Na tentativa de neutralizar esse paradoxo – uma lesão que não aparecia em nenhum exame – foi definido que a DCM constituía uma falha na função do cérebro, e não de uma lesão anatômica, e que essa falha funcional era a causadora de uma hiperkinesia no indivíduo.

Depois desse simpósio, principalmente nos Estados Unidos, surgiu um vasto estudo sobre a DCM na tentativa de definir a doença, a forma de tratamento – ou seja, qual o medicamento mais indicado e que na maioria das vezes defendia-se o uso dos psicoestimulantes – e quais as manifestações clínicas mais importantes. Dentre as manifestações clínicas estava a dificuldade escolar, também denominada *Distúrbio de Aprendizagem* (doravante DA).

Na década de 1970 essa literatura chegou ao Brasil com um acolhimento importante, “adotando-se uma postura francamente organicista em relação à DA” (CYPEL, 1986, p. 141). Com a ajuda dos médicos, dos psicólogos, dos pedagogos e dos fonoaudiólogos, em pouco tempo esse diagnóstico fazia parte do dia-a-dia do escolar. Segundo Cypel (1986),

[...] a impressão que se tinha é que convivíamos com uma população de anormais, pois esta cifra atingia até 40% dos escolares; bastava o indivíduo apresentar alguma pequena inabilidade motora, ser algo inquieto, ou não acompanhar a expectativa do professor e lá vinha o carimbo: “DCM” (p. 142).

Conforme Moyses & Collares (1992) houve uma modificação importante quanto aos critérios para se chegar a um diagnóstico de DCM entre os anos de 1968 e 1981. Antes, era preciso excluir outras patologias que pudessem influenciar ou interferir nas manifestações sintomáticas e confundir o diagnóstico. A partir da década de 1980, com a mudança de paradigma da ciência psiquiátrica, essas interferências passaram a ser ignoradas.

Rohde et al. (2004) elucidam a problemática exposta acima, explicitando que 70% dos casos diagnosticados com TDAH que procuram ambulatórios especializados, apresentam comorbidade. Isso significa que tal transtorno pode ocorrer concomitantemente com outras patologias. O TDAH, portanto, pode aparecer, por exemplo, associado a *Transtorno de Ansiedade*, *Transtornos Depressivos*, *Transtorno Bipolar*, *Transtorno de Conduta*, *Transtorno de Tourette* e até mesmo ao *Retardo Mental*.

Discorreremos agora sobre as transformações do saber psiquiátrico e, conseqüentemente, acerca da mudança de paradigma que resultou na elaboração do DSM III, em 1980, e do DSM IV, em 1994, para, em seguida, voltarmos à nomenclatura TDAH e às alterações que aquela mudança de paradigma provocou na elaboração desse diagnóstico específico.

Para Rodrigues (2003), foi na década de 1950 com a descoberta de medicamentos que auxiliavam no tratamento de problemas mentais, que o pensamento psiquiátrico iniciou um processo de modificações significativas. Nessa época, a Psiquiatria passava por uma forte influência da Psicanálise. A quimioterapia, em conjunto com o procedimento psicoterapêutico, era o tratamento tido como eficaz. Porém, essa dinâmica não se manteve.

Ainda na perspectiva desse autor, foi na década de 1980 que a farmacologia lançou no mercado a *Fluoxetina*, a primeira droga do grupo dos ISRS – inibidores seletivos de recaptção da serotonina – empregada para depressão. Esse medicamento, além de reduzir drasticamente os efeitos colaterais em comparação aos anteriores, produzia uma rápida eliminação dos sintomas do quadro depressivo. Não era mais necessário o auxílio da Psicanálise. Segundo Rodrigues (2003),

[...] à medida que os recursos farmacológicos se mostram mais eficazes, as interpretações psicanalíticas vão perdendo terreno, e, muito embora ainda sejam consideradas importantes como elemento de compreensão do adoecimento psíquico, quando se trata de uma busca de resultados efetivos, a medicação não encontra nenhum rival à altura (ao menos este é o credo que se faz presente no pensamento hegemônico na Psiquiatria contemporânea) (p. 14).

Nessa mesma década de 1980 (RODRIGUES, 2003), na tentativa de tornar a Psiquiatria uma ciência médica e alcançar sua independência, a Associação Norte-Americana de Psiquiatria elaborou o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, terceira revisão (DSM-III) e, posteriormente, lançou a quarta revisão (DSM -IV). Deste último foram removidos praticamente todos os termos que poderiam se referir à Psicanálise. Objetivou-se construir um manual rigoroso quanto à descrição e classificação das manifestações psíquicas observadas. A Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, décima revisão (CID-10), aprovado em 1989<sup>11</sup>, incorporou essa tendência.

Segundo Théophile Kammerer (1989) um diagnóstico tem como objetivo reconhecer determinada doença. A elaboração do diagnóstico parte do pressuposto de que existam “doenças nitidamente definidas”. (p. 28). Na Medicina o processo de definição de uma determinada doença passa por três estágios históricos: o descritivo, o anatômico e o etiológico, respectivamente. A definição do diagnóstico permanece numa “disposição provisória enquanto não exceder o estágio clínico” (p. 28), que é o primeiro estágio de descrições de observações clínicas.

---

<sup>11</sup> Dado disponível no site: <[www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10.htm](http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10.htm)>. Acesso em 21 mai. 2009.

O que notamos é que as doenças psíquicas não conseguiram, até o momento, ultrapassar esse primeiro estágio; ao contrário, vimos que a Psiquiatria estaciona, propositalmente, nessa primeira fase da elaboração do diagnóstico, abandonando a investigação sobre a etiologia da doença e dando lugar apenas às descrições das observações fenomenológicas. Qual o resultado? Segundo Rodrigues (2003), não há, atualmente, grandes pensadores na área da psiquiatria, pois, para definir uma doença basta apenas catalogar, ou seja, enumerar e classificar os sinais clínicos observados. Nas palavras de Lerner (2001), o diagnóstico das neurociências descreve

[...] sinais clínicos que compõem síndromes específicas, supostamente eximindo-se, nessa descrição, de qualquer especulação acerca de etiologia e dinâmica de funcionamento mental dos quadros descritos (p. 181).

Todavia, esse movimento não foi em vão. A Psiquiatria confiou que, abandonando a singularidade das doenças mentais em detrimento das generalizações, poderia tornar-se unificada. Todos os profissionais de todos os países teriam um mesmo norte quanto à nosologia. A função do médico seria, então, a de enumerar os sinais clínicos observados e decidir a forma mais adequada para o tratamento – lê-se como tratamento a eliminação dos sinais escópicos da doença –; a medicação passou a ser, por conseguinte, o principal recurso para tal. Ehrenberg (1998, apud RODRIGUES, 2003) sustenta que,

[...] diante de um diagnóstico “preciso”, o papel do clínico passa a ser então o de escolher o tratamento adequado, seja ele farmacológico, cognitivo-comportamental ou psicanalítico. Dentro deste constructo, a medicação, que tivera até então um papel de certa forma coadjuvante, sendo entendida como um potencializador do tratamento considerado principal – a psicoterapia –, é colocada em primeiro plano, sendo, em muitos casos, o único tratamento proposto (p. 15).

Mitigou-se, a partir desse momento histórico, qualquer tentativa de acolher o sintoma como uma expressão particular do sujeito; passou-se a tratar a doença em si. O sujeito tornou-se “assujeitado” por uma entidade externa – a doença – e eliminou-se qualquer responsabilidade que teria sobre sua enfermidade.

Como o objeto atual da Psiquiatria é o organismo, ou seja, a origem de um transtorno é sempre orgânica, o psiquismo transformou-se apenas em uma função; ele não faz mais parte da constituição de um caso clínico. Por essa lógica, a Neuroquímica passou a ser a responsável pelos fenômenos psíquicos e, assim, a medicação veio a ser a melhor escolha para o tratamento. Segundo Birman (1999), devido ao fato de a Psiquiatria atual fundamentar-se na biologia para explicar o psiquismo, o sinônimo de cura é a eliminação dos sintomas físicos de sorte que é isso que a faz tomar como seu referencial terapêutico principal a psicofarmacologia.

Ora, se alterações neuroquímicas geram alterações psíquicas – e nesse caso a recíproca não é verdadeira – o que antes era um traço da personalidade hoje, é listado como sinal de um possível transtorno. A cada dia catalogam-se novas enfermidades e criam-se novos medicamentos. Para Pelegrini (2003), a Psiquiatria deixou de ser

[...] uma disciplina voltada exclusivamente para o tratamento da loucura e passou a tratar dos pequenos “mal-estares” cotidianos e da “dor-de-existir”, com um conseqüente aumento da medicalização das dificuldades psíquicas e emocionais. Para cada mal, a Psiquiatria passou a ter um remédio (p. 39).

Em meio a esse cenário, da década de 1980, a Academia Americana de Psiquiatria cria o diagnóstico de *Síndrome de Déficit de Atenção* e, a partir de 1987, no DSM III-R, o *Distúrbio por Déficit de Atenção com ou sem Hiperatividade* numa tentativa de unificar todos os termos até então utilizados – hipercinesia, lesão cerebral mínima, disfunção cerebral mínima, dentre outros termos. (TENDLARZ, s/ d)

A mesma lógica foi válida para a definição desse diagnóstico: observação e descrição dos sintomas. Suprimiu-se a responsabilidade da escola, da família, da criança “hiperativa” e também a possibilidade de fazer do sintoma uma questão. A criança é acometida por uma doença orgânica e o tratamento mais indicado é a medicação, por ser o mais eficiente na eliminação dos sintomas físicos.

Na década de 1990 todo o mundo assistiu a uma explosão publicitária em torno do tema *hiperatividade* (CALIMAN, 2008). Desde então, o

considerado diagnóstico prioritariamente infantil se expandiu a todas as idades, tornando-se uma doença crônica.

Na quarta revisão do DSM, em 1994, passou-se a usar o termo *Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade*. Já em 2004, por meio da Resolução 370, nos Estados Unidos da América, esse transtorno foi reconhecido definitivamente como um dos problemas de maior gravidade e importância na saúde pública daquele país.

Conforme Caliman (2008), estudos atuais nos Estados Unidos da América enfocam estimativas sobre os impactos econômicos e sociais em decorrência do transtorno. Há desde análises sobre os gastos com saúde, medicamentos, tratamentos e consultas, até uma suposta inter-relação entre o TDAH, a criminalidade, os acidentes automobilísticos e os custos vinculados a demissões.

Ainda que tenham um caráter especulativo, essas pesquisas apontam para uma possível relação entre o TDAH e fatores de riscos públicos, como a ameaça à segurança e à produtividade individual e social. Desse modo, de uma doença da infância, relativa à adaptação escolar, o TDAH expande-se a uma doença crônica para a qual não haveria grupo de risco, mas, ao contrário, a que todos estariam propensos.

Embora saibamos que esse transtorno tenha tomado uma proporção crônica, em que não há idade para se estabelecer o diagnóstico, nesta pesquisa direcionaremos nosso olhar à criança.

Há um fato: encontramos crianças agitadas, distraídas, com problemas de aprendizagem, de atenção, de memória; mas, será que esses fenômenos são autônomos? Verificamos que alguns estudos defendem a ideia de que a causa do TDAH seria uma alteração funcional do lobo pré-frontal, contudo, para que essa afirmação seja válida é preciso considerar que essa alteração funcional seja autônoma. Jerusalinsky (2003) discute que se essa unidade funcional fosse considerada articulada, dependente de outras, ela não seria mais autônoma e a “causa poderia estar mais atrás ou mais dispersa ou ser mais ampla e complexa” (JERUSANLINSKY, 2003, s/p). Dessa forma, não seria possível fazer um diagnóstico linear de causa-efeito, porque haveria uma abrangência de fatores que produziriam uma significação que não estaria de antemão contida em nenhum desses fatores isoladamente.

Jerusalinsky (2005) salienta que a Psiquiatria, com esse olhar voltado para o organismo do sujeito, não questiona o que é esse “fora do lugar” – no caso do TDAH, o comportamento acelerado e/ou a falta de atenção – e qual a lógica em jogo. O autor acrescenta que justamente a instituição da palavra “transtorno” resultou na impossibilidade de se enxergar para além do biológico. Essa mudança terminológica não é só uma alteração de termos, mas é uma “transformação epistemológica importante” (JERUSALINSKY, 2005, p. 9).

O termo “transtorno” abole, para o autor, a possibilidade de se questionar a doença uma vez que seu conjunto de sinais são apenas automatismos neurobiológicos. “Transtorno”, para a Psiquiatria, “se refere a uma síndrome – um conjunto de sinais e sintomas – que afeta uma determinada pessoa” (RODRIGUES, 2003, p. 15). Assim, “transtorno” é uma perturbação na ordem normal e precisa ser eliminado para que o indivíduo doente retome sua saúde. Suprime-se a formulação de perguntas, acaba-se a possibilidade de o sujeito implicar-se com as questões associadas à sua existência.

Nas palavras de Jerusalinsky (2005),

[...] a transformação das denominações nosográficas surgidas nas últimas décadas no campo da psiquiatria não se restringe a uma atualização terminológica senão que carrega uma profunda modificação epistemológica. Privilegiando o “dado”, num sentido estrito de relação biunívoca com a coisa, elimina qualquer proposição de deciframento. Os signos de comportamento já não “querem dizer” nada na medida em que são tomados como simples derivados de automatismos neurobiológicos. Os problemas psíquicos são transformados em transtornos, o que implica que em lugar de entendidos devem ser eliminados. Surgem síndromes que facilmente adquirem “causa” neuroquímica ou genética sem que seja necessária qualquer comprovação para que a dita “causa” obtenha patente de legítima (p. 4).

Thevenot e Metz (2007) também questionam o uso que alguns discursos sociais, dentre eles o da Medicina, fazem do transtorno, porém, com outra óptica. Na opinião das autoras, esses transtornos remetem mais a uma ordem social que foi perturbada do que a uma ordem do corpo, ou seja, a agitação motora da criança hiperativa causa um transtorno no grupo social em que ela está inserida. Finalizam esse pensamento com a seguinte pergunta: “Ele (o

hiperativo) não é no fundo apenas um bagunceiro?” (THEVENOT; METZ, 2007, p. 50).

Podemos destacar dois aspectos nesse tópico sobre a construção do diagnóstico de TDAH, a partir de um recorte histórico específico – o momento do surgimento da pedagogia moderna:

(1) Com a invenção de uma criança modelo, aquela que atingiria os padrões esperados de aprendizagem e corresponderia aos padrões adaptativos anunciados, ocorreu a conseqüente invenção de uma criança “fora do modelo”. Observamos aqui a presença de um julgamento de valor, no qual se concebe o “comportamento apropriado” e, conseqüentemente, o “comportamento inapropriado”. É peculiar notarmos que essa criança “fora dos padrões de normalidade” é considerada uma criança “doente”. Portanto, o enfoque desse julgamento de valor deu-se no corpo, no biológico, desconsiderando questões sociais e questões do sujeito. O julgamento de valor adquiriu o estatuto de uma doença no corpo e, quando se trata de doença, remedia-se.

(2) A Psiquiatria e a Neurologia recortam o corpo e trabalham com um objeto isolado: o cérebro. Em um primeiro momento a hipótese era que havia uma lesão anatômica nesse órgão, mas depois, como não houve meios para comprovar a existência de lesão, definiu-se uma falha em sua função. Porém, como esse cérebro não é visto como articulado, como parte de um corpo de um sujeito, um sujeito de desejo, ele é considerado autônomo. Logo, uma falha na função desse órgão não quer dizer nada além de uma falha na função desse órgão.

O TDAH, nessa linha de raciocínio, é considerado uma doença em si, a qual afeta a função de uma parte isolada do cérebro. Os sintomas dessa doença são notados por meio de um comportamento excessivo e/ou de uma falta de atenção. A intervenção medicamentosa, nessa lógica, está perfeita: intervenção química atuando na supressão dessa falha funcional.

### **3. APONTAMENTOS SOBRE A CRIANÇA HIPERATIVA À LUZ DA PSICANÁLISE**

Na presente pesquisa não pretendemos questionar se há ou não uma hipofunção no córtex pré-frontal. O que questionamos é o fato de a ciência médica apropriar-se dessa hipofunção de uma maneira isolada, como se tivesse vida própria e, assim, atacasse o córtex pré-frontal casualmente. Perguntamo-nos: será que o corpo, o sujeito e os laços sociais não estariam articulados? Como analisaríamos, então, a *hiperatividade* se considerássemos essa articulação?

Pensando nessa articulação, quando decidimos analisar uma criança com o diagnóstico médico de TDAH, julgamos imprescindível dirigir nossa escuta para: (1) o que a criança diz; (2) o que a família dessa criança diz; (3) o modo como se dá o fenômeno somático, sua relação com a história do sujeito e com o meio em que vive; (4) a relação da família com o médico que diagnosticou a doença; e, finalmente, (5) a relação da família e da criança com o psicanalista.

Neste tópico objetivamos iniciar a discussão sobre alguns dos assuntos expostos no parágrafo anterior. Adiantamos que para a Psicanálise a etiologia dos sintomas não foi abandonada e, portanto, seu diagnóstico não segue o DSM ou o CID. A Psicanálise continua usando a forma de diagnóstico da Psiquiatria clássica – neurose, psicose e perversão –, quando esta ainda estava preocupada com a etiologia dos sintomas. Enquanto a Psiquiatria

prossegue ampliando o número de doenças catalogadas, a Psicanálise permanece com as mesmas referências de Freud, uma vez que as formas dos sintomas mudam de acordo com o discurso dominante da época, mas as estruturas clínicas permanecem as mesmas.

Entender o sintoma da criança dessa forma não é, por conseguinte, catalogar sinais clínicos, mas sim levantar questões – a partir das manifestações fenomênicas, porém, não estacionando nessas manifestações – sobre a relação do sujeito com o desejo. Para tanto, antes de entrarmos na discussão específica sobre o sujeito do inconsciente e o sintoma *hiperatividade*, introduziremos uma reflexão sobre (a) o sujeito e (b) o sintoma, em Psicanálise.

### **3.1. O Sujeito**

O sujeito para a Psicanálise só pôde ser definido no decurso da ciência. De acordo com a teoria cartesiana, o pensamento racional é a única maneira de encontrar a verdade, de sorte que o sujeito da ciência é o sujeito do pensamento racional, comandado pela consciência.

A Psicanálise concebe ainda o sujeito do pensamento, todavia, do pensamento inconsciente, pois “o que Freud descobriu é que o inconsciente é feito de pensamento” (QUINET, 2008, p. 12), o que não quer dizer que se trata de um sujeito da irracionalidade, mas sim de uma razão inconsciente.

Para a Psicanálise, o inconsciente tem leis e, por isso, a lógica que está em jogo é a lógica do inconsciente e não a da racionalidade e da consciência, como é para a ciência. Há uma mudança no foco, porque é na descontinuidade do discurso da consciência que o inconsciente se manifesta. É justamente nessa descontinuidade do discurso da consciência que se define o objeto de atenção da Psicanálise, por exemplo, os atos falhos, os lapsos, os chistes, dentre outros tão bem definidos por Freud.

Por não levar em conta o sujeito do inconsciente, a ciência o separa da linguagem, criando assim formas de linguagem supostamente “vazias de

sujeito”, ou seja, quanto menos sujeito – sujeito de desejo<sup>12</sup> – mais veracidade. O fato de não localizar o sujeito em nenhum significante específico é o que faz a ciência supor que pode eliminá-lo. Desde o momento em que o saber científico exclui o sujeito do inconsciente da linguagem, ele também o define. Segundo Magno (2007), “Freud declarou que não estava construindo a psicanálise sobre as conquistas da ciência de seu tempo, mas buscando exatamente aquilo que tinha sido por ela abandonado” (p. 25).

A Psicanálise, desse modo, anuncia-se como um avesso da ciência. São as formações do inconsciente – chistes, sonhos, sintomas, atos falhos –, abandonados pela ciência, os elementos de atenção da Psicanálise. Segundo Coutinho Jorge (1978), a Psicanálise não visa evitar a falha, o engano, mas sim constituí-los como objeto de atenção o que a faz ser a única a “fornecer as articulações onde o desejo se inscreve” (p. 21).

Como é no titubear da linguagem que o sujeito de desejo aparece – lá onde não há um único significante capaz de representá-lo – o sujeito para a Psicanálise não tem substância, uma vez que está fora da lógica da consciência. O sujeito do inconsciente, portanto, não é o homem; ele não pode ficar doente ou ser saudável; ele não pode ser o corpo em que se aloja a doença mental. Segundo Quinet (2008), o sujeito de inconsciente é, por definição, patológico:

[...] sujeito ao *pathos*, afetado pela estrutura que obedece a uma lógica: os significantes que o determinam e o gozo do sexo que o divide, fazendo-o advir como desejo. Eis o que nos ensina a psicopatologia da vida cotidiana. O sujeito é desejo. A existência do sujeito é correlativa à insistência da cadeia significante do inconsciente, porém como exterior a ela: é uma ex-sistência. Desejo logo ex-sisto (p. 16).

Conforme observamos, o sujeito da Psicanálise foi definido a partir do sujeito científico, porém, a Psicanálise não está amparada pelo discurso da ciência, ela busca um discurso autônomo. O que a sustenta? Segundo Vorcaro (2009), é a lógica da fantasia que fundamenta o discurso da Psicanálise.

A fantasia, para Lacan, articula a relação do sujeito barrado com o objeto *a*, objeto causa de desejo. O sujeito barrado (\$) é o sujeito dividido, é aquele que nega, por meio do recalque, a realidade da castração. Lacan coloca um

---

<sup>12</sup> O inconsciente comporta o desejo, então, o sujeito do inconsciente é o sujeito de desejo.

risco no S para indicar que esse \$ é riscado da cadeia significante, que ele está impedido de ter um último significante que o defina (QUINET, 2008) e justamente essa condição faz com que o sujeito sempre produza novos significantes.

A lógica da fantasia – a relação desse sujeito na condição de barrado com o objeto causa de desejo –, nesse sentido, é o que dá sustentabilidade ao *eu*<sup>13</sup> e, em decorrência, como frisamos anteriormente, é esse o enfoque da teoria psicanalítica.

Na fantasia, o sujeito do inconsciente não está em lugar nenhum e isso lhe permite estar em todos os lugares ao mesmo tempo. Usando o exemplo de Vorcaro (2009), em *Uma criança é espancada* (FREUD, 1919: 1996), o sujeito está em quem bate, em quem apanha e em quem olha a cena, e não está, ao mesmo tempo, em nenhum desses lugares. Dessa maneira é que a Psicanálise pode operar pela fala, uma vez que o sujeito vai estar em todas as cenas discursivas, sem que seja definido por um significante único.

O clínico, dessa forma, não seria o representante de um saber todo, segregado o mais possível de seu desejo, e que responderia à demanda do *eu* atacando o sintoma, para de qualquer maneira interrompê-lo; ao contrário, o clínico, ao operar por meio da fala, solicitaria o *sujeito do inconsciente*, do desejo. Tratar o sintoma não seria, então, eliminá-lo, mas sim “acolhê-lo para que possa ser desdobrado e decifrado, fazendo aí emergir um sujeito” (QUINET, 2008, p. 19).

Ao falar, o sujeito produz, infinitamente, significantes, sem jamais fechar a cadeia que o representa. Nessa perspectiva, ao focar a fantasia inconsciente, a Psicanálise tem uma função subjetivante uma vez que dá voz ao saber do sujeito. Há aqui um processo de desalienação, porque o sujeito deixa de estar alienado a um *saber* todo, da Medicina, e passa a apropriar-se de um saber dele sobre ele mesmo; em outras palavras, ao invés de dar nome a uma manifestação sintomática, o clínico, orientado pela Psicanálise, escuta o sujeito dizer de seu sintoma e, ao mesmo tempo, produzir um saber sobre esse sintoma. É importante ressaltar que um saber dessa natureza é sempre

---

<sup>13</sup> Utilizaremos as nomenclaturas *eu*, *isso* e *supereu*, para designar ao que a tradução das obras freudianas nomeia de *ego*, *id* e *superego*. O *eu* se define pelo fato de estar pensando, conscientemente, e pelo corpo. É o *eu* cartesiano. Ele se sobrepõe ao sujeito do inconsciente, barrando-o, não o deixando atingir a consciência.

transitório, ou seja, ele está sempre em mutação. O saber é um campo em totalização infinita, ele nunca se fecha.

Como a Psicanálise possui um discurso autônomo, ela também elabora seu próprio diagnóstico. Como? Elabora no processo de análise, no depois, repensando a prática clínica. Para ela o diagnóstico está articulado à história particular e única de cada sujeito.

A função do diagnóstico para a Psicanálise, assim, é conduzir a direção do tratamento. Para tanto, o diagnóstico se remete a uma estrutura que condiciona o sujeito. A Psicanálise lacaniana – base teórica a qual nos filiamos – propõe três estruturas clínicas, construídas por meio de três maneiras distintas de negar a castração: a neurose, pelo recalçamento; a psicose, pela forclusão; e a perversão, pelo desmentido. Cada uma dessas estruturas “corresponde a uma manifestação fenomênica distinta como retorno do que foi negado: na neurose, o sintoma; na perversão, o fetiche; na psicose, a alucinação” (PETRI, 2008, p. 93).

Nesse sentido, uma manifestação fenomênica somente poderá ser pensada se articulada à estrutura do sujeito. Caso contrário, corre-se o risco de “agrupar em uma mesma categoria sujeitos extremamente diferentes, do ponto de vista psicopatológico, para os quais os tratamentos são diferenciados” (THEVENOT; METZ, 2007, p. 52).

Embora saibamos que há agitações motoras significativas em crianças psicóticas e autistas, e que essas expressões também são agrupadas na categoria de TDAH – com referência no DSM IV – para a Medicina psiquiátrica, pois, como vimos, atualmente se diagnostica esse transtorno em comorbidade com outros transtornos, na presente pesquisa trataremos a *hiperatividade* como um sintoma, ou seja, pensaremos na *hiperatividade* como uma manifestação sintomática de um sujeito neurótico.

### **3.2. O Sintoma**

A invenção da Psicanálise partiu dos sintomas, especificamente os da histeria. Havia nas histéricas manifestações fenomenológicas que não apresentavam correspondentes orgânicos. Para Lopes (s/d), “os sintomas, enquanto fenômenos, davam-se a ver ao olhar do clínico, mas escapavam a qualquer tentativa de compreensão pela via da consciência” (p. 1). O que as histéricas tinham?

Segundo Lopes (s/d), Freud, juntamente com outros clínicos, se aventurou na tentativa de entender a origem desses sintomas e deu atenção a algo que não estava na consciência. Depois do recurso da hipnose, ele passou a escutar as histéricas e percebeu que em suas falas havia indícios de um trauma sexual proveniente de um progenitor do sexo oposto, e que a consciência desse trauma seria intolerável ao *eu*. Desse modo, a lembrança do trauma ficava em nível inconsciente e o *eu* esforçava-se para não deixar essas lembranças retornar à consciência. A histeria seria, portanto, produto de uma cisão do aparelho psíquico, o qual fracassava “em suturar a fenda que fazia com que o eu não se sentisse uma unidade” (LOPES, s/d, p. 1). Os sintomas respondiam defensivamente à dissociação psíquica e, dessa forma, tinham uma formação de compromisso, uma vez que esses sintomas apresentavam uma solução para o conflito psíquico. Segundo Lopes (s/d), o

[...] sintoma compatibilizava a realização do desejo inconsciente com o desejo do pré-consciente, pois mantinha afastada do eu a totalidade da idéia incompatível através de um desligamento do mundo externo. O sintoma era produto de uma operação de repressão que retirava de circulação uma idéia intolerável porque ligada ao trauma e a substituída por outra que se ligava a ela por deslocamento, através de associações por simultaneidade (p. 1).

Freud, em 1892, repensou essa teoria do trauma, pois, para sustentá-la seria preciso que todos os sujeitos tivessem deparado em sua infância com um adulto perverso. Foi nesse período que ele partiu chegou à teoria da fantasia, ao perceber que o inconsciente não condiz com a realidade. Freud notou que a realidade humana é uma realidade psíquica, ou seja, ela é construída por meio de um trabalho do aparelho psíquico “e seu enredo se serve do *mito de Édipo* como tema universal ao redor do qual se estrutura o que tange ao desejo humano” (LOPES, s/d, p. 2). Freud encontrou, por meio desse mito grego, uma possibilidade de descrever algo que abrange todo ser humano e que pertence

ao desejo infantil inconsciente: há um desejo incestuoso e há a proibição desse incesto. O sujeito, então, cria alternativas para substituir esse objeto de desejo, proibido. Essa articulação do sujeito com a lei, estruturada por meio do complexo parental, move todo o desejo humano.

O sintoma neurótico seria, por consequência, uma manifestação metafórica do inconsciente em que há uma denúncia da relação do sujeito – enquanto barrado, impedido da satisfação incestuosa – com o desejo. O sintoma, segundo Quinet (2008),

[...] nos indica que o passado é atual e o desejo eterno dói. [...] Ele – o sintoma – revela a articulação do desejo com a lei, tal como Freud apreendeu através do mito de Édipo. [...] O sintoma é portanto uma metáfora de estrutura edípica onde se presentifica a articulação da lei com o desejo – desejo que aí se manifesta em suas impossibilidades (p. 17).

Freud partiu da histeria e chegou à obsessão. Se na histeria o sintoma se apresenta como substituto de um desejo recalcado, na neurose obsessiva o sintoma se apresenta como resposta a uma satisfação insuportável, e “ele expressa a luta entre a satisfação e a defesa combinando as duas de forma a obter satisfação na própria defesa” (MACHADO, 2005/2006, p. 2).

Freud (1915: 1996), por esse caminho, deparou-se com a pulsão. A pulsão é a representante psíquica dos estímulos – originários do organismo – e que atingem a mente exigindo satisfação. Nas palavras de Freud (1915:1996):

Um “instinto” nos aparecerá como sendo um conceito situado na fronteira entre o mental e o somático, como o representante psíquico dos estímulos que se originam dentro do organismo e alcançam a mente, como uma medida da exigência feita à mente no sentido de trabalhar em consequência de sua ligação com o corpo (p. 127).

Qual é o objeto que satisfaz a pulsão? Não há um objeto fixo e, ao mesmo tempo em que a pulsão pode se ligar a qualquer objeto não há nenhum que a satisfaça por completo, pois, conforme observamos, o objeto mítico está para sempre perdido.

Na perspectiva de Quinet (2008), Freud demonstrou que a pulsão tem “uma representação de linguagem no inconsciente” (p. 25); porém, há uma parte da pulsão que nunca é representável e que corresponde à libido – parte

energética da pulsão. Essa parte irrepresentável é o que Freud chamou de pulsão de morte.

A pulsão de morte é a responsável pela repetição. Na tentativa de retorno a essa primeira satisfação, mitológica, é que o sujeito fica condenado à repetição significativa, sem jamais alcançar essa satisfação, porém, sem jamais deixar de buscá-la. Lopes (s/d) sublinha que a satisfação primeira está perdida, restam apenas traços de lembrança que a representam parcialmente.

O sintoma, a partir dessa teoria, passou por uma reformulação, de sorte que o conceito de sintoma como uma metáfora tornou-se simplista. Ele somente se faz metáfora quando em análise, visto que o sujeito passa a considerá-lo como uma questão e não como uma resposta.

Essa nova concepção de sintoma invade o campo da pulsão. Por meio da análise da neurose obsessiva, Freud pôde pensar no sintoma como uma “solução porque oferece uma satisfação própria, ainda que desprazerosa para o sujeito” (LOPES, s/d, p. 3). A satisfação, destarte, não está vinculada somente ao prazer, mas também à repetição de um encontro com a falta. Essa paradoxal satisfação – ao mesmo tempo prazerosa e causadora de sofrimento – é o que fez Lacan definir o conceito de *gozo*. Há um gozo no sintoma e o gozo é da ordem da pulsão de morte. Nas palavras de Magno (2008):

Não há movimento de desejo senão na perseguição do algo-a-mais-a-gozar e que sempre está perdido. Trata-se de pulsão de morte, em que toda formação de prazer, toda formação discursiva, é sintomática como barreira ao gozo, renúncia a gozar, pois o gozo é morte. Gozar é morrer. Se pudéssemos investir no campo do gozo, estaríamos no regime da pulsão de morte, mas há barreiras à morte, limitações ao gozo, que pertencem ao chamado princípio do prazer. Barreiras à morte: o mecanismo de repetição é um mecanismo mortal (p. 72).

Quando esse desprazer do sintoma atinge um caráter insuportável, o sujeito pode fazer uma demanda de análise. Portanto, quando o sujeito busca uma análise, ele busca não por causa do sintoma, mas porque o sintoma falha na sua proposta.

A partir do momento em que o sujeito está disposto a implicar-se com o sintoma, faz questões sobre suas manifestações, há possibilidades de mudanças, o “que implica dar-se conta de como esta se produziu, em vez de ficar na repetição neurótica do estar melhor” (GALVÃO, 2002, p. 82).

### 3.3. O Sujeito do Inconsciente e o Sintoma *Hiperatividade*

Vimos que a Psicanálise enfoca o sujeito do inconsciente e que o sintoma, nessa teoria, não se limita a fenômenos observáveis, mas diz também da relação do sujeito do inconsciente com a falta que o constitui. Por conseguinte, faremos agora uma reflexão sobre o sujeito do inconsciente e o sintoma *hiperatividade*.

Não podemos negar que essa sintomatologia *hiperatividade* faz parte da clínica do contemporâneo. Estamos de acordo com Machado (2005/2006) ao definir a diferença entre o mundo contemporâneo e o mundo moderno.

O mundo moderno foi marcado pelo advento da ciência e pela instalação do poder da razão, em detrimento do poder paterno. Houve, portanto, um questionamento das tradições, um declínio do poder divino e, conseqüentemente, de “seu representante terreno: o pai de família” (MACHADO, 2005/2006, p. 1). É nesse momento que surge a Psicanálise, num momento de conflito pela contestação ao pai e à moral.

Por outro lado, o mundo contemporâneo radicaliza os resultados do moderno. Há a soberania da liberdade individual. Nesse mundo, o ideal perde o lugar para o objeto que, no âmbito da lógica capitalista, atinge o ápice social. Dessa forma, ao invés de conflitos relacionados aos ideais paternos, temos nos deparado, na clínica contemporânea, com compulsões ao gozo.

Nesse cenário, avistamos a criança *hiperativa*: uma agitação motora em resposta a um excesso libidinal materno direcionado à criança, fazendo dela seu objeto fetiche (BIANCHI, 2007). Vimos que a libido é a energia pulsional que não pode ser representada, ela é da ordem da pulsão de morte. Há um gozo mortífero e há uma barra a esse gozo. Se considerarmos que há um excesso de libido direcionada à criança hiperativa, essa barra, então, pode não estar operando como deveria.

Bianchi (2007) propõe, baseando-se em Maryse Roy, que pensemos a criança hiperativa como uma criança-sintoma, em que a criança hiperativa é o

falo<sup>14</sup> hiperativo da mãe e que está tamponando a falta dessa mãe, ou seja, a criança está no lugar do sintoma materno e, dessa forma, o sintoma *hiperatividade* é uma resposta à falta materna.

Explicaremos como Lacan formula a relação do sujeito com a falta para, em seguida, voltarmos ao tema *hiperatividade*.

Lacan (1956/1957: 1995), no seminário *A relação de objeto* introduz, por meio de uma análise minuciosa dos três tempos lógicos do Édipo (privação, frustração e castração) que, na constituição do sujeito, o que está em jogo é sua relação com a falta do objeto.

No primeiro tempo há uma relação dual entre a mãe e seu bebê. Há um apelo – um grito – e há uma significação desse apelo – pode ser fome, pode ser frio, pode ser cólica, etc. A mãe, na dúvida, escolhe um significante e responde a esse chamado. Nesse primeiro momento a criança está “assujeitada aos caprichos daquele de quem depende” (Lacan, 1957/1958: 1999, p. 195).

O que a criança busca, nesse momento, é poder satisfazer o desejo da mãe, isto é, ser o objeto de desejo da mãe. E qual é o objeto de desejo da mãe? O falo. A criança, nesse primeiro momento se identifica com o falo. Porém, esse Outro<sup>15</sup> materno pode direcionar seu olhar para a criança e confirmar o local de seu desejo e pode desviar seu olhar colocando em dúvida essa localização, quer dizer, essa mãe pode estar presente ou pode estar ausente. Quando está ausente supõe-se que algo que não está ali – no bebê – a interessa.

No segundo momento aparece o pai, no plano imaginário, como intercessor do desejo da mãe e que a priva de colocar o filho como único objeto de seu desejo, priva-a de fechar essa relação dual. Somente dessa forma a criança não se torna o único objeto de desejo da mãe.

---

<sup>14</sup> De acordo com Lacan, o *falo* é o pedaço do resto que não entrou no imaginário, ficou no real. Esse falo, então, virá sobre a forma de uma falta (-f), “é o significante da falta pelo qual o logos se enlaça com a vida”. (Lacan, 1957/1958: 1999, p. 476)

<sup>15</sup> O grande Outro, para Lacan, é o lugar da palavra, entendendo que esse lugar comporta leis. Ele não é o outro semelhante, aquele que está ali, mas ele existe “na relação falante, este mais-além, este grande Outro para além do outro que vocês aprendem imaginariamente, este Outro suposto que é o sujeito como tal, o sujeito em que a fala de vocês se constitui, porque ele pode, não somente acolhê-la, percebê-la, mas também responder a ela” (Lacan, 1995, p. 80).

No terceiro tempo o pai intervém como aquele que tem o falo, aquele que se supõe como possuidor do objeto de desejo que direciona o olhar da mãe. Esse é o momento da identificação do sujeito. Justamente por ser quem, supostamente, tem o falo, o pai aparece como ideal do eu, como modelo para o sujeito. É nesse terceiro momento, da castração, que se coloca para o sujeito que seus

[...] objetos imaginários apesar de estarem postos no lugar do que falta, não fazem completude. Nesse sentido, o atravessamento do Édipo é o momento crucial da estruturação do sujeito, uma vez que a castração reordena as relações do sujeito com a falta e dá um novo estatuto ao falo, que de objeto imaginário é alçado a condição simbólica: como significante da falta, servindo de suporte para o jogo das infinitas substituições às quais o sujeito irá se submeter no decorrer de sua vida (PETRI; FRAGELLI, 2004, p. 127).

A hipótese de Bianchi (2007) sobre a criança hiperativa, com a qual partilhamos, é de que nessa tríade – mãe/criança/pai – o pai, ou quem faz essa função, não está representando tão bem assim o lugar de detentor do objeto de desejo da mãe. Então, onde está localizado o objeto de desejo da mãe? Essa é a questão principal: a criança está tamponando a falta da mãe e, dessa forma, ela – a criança – está nesse lugar de objeto de desejo. Porém, vimos que ser objeto de desejo é necessário num momento da constituição subjetiva. Acontece que verificamos, no caso da criança hiperativa, uma cristalização de demanda materna direcionada ao corpo dessa criança, em um momento em que ela – a criança – ainda não tem recursos para se defender desse excesso de demanda. Vemos, nesse caso, uma dificuldade em se operar a lógica da separação e, essa dificuldade retorna ao corpo da criança, em forma de agitação. Segundo Tendlarz (s/d), “a falha simbólica dá lugar ao excesso que se revira no corpo, impedindo que a criança mantenha sua atenção ou que possa deter-se o tempo suficiente para concluir suas tarefas” (p. 7).

Relataremos a seguir recortes extraídos de anotações de dois casos clínicos que elucidam essa hipótese. É importante ressaltar, antes, que na clínica de orientação psicanalítica, por mais que sustentemos uma hipótese que pode ser universal, o caso é sempre singular. Costa-Rosa (2009) define a diferença entre produzir um conhecimento universal e produzir um conhecimento genérico. Enquanto este acoplaria todos os sujeitos hiperativos

em síndromes, anulando dessa forma suas singularidades, aquele apontaria para algo constante nesses sujeitos, porém, cada caso seria único.

*Primeiro Caso:*

Mãe e pai procuram uma intervenção psicoterapêutica para o filho de seis anos. A escola ameaçou expulsá-lo caso não procurassem atendimento especializado; a diretora suspeitava que a criança fosse hiperativa. Os pais mudam o menino de escola e procuram o atendimento.

Como os pais trabalham o dia todo, desde os nove meses de idade a criança passa o dia na escola. A mãe diz que ele é agitado, porém, isso não o atrapalha no rendimento escolar, mas atrapalha as outras crianças.

O pai relata um episódio: estavam em uma viagem e a família decide jantar no restaurante do hotel. O menino “atazanou” (sic/pai) tanto que o pai deixou a mãe e o irmão mais velho, de dezessete anos, no restaurante e subiu com o filho para o quarto, sem comida. O pai diz: “fiz isso para castigá-lo, mas eu também fui castigado”.

“Ele foi uma surpresa” (sic/mãe), não estavam pensando em ter mais filhos. A família já estava estabelecida e a mãe relata que “não tem mais paciência com crianças” (sic). Exigem do filho atitudes de um adulto. Dentro de casa não há problemas, o menino brinca sozinho, entretanto, fica sempre chamando a mãe para saber onde ela está; porém, quando fazem um passeio, nunca ficam tranquilos, sempre precisam “ficar de olho, pois um segundo de distração, ele apronta” (sic/mãe).

Em um dos primeiros encontros com a psicanalista a criança desenha sua mãe, seu irmão e ele<sup>16</sup>. Começa a desenhar uma cabeça, mas interrompe. A psicanalista pergunta: “Onde está seu pai?” E a criança responde: “eu errei”. Dando continuidade no desenho, o menino separa, com uma corda, o chão, de um modo em que dá a impressão de que as figuras estão flutuando em cima de uma corda bamba. Em seguida desenha uma pessoa e diz ser seu pai e, na sequência, com o lápis laranja, rabisca um céu.

---

<sup>16</sup> Figura 1

Pensamos que a criança coloca em dúvida a efetividade da função paterna, ela erra ao desenhar o pai. Ao mesmo tempo, denuncia o que essa dúvida provoca: estão todos flutuando e se “aterrizarem” vão se deparar com uma corda bamba.

O menino dá indícios, também, de suas questões a respeito da função materna. Quando a mãe não direciona a ele seu olhar, ele a convoca, chamando-a todo o tempo; contudo, quando seu grande olhar é lançado, ele tenta desviar-se, aterrorizado. Parece que a criança testa a efetividade das funções paterna e materna e, ao mesmo tempo, qual o limite dessas funções.

Podemos notar em um segundo desenho<sup>17</sup>, produzido três encontros depois do relatado acima, que o menino recoloca essa questão de um grande olho que o vigia e, também nesse desenho, mostra como faz para desviar-se dessa posição de vigiado. Ele desenha um olho bem grande e do lado desenha a figura de um menino. Todavia, em seguida pinta o grande olho de preto e dobra o papel de modo que o menino fica marcado no outro lado da folha. A psicanalista tem a impressão de um deslocamento: o menino sai da posição de olhado e fica na posição de olhar o olho que o olha, em outras palavras, ao marcar a figura do menino do outro lado da folha, ao invés de apenas o olho olhar para ele, ele também olha o olho que olha para ele. É dessa forma que ele se relaciona com os pais quando percebe esse grande olho, tenta escapar da vigia, vigiando, assim que encontra a mínima brecha.

Nessas considerações, é possível perceber que a criança denuncia que a função paterna parece não operar e, ao mesmo tempo, essa criança recebe um excesso libidinal provindo da figura materna. Parece-nos que o menino tenta, à sua maneira, proteger-se desse excesso avaliando o tempo todo como a função paterna está operando. Essa avaliação nos é indicada pelas brincadeiras da criança nas sessões: sempre há um transbordamento do limite. Um exemplo: o menino enche a pia de água até quase transbordar. De tempo em tempo abre a torneira um pouco mais até que a borda não suporta o tanto de água e essa água vaza. O mesmo acontece com as pinturas com tinta. Ele vai colocando sempre um pouquinho mais de tinta até que ela esparrama para fora do papel.

---

<sup>17</sup> Figura 2

Constatamos, então, um limite que é testado por essa criança e que esse limite não dá conta de conter o excesso de investimento. Pensamos, nesse sentido, que a criança repete na transferência seu impasse: um excesso de demanda materna e uma falha na barragem a esse excesso.

Essa criança, ao mesmo tempo em que se questiona sobre a localização do desejo da mãe, se apavora ao se deparar com um excesso de gozo materno localizado em seu corpo. Nosso objetivo seria a de conduzir a direção desse tratamento com uma tentativa de transformar esse gozo materno, excessivo, em desejo. Entendemos que um desejo não está localizado em um objeto empírico, o corpo da criança no caso, mas um desejo materno sustenta o sujeito na busca de seu próprio desejo. Um sujeito de desejo é um sujeito que não visa o gozo, mas sim um cuidar-se. No próprio gozo há uma hiância que se abre para o desejo e é essa abertura a possibilidade de transformar esse gozo, maciço, invasivo, em desejo<sup>18</sup>.

#### *Segundo Caso:*

Este caso que relataremos é o de um menino de oito anos, diagnosticado com TDAH um ano e meio antes de os pais buscarem psicoterapia. Desde o diagnóstico, toma dois comprimidos e meio de *Ritalina* por dia. Na entrevista preliminar, com uma voz trêmula, a mãe diz que o menino é “*muito imaturo*” e, em seguida, diz que a doença foi descoberta por meio de um exame, o eletroencefalograma, que acusou imaturidade cerebral. Ela também relata que tem horas em que a criança é “insuportável”, contudo, a medicação estaria contendo esses momentos. Muito perdida pergunta à analista todo o tempo sobre o que é certo e o que é errado com relação à educação do filho.

Numa segunda entrevista, os pais relatam impaciência com o filho e dificuldades em lidar com sua agitação, confessando exigir do menino atitudes de adulto. O significativo *imatuidade* aparece com frequência na fala dos pais. O medo de errar na educação da criança e o pedido para orientá-los surgem,

---

<sup>18</sup> Utilizaremos a nomenclatura *Caso 2* quando nos referirmos, posteriormente, a esse caso.

novamente, nessa entrevista. Nesse dia, os pais relatam que o filho tem episódios constantes de asma e que nasceu com bronquiolite.

Podemos pensar, já nesses dois encontros com os pais, que há uma culpa em torno do que essa mãe faz com o filho que a leva, a todo o momento, a pedir confirmação sobre se fez algo mal para ele. Pode ser algo com relação ao casal? Fizemos esse questionamento na medida em que percebemos que esse filho parece estar justamente no lugar dessa tensão. Levantamos a hipótese de que a mãe, ao invés de olhar para sua relação com o marido, olha para a educação do filho.

No primeiro encontro com a criança, a analista diz: “Olá, tudo bem?” e a criança responde: “é... depois que comecei vir aqui melhorou. Meu pai não está mais gritando comigo, minha mãe também está mais calma, fica me agradando e eu... acho que também estou mais calmo... é...”. Podemos constatar, por meio dessa fala, indícios que já tínhamos percebido nas primeiras entrevistas: há uma tensão localizada nessa criança.

No decorrer dos encontros, a criança diz estar cansada ou de não fazer nada, ou de tanto que nadou, ou de tanto assistir televisão, ou de ir ao encontro com a analista, dentre outras coisas, mas o que sempre se repete é o significante *cansaço*. Sabemos que o cansaço pode ser efeito do medicamento, porém, também podemos relacionar esse cansaço com a tensão localizada no corpo da criança.

Em uma sessão específica o menino analisa os brinquedos que não vai brincar: “dominó não porque minha mão está suada e as figuras podem manchar minha mão e eu vou para a casa da minha avó e ela fica brava se mancha o sofá. A bolinha de gude eu não quero porque depois minha mãe fica perguntando o que eu fiz aqui e a minha irmã fica assim *eu qué binca de bolinha de gude!!* O quebra cabeça não porque eu não sou muito bom nisso, daí eu perco uma peça e fico *Onde está a peça?* É melhor jogo porque eu já estou acostumado, assim eu não fico muito louco. Eu já estou conseguindo não ficar muito louco”.

O que será que o deixa “muito louco” a ponto de se cobrar o tempo todas as atitudes que não o façam perder o controle? Vemos nesse recorte a produção dessa criança em defesa ao excesso de demanda. O menino, em todo o tempo, elabora fantasiosamente quais seriam as conseqüências de seus atos.

Ele *tem que ter* comportamentos semelhantes ao de um adulto, *tem que ter* responsabilidades, *tem que ter* discernimentos, *tem que ter...* O excesso de cobrança poderia estar causando um excesso de cansaço? Esses excessos causariam falta de ar?

Em um dos encontros o menino chega com um curativo no braço. A analista pergunta o que houve e a criança responde: “É que tenho falta de ar e tive que tomar injeção... sabe, minha mãe fica perguntando o que a gente faz aqui para ela ensinar pros alunos dela”. A analista pergunta: “isso te dá falta de ar?” e a criança responde: “não, eu tenho falta de ar à noite, eu faço inalação de vinte em vinte minutos”.

Pensamos que essa última frase seja uma resposta defensiva. A criança desvia a relação da falta de ar com o excesso de perguntas da mãe e elabora uma resposta racional baseada em um momento empírico. Porém, levantamos a hipótese de que essa invasão da mãe tentando ser onipresente, mesmo nos momentos em que sua presença não é permitida, causa nele falta de ar.

Temos ainda o relato de um dia em que a criança narra cinco pesadelos que provocam nele muito medo. Começa a contar do quinto até o primeiro. Optamos por reproduzir o quinto e o quarto, pois, neles podemos averiguar como a função paterna está sendo percebida por essa criança.

O menino diz que estão em uma canoa dentro da represa: o pai, o primo, a irmã e ele. Têm tubarões no fundo e uma rede na água. A psicanalista pergunta se a rede os separa dos tubarões e ele responde: “sabe que não pensei nisso?”. Daí começa a entrar água na canoa. Ele sai, a irmã sai, o primo sai e o pai é comido pelos tubarões.

No quarto pesadelo ele está surfando numa onda bem grande. Vem um tubarão *martelo* e derruba-o. O pai vem com um helicóptero para salvá-lo, mas uma onda bem grande derruba o helicóptero e os tubarões comem seu pai. A criança diz nessa hora que a onda grande é um tsunami e começa a destruir casa, famílias, animais e árvores.

Percebemos nesses dois pesadelos que a criança tenta convocar o pai para que a questão de sua – do filho – separação com a mãe seja efetivada.

Porém, percebemos que essa tentativa acaba não se consolidando, o pai morre devorado pelos tubarões *maternos*<sup>19</sup>.

Pudemos constatar, nos dois casos expostos, dificuldades estruturais no processo de separação entre a criança e a mãe. Em ambos os casos essa dificuldade é manifestada em forma de agitação motora. É importante assinalarmos que não encontramos nessas duas crianças dificuldades em se constituírem como sujeitos, porém, deparamo-nos com dificuldades no processo de separação de desejo. Vimos, ao mesmo tempo, as tentativas dessas crianças em convocar a função paterna para que opere como um corte na demanda maciça da mãe.

---

<sup>19</sup> Utilizaremos a nomenclatura *Caso 3* quando nos referirmos, posteriormente, a esse caso.



Figura 1



Figura 2

## **4. CONSIDERAÇÕES SOBRE A CLÍNICA PSICANALÍTICA COM CRIANÇAS**

Ao longo da exposição verificamos que, baseando-nos na Psicanálise, podemos relacionar a questão de um sujeito de desejo e seu sintoma. Dessa forma, a *hiperatividade* não seria definida isoladamente, por meio de justaposições de sinais observados, mas ela sim por meio de uma articulação entre o sujeito, o sintoma e sua história.

Como expusemos na Apresentação, optamos por refletir sobre três eixos atravessadores da clínica psicanalítica, uma vez que elegemos tratar crianças que apresentam o sintoma hiperatividade. O primeiro eixo refere-se a peculiaridades da clínica da Psicanálise com crianças, o segundo eixo refere-se à família dessa criança e o terceiro eixo refere-se ao discurso da ciência e sua influência no saber dos pais sobre o sintoma de seu filho. Neste capítulo discorreremos sobre o primeiro eixo proposto: analisar crianças.

Contudo, antes de falar sobre a clínica com crianças, abordaremos sucintamente a clínica como um método específico de constituição de um saber, uma vez que esse é o nosso método de trabalho: tentamos incorporar uma experiência singular ao múltiplo, porém, sabemos que a singularidade é única.

### **4.1. A Clínica**

Tanto a Psicanálise como a Medicina edificam seus saberes por meio da clínica. Ansermet (2003) salienta que, centrada no paciente, seja a clínica médica, seja a clínica psicanalítica, sua produção de saberes advém da singularidade de cada caso, o que faz com que priorizem o único. O clínico aposta incorporar o um ao múltiplo para em seguida retomar o um. O que isso significa? É por meio da tentativa de articulação entre o um e o múltiplo que se

produz saberes. Para Ansermet (2003) “a clínica, em seu cerne, é a um só tempo a prática de um saber e uma via de pesquisa que contribui para estabelecer um saber a partir de uma prática” (p. 7).

Entretanto, o autor aponta para o fato de que a Medicina ignora essa característica essencial do método clínico: a articulação entre o um e o múltiplo. A clínica médica, segundo Ansermet (2003), se baseia no olhar e, por isso, seu objeto é constituído por meio da observação e da descrição de sinais clínicos, ou seja, se aposta esgotar o objeto pela descrição minuciosa, o que provoca uma anulação do um em detrimento do múltiplo.

Ainda para o autor, a medicina se caracteriza por tentar articular, de forma direta o olhar – observação – e a linguagem – descrição – e, “desde sua constituição, ela está em busca de uma passagem do visível ao enunciável<sup>20</sup>” (ANSERMET, 2003, p. 8). Ao descrever minuciosamente o corpo – objeto da Medicina – tem-se a ilusão de que ele todo pode ser fisgado pelo enunciado.

Como contraponto, a Psicanálise opera pela clínica da escuta. Há uma mudança de sistema sensorial: do olhar ao ouvido. A Psicanálise se orienta pelo enunciado produzido pelo sujeito e a construção do conhecimento se dá pela interpretação, ou seja, tenta-se seguir um fio condutor de sentido. Nas palavras de Ansermet (2003), “onde a Medicina é uma clínica do corpo, na condição de objeto capturado pelo olhar, a Psicanálise almeja ser uma clínica do sujeito apreendido pela escuta” (p. 9).

Na clínica da Psicanálise, provida pelo ouvido clínico – ao invés do olho clínico –, tenta-se não se deixar iludir pelo que é manifesto e, ao mesmo tempo, procura-se devolver ao sujeito a escuta do que ele próprio fala, mas não consegue ouvir. Ansermet (2003) ressalta que não se trata de opor a clínica do olhar à clínica da escuta, pois, a Psicanálise também considera o olhar, mas o olhar sobre a fala. Para esse autor,

[...] poderíamos, então, distinguir a clínica médica da clínica psicanalítica opondo o olho ao olhar, mais do que à fala. A clínica médica seria uma clínica do ver que põe em jogo o olho e a positividade do objeto. A clínica psicanalítica, clínica do sujeito, seria uma clínica do olhar que põe em jogo a fala e a negatividade do objeto (ANSERMET, 2003, p. 10).

---

<sup>20</sup> Discorreremos sobre esse fato por meio da análise da construção do DSM e do CID feita no Capítulo 2.

A descontinuidade da fala consciente, isto é, a maneira como o inconsciente se manifesta, é a direção do olhar da Psicanálise. Contudo, é certo que o inconsciente está tanto do lado do clínico como do lado do paciente, e o processo analítico se constrói por esse encontro, de sorte que o ato analítico é a construção de um saber enlaçado, é uma clínica que se dá por meio da transferência.

Lidar com o mistério, com a dúvida, desfazer-se de preconceitos e de morais pré-estabelecidas e ainda aguentar incertezas, são implicações que o analista precisa suportar. A ele só resta “seguir o que o paciente enuncia, sem apropriar do que decorre das categorias preestabelecidas” (ANSERMET, 2003, p. 11), porque somente o paciente pode saber o que desvenda o seu impasse.

A clínica, tanto a médica como a psicanalítica, é um método em que se produz concomitantemente a prática e a pesquisa. Como Freud nos ensinou, a clínica é sempre inacabada, sua sustentação pressupõe constante investigação e isso faz parte de todo tratamento (ANSERMET, 2003). Desse modo, todo tratamento é único e “cada um deles pode fazer a pesquisa analítica avançar” (ANSERMET, 2003, p. 16). O importante é não deixar o conhecido se sobrepor ao inesperado, melhor dizendo, o importante ao clínico é permanecer atento a fim de que a via do singular se forme. Ao mesmo tempo em que temos uma referência de saber, precisamos consentir para que o inesperado nos surpreenda.

## **4.2. Analisar Crianças**

Mesmo que a Psicanálise enfoque o sujeito do inconsciente e a forma como se estrutura a subjetividade – um enfoque na construção lógica e não no desenvolvimento cronológico – optamos por fazer um recorte no tempo da infância. Por quê? Há peculiaridades clínicas a serem ponderadas quando escolhermos analisar crianças, pois, nesse tempo da infância o sujeito ainda se encontra em constituição e isso requer do analista um posicionamento diferente com relação ao analista de adulto.

De acordo com Petri (2008), Freud (1932) já afirmava a eficácia em analisar crianças, porém, ressaltava a precisão de uma revisão na técnica que, até então, se referia apenas à análise de adultos neuróticos. É importante deixar claro que, mesmo havendo peculiaridades na clínica de crianças, as condições de análise e a direção do tratamento seguem o “caráter central da ética da psicanálise como único mandamento técnico” (PETRI, 2008, p. 21, grifo nosso).

Levantaremos a seguir alguns pontos que julgamos imprescindíveis quando analisamos crianças. Esses pontos são apenas inícios de algumas reflexões, porém, julgamos necessárias para os clínicos que escolhem esse árduo caminho: encontrar-se com a infância.

O que importa para a Psicanálise é saber o que o sujeito constrói na atualidade da transferência, ou seja, é a resposta do sujeito a respeito do real<sup>21</sup> em jogo a cada momento particular, sendo por isso que na análise o clínico se torna também uma manifestação do inconsciente. Dessa forma, a clínica com crianças faz com que o clínico se depare com a criança que o habita, entretanto, sabemos que nunca essa criança será totalmente reeditada o que provoca uma barreira fundamental entre o analista e a criança analisante. Segundo Ansermet (2003), “pôr em jogo a criança no adulto, condição do encontro com uma criança, nos faz ir de encontro à criança como um inacessível no âmago do ser” (p. 13), em outras palavras, o clínico encontra constantemente, na clínica com crianças, um real impossível de suportar.

Em contraponto, esse confronto com o real produz a emergência de um potencial criativo, abrindo, desse modo, espaço para o sujeito produzir para além das restrições com as quais se depara. Esse processo de desorganização e reorganização é o que provoca a emergência do sujeito de maneira única, singular. A criança, dessa forma, encontra-se permanentemente em construção e somente *a posteriori* é que o clínico pode arquitetar o que foi produzido pelo sujeito.

---

<sup>21</sup> O real, para Lacan, só pode ser definido juntamente com o simbólico e o imaginário. O real não é a realidade, em que o mundo exterior é representado pelo simbólico. O simbólico expulsou o real da realidade. Nas palavras de Chemama (2002), o real “volta na realidade para um lugar no qual o sujeito não o encontra, a não ser sob a forma de um encontro que desperta o sujeito de seu estado originário. Definido como impossível, o real é aquilo que não pode ser simbolizado totalmente na palavra ou na escrita e, por consequência, não cessa de não se escrever” (p. 182).

Duas questões fundamentais emergem a partir do ato analítico com crianças: a origem e a morte. A questão sobre a origem – de onde vêm as crianças? – perpassa essa clínica, porém, permanece sem resposta tanto para a criança como para o clínico. No entanto, essa questão toma a criança e é no corpo que isso se revela, ou seja, “é assim que os fenômenos corporais se imbricam na vida psíquica em dialética com o vir a ser da criança” (ANSERMET, 2003, p. 14). Portanto, fenômenos mentais e corporais estão estreitamente entrelaçados. Ao mesmo tempo, olhar para o corpo não impede que se ouça para além do que esse corpo revela. Trabalhar como analista da criança, dessa forma, supõe não somente levar em conta a realidade da doença em questão, mas também considerar o lugar que essa doença ocupa na realidade psíquica desse sujeito.

Ao mesmo tempo em que esse encontro entre clínico e criança revela para ambos a questão da origem, desvela-se também a fatalidade da morte. Lidamos com a morte diariamente sem nada saber sobre ela. Nesse sentido a criança revela para o adulto o que nele está recalcado; é no real da clínica – o encontro com o sexo e com a morte – que se pratica o ato analítico e é essa a dimensão que o clínico enfrenta, ou seja, ao atender crianças, o que o clínico encontra seguramente é a dimensão do real.

Outro ponto importante a ser considerado ao atender crianças diz respeito à sexualidade feminina. Eric Laurent (2007) retoma uma passagem de Lacan em que esse autor ressalta que a investigação sexual feminina é uma questão preliminar a todo tratamento possível com crianças. Ao considerar a sexualidade feminina, Lacan desloca o enfoque do papel da mãe – muito acolhido pelos psicanalistas de crianças – para o da mulher. Nas palavras de Laurent (2007),

[...] em sua obra, Lacan tratou de substituir ou de fazer funcionar essa metáfora por seu avesso, isto é, silenciar um pouco a relação ou o fascínio da psicanálise em relação à mãe, a fim de dar lugar aos paradoxos da sexualidade feminina (p. 15).

O discurso materno, tão bem enfatizado por muitas vertentes da Psicanálise, silencia a sexualidade feminina, camuflando o lugar ocupado pela criança: objeto de gozo. Quando se enfoca a relação mãe-filho esquece-se de

que a criança “ocupa um lugar de condensador de gozo” (LAURENT, 2007, p. 16), e de que a maternidade é uma atividade sexual. No Caso 3, vimos claramente essa substituição do papel da mulher pelo da mãe. A mãe tampona sua posição de “mulher do marido” ao ocupar-se de forma maciça da educação do filho. É no corpo do filho que está condensada a tensão do casal.

Se o analista dessa criança não considerasse a questão da sexualidade feminina, todo o tratamento estaria resumido ou a uma orientação a essa mãe em como educar bem o seu filho ou aos momentos, como o da sessão, dedicados a transformar a relação analista-analisante em uma relação substituta, idealizada, da relação mãe-filho.

Há outro ponto a ser sublinhado sobre essa questão da sexualidade feminina: a predominância de analistas de crianças mulheres. Essa predominância nos provoca, ainda, a seguinte reflexão: que lugar essa criança analisante ocupa no desejo da analista? Segundo Vorcaro (2004),

[...] a posição da criança, posição de equivalência simbólica ao falo na economia subjetiva do agente materno, permitiria o recurso a uma língua dual, privilegiada, reservada à relação mãe-criança, podendo situar as *mulheres-analistas-de-crianças* num laço particular e privado, cuja consequência seria a economia da passagem à articulação teórica, fazendo, muitas vezes, da “*intuição*” uma suficiência (p. 140).

Olhando por essa vertente, a Psicanálise com crianças corre um sério risco de desviar-se de seu campo de atuação, uma vez que a linha que o separa do campo educacional, de agente substituto da função materna, é demasiado tênue, em outras palavras, seria um erro transformar a função da analista em uma função de suplência materna, uma suplência propiciadora de uma relação ideal de mãe-filho.

Vorcaro (2004) avança nesse aspecto introduzindo o tema do sintoma da analista de crianças: um sintoma produzido nas raízes dessa clínica e que tem relação com o fantasma da filiação presente no ato da cena de análise. Problematizar essa questão é criar possibilidades para que a clínica com crianças possa se soltar da ordem imaginária em que a qualidade de criança se estabelece, “considerando-se que esta condição de criança não seria apreensível senão enquanto encarnação do ideal polimetrizado no narcisismo ou no fantasma da analista” (VORCARO, 2004, p. 142).

Por esse caminho, voltamos à questão da transferência. A especificidade da transferência, nessa clínica, está ligada diretamente à relação entre a criança e seus progenitores. Há duas vertentes de transferência a ser estabelecida: com a criança e com os pais da criança. Porém, outra pergunta nos é lançada a partir dessa peculiaridade da transferência: de quem é a demanda de análise?

A transferência com a criança apenas ocorre depois da transferência com os pais da criança; são os pais que iniciam o laço transferencial do analista com a criança quando possuem uma demanda de análise direcionada ao suposto saber do analista. A demanda de análise dessa criança surge somente depois da demanda dos pais. Antes que essa criança possa “tomar-se como elemento do seu pensamento e ser surpreendida por suas próprias manifestações” (VORCARO, 2004, p. 143) e dessa forma possa indagar sobre seu impasse, ela é tomada como a materialização da queixa dos pais: essa criança é o suporte concreto de uma queixa.

Essa queixa dos pais endereçada ao analista refere-se ao não ingresso dessa criança ao gozo social, visto que ela não responde como é convocada a responder e isso provoca uma estranheza. É essa estranheza que leva os pais ao encontro do analista. Retomando o Caso 2: a mãe não consegue “conter” seu filho quando estão em ambientes sociais, ambientes com olhares julgadores – na fantasia parental. A mãe diz: “quem olha de fora acha que eu não sei educar direito”. Essa criança não responde permanecendo no lugar convocado, responde ao avesso desse lugar, como vimos no desenho – figura 2 do capítulo 3 – do menino que se desloca da posição passiva de ser olhado para a posição de olhar o olho que o olha.

Porém, o analista não está no lugar de produção de gozo social, portanto, não pode responder a essa demanda dos pais. Não responder a essa demanda, mas escutar esse discurso sobre a criança do narcisismo desses pais, aquela que gostariam de ter e, portanto, escutar ao mesmo tempo seus fracassos, é a chance que o analista tem de poder diferenciar essa demanda da demanda de análise que a própria criança poderá vir a fazer.

Fazer a passagem da criança-sintoma para o sintoma da criança implica-nos outra questão: essa criança encontra-se em processo de estruturação e, portanto, sem uma construção definida sobre a administração

de seu desejo. Assim, levantar a hipótese de um diagnóstico é uma aposta necessária ao tratamento, porém, essa mesma aposta pode representar uma condenação.

Mesmo com essa dificuldade clínica, julgamos possível localizar e diferenciar a demanda da criança e possibilitar que essa demanda seja endereçada à figura do analista, propiciando a constituição da transferência. Quando estabelecida a demanda, a criança se torna responsável pelo seu sintoma, uma vez que este a constitui como sujeito, autor de sua fala, mesmo que esse sintoma esteja intrinsecamente ligado ao sintoma parental.

Nesse ponto, encontramos uma grande dificuldade: quando a demanda dos pais se esgota, eles se retiram e levam a criança, sem que a esta seja permitido um tempo necessário para articular a sua demanda, ou seja, não há transferência sustentável na análise da criança se essa transferência não incidir também nos agentes paternos. Na perspectiva de Vorcaro (2004),

[...] decorre daí a importância de considerá-los como parte do texto que traça questões ou pontua lacunas para a própria criança, que nelas se engaja com maior ou menor rigor e que delas se diferencia ao articular as suas (p. 145).

Como verificamos, deparamo-nos com muitos atravessamentos quando escolhermos analisar crianças: deparamos com questões atualizadas na transferência; questões intrínsecas de nossa existência, a origem e a morte; com nossas questões singulares, nossos sintomas; com o real impossível de suportar, a impossibilidade de re-editar nossa infância; lidamos com a articulação da demanda paterna concomitante a da criança e todo o embaraço que essa articulação pode produzir; lidamos, também, com o delicado manejo de tratar um sujeito em constituição. Mas, porque optamos por sistematizar esses apontamentos referentes à clínica com crianças? Porque é justamente da posição de analista de crianças que elaboramos as hipóteses que norteiam o trabalho sobre a criança hiperativa, sua família e o discurso científico.

## 5. A FAMÍLIA E O DISCURSO MÉDICO

Refletimos, no capítulo anterior, sobre atravessamentos da análise de uma criança. Neste capítulo, vamos nos ater a um atravessamento específico: os lugares ocupados pelos pais no tratamento, lugares que provocam a extensão da transferência e ao mesmo tempo a da resistência. Faremos, porém, uma análise sobre os pais da realidade, inseridos em um tempo e um espaço histórico, submetidos ao discurso dominante de uma época.

Julgamos importante direcionar nosso olhar para fora do *setting* analítico, examinando movimentos sociais contemporâneos que refletem diretamente no tratamento de crianças *hiperativas*. Como vimos no Capítulo 3, o sintoma *hiperatividade* faz parte da clínica contemporânea e é por esse motivo que faremos a seguir uma análise desses movimentos sociais que ecoam sobre a dinâmica familiar e, conseqüentemente, sobre o sintoma da criança.

Recorreremos, então, a percursos históricos cujo tema central trata da influência dos saberes especializados sobre a família e como toda a dinâmica familiar foi reestruturada a partir do movimento higienista. Focaremos como a entrada do discurso médico no cotidiano influenciou a construção, a produção e os modos de relações sociais da família. Observaremos como a família nuclear formou-se por meio da atuação da Medicina social e como, a partir dos anos 1960, a família contemporânea surgiu. Veremos como os saberes especializados, balizados no discurso da ciência, colaboraram para que a família contemporânea fosse o alvo de um controle preventivo das anormalidades sociais e psíquicas. Optamos por esse recorte histórico, porque notamos uma grande influência do discurso médico no discurso das famílias que buscam tratamento para o seu filho *hiperativo*.

Uma inquietação importante que esse tipo de apresentação histórica provoca é a forma generalizada de conceituar a instituição familiar quando, na verdade, estamos tratando de uma extensão territorial importante e de complexas redes sociais que possuem particularidades regionais e de classe.

Conforme Fonseca (1999), os padrões de família geralmente analisados são importados de diversas conjunturas, o que nem sempre ajudam a entender a realidade estudada, se não houver preocupação em situá-los em seu contexto histórico e social. Para ela,

[...] os grandes pensadores – que sejam alemães ou hindus – produzem idéias que enriquecem nossas análises. Mas, é só colocando cada modelo no contexto sócio-histórico em que foi produzido que poderemos trabalhar de forma descolonizada com as teorias científicas. [...] Quando o modelo torna-se exclusivo, apresentando-se como a única representação legítima da realidade, perde seu valor científico, e – como esse – também perde o poder de travar análises originais para a compreensão de nossa realidade (FONSECA, 1999, p. 259).

A autora, porém, afirma que podemos sim levantar algumas hipóteses sobre a família brasileira na atualidade – sem perder de vista que hipóteses servem para ser aceitas ou refutadas – quando comparadas, igualando-as ou distinguindo-as, às famílias, em geral, do mundo ocidental.

Quanto às semelhanças, Fonseca (1999) diz que o inquestionável aumento da perspectiva de vida provocou algumas mudanças na estrutura familiar contemporânea. Pais e filhos adultos convivem por um período maior se comparado com tempos anteriores e, somado a isso, houve um aumento do tempo que os filhos levam para conseguir sua independência social e financeira. Outra semelhança está na existência de divórcios e múltiplos casamentos, que faz com que os filhos convivam com padrastos, madrastas e enteados.

Berenger (2006) aponta três fenômenos com respeito às formações familiares que estão se tornando características de nossa época, no mundo ocidental: as famílias reconstituídas, com alta taxa de separações e recomposições; as famílias homossexuais; e as famílias que adquirem filhos por inseminação artificial.

Todavia, segundo Fonseca (1999), no Brasil há uma distinção importante com relação às famílias modernas, que é a ênfase atribuída aos laços consanguíneos. Acrescenta que,

[...] de Pernambuco a Rio Grande do Sul, o almoço dominical na casa dos sogros continua sendo um rito importante, sem falar da troca diária que existe entre primos, tios, irmão etc. Quer se trate de

família patriarcal de Gilberto Freyre, de clãs paraibanos, de frátrias nas camadas médias mineiras, ou de avós cariocas cosmopolitas, aparece com uma persistência surpreendente a importância do sangue (FONSECA, 1999, p. 261).

Outro ponto importante destacado por Fonseca (1999) é a diferença das famílias brasileiras com relação às classes sociais a que pertencem. A família típica de classe média seria predominantemente conjugal, já as de elite “tenderiam a reelaborar o modelo de forma a privilegiar uma solidariedade de linhagem” (FONSECA, 1999, p. 261) e as das camadas desfavorecidas acoplariam os familiares mais próximos, formando assim um circuito de apoio mútuo.

Como vimos, não podemos falar em apenas um modo de família brasileira na contemporaneidade. Encontramos enorme variedade de organizações familiares em diferentes culturas; porém, na sociedade ocidental algo se destaca: a importância da criança no círculo familiar. Para Fonseca (1999) séculos de transformações provocaram esse enorme valor que a criança ocupa hoje no imaginário social.

Vejam essas transformações, baseando-nos em Ariès (1981). O autor compara dois momentos históricos ao falar sobre o conceito de família e infância: a Idade Média e a Moderna. No primeiro momento, a infância estava restrita ao curto período de extrema dependência da criança. Assim que ela apresentava o mínimo de independência, inseria-se no mundo dos adultos. Era através dessa inserção que se dava a educação do *infante* – já considerado homem jovem aos olhos da sociedade.

Ariès (1981) pontua uma série de mudanças na estrutura familiar a partir do séc. XVII e, dentre elas, o processo de escolarização. Nesse segundo momento, a criança não se misturava mais aos adultos para aprender a viver em sociedade. Ela passou a ter um lugar específico para sua aprendizagem, o que favoreceu o aparecimento do sentimento de infância. A partir de então, a criança passou a ser diferente dos adultos e precisava de cuidados específicos para sua idade.

Para Fonseca (1999), esse processo descrito por Ariès (1981), em que a criança, de adulto em miniatura, passou a ser considerada um ser em formação que dependia de cuidados especiais e próprios da fase em que se encontrava,

culminou com o surgimento, na contemporaneidade, de “um exército de especialistas para melhor definir as necessidades da criança e para aconselhar os pais sobre como criá-la” (p. 263). Especialistas auxiliados pelas ciências pedagógica, psicológica, psiquiátrica, fonoaudiológica e pediátrica foram convocados a responder sobre como se educa, se cuida e se cria uma criança e como se previne de possíveis anomalias.

Jurandir Freire Costa (1989), em seu livro *Ordem Médica e Norma Familiar*, explica o processo que transformou a família patriarcal em uma família dependente do cuidado de especialistas. Para ele, a família contemporânea encontra-se em profunda crise e os membros estão sofrendo com a rivalidade entre sexos e gerações. Sem seus antigos valores, a convivência está gradativamente menos consistente. Para sair dessa tensão buscam auxílio de especialistas e, cada vez mais esses profissionais tutelam as famílias e, por conseguinte, essas famílias tornam-se dependentes desses saberes especializados. Costa (1989) afirma que,

[...] não há como negar esta evidência; os indivíduos pertencentes à pequena, média e, em menor escala, grande burguesia urbanas parecem ter renunciado ao direito de resolver, por conta própria, suas dificuldades familiares. Cada dia mais apelam para especialistas, em busca de soluções para seus males domésticos (p. 12).

O autor defende que a dinâmica atual estabelecida entre profissionais da saúde e da educação e a família no Brasil tem suas raízes no início do século XIX, quando houve o surgimento da Medicina social e sua política de higienização. Esse movimento, com o objetivo de tirar as pessoas da desordem em que se encontravam, provocou uma série de mudanças na estrutura familiar colonial. A mesma, por meio de prescrições educacionais com relação ao físico, ao sexo, ao intelecto e à moral, gradativamente foi perdendo o poder que exercia perante a sociedade e, conseqüentemente, perante seus filhos.

Representado pela figura do médico, o movimento, baseado em princípios sanitários, provocou a desagregação da família ao produzir uma família idealizada, aspirada pela burguesia. Tal idealização exigiu intervenções de profissionais especializados, protegidos pelo saber da ciência. Costa (1989) atribui a esses profissionais o nome de “agentes de normalização”. O autor se

baseia em Foucault para definir o termo norma. Para este, o termo *norma* difere do termo lei: a última está “fundada na concepção <<jurídico-discursiva>> do poder” (COSTA, 1989, p. 50), seu funcionamento se dá por meio da repressão e foi criada pelo Estado medieval e clássico, enquanto a primeira foi criada pelo Estado moderno e remete a ideia de dispositivos. “Os dispositivos são formados pelos conjuntos de práticas discursivas e não discursivas que agem, à margem da lei, contra ou a favor dela, mas de qualquer modo empregando uma tecnologia de sujeição própria” (COSTA, 1989, p. 50).

Os pais, portanto, não estariam mais autorizados nem capacitados para cuidar de suas “crias”, haveria sempre um saber além da fronteira familiar. Os agentes de normalização, amparados pelo saber científico, passaram a tutelar a família burguesa, mascarando, assim, a origem do processo de higienização e, conseqüentemente, sua atitude política e social. Para Costa (1989),

[...] perante os novos técnicos em amor familiar, os pais, via de regra, continuam sendo vistos como ignorantes, quando não <doentes>. Há sempre um <a mais> a corrigir, um <a menos> a tratar. Amar e cuidar dos filhos tornou-se um trabalho sobrehumano, mais precisamente, <científico>. Na família burguesa os pais jamais estão seguros do que sentem ou fazem com suas crianças. Nunca sabem se estão agindo certo ou errado. Os especialistas estão sempre ao lado, revelando os excessos e deficiências do amor paterno e materno (p.15).

A sociedade medicalizou-se<sup>22</sup>. A prática de castigos punitivos saiu de uso, instituiu-se, a partir de então, o autocontrole. Surgiu, dessa forma, a figura ideal do indivíduo bem educado e qualquer deslize passou a ser intolerável tanto para a sociedade quanto para o próprio indivíduo. De acordo com Costa (1989), a normalização da sociedade despolitizou o dia a dia e inscreveu as pessoas em “micropreocupações em torno do corpo, do sexo e do intimismo psicológico” (p. 17). Há homens, comportamentos, inteligências ideais, conseqüentemente, há o preconceito dos que não atingem esses ideais.

---

<sup>22</sup> Moyses & Collares (1994) consideram *medicalização*, termo que adotamos no presente trabalho, o processo de transformação de questões sociais e políticas em teorias de ordem médica, ou seja, concebe-se elaborar um saber e tratar a saúde e a doença unicamente pelo viés organicista. A questão da saúde e da doença fica, portanto, reduzida a problemas no indivíduo e, ao mesmo tempo, há uma negligência de sua relação com as questões políticas e sociais.

## 5.1. A História da Medicina Social no Brasil

Veremos neste tópico de forma mais detalhada o processo histórico do qual surgiu o movimento higienista e como esse movimento interveio em toda a dinâmica familiar.

Segundo Donzelot (1986), na França, com o Estado voltado para o desenvolvimento industrial, a necessidade de um controle demográfico e político fez-se imprescindível. Como controlar a concepção e educação das crianças, no caso das famílias ricas, e prevenir a miséria no caso das pobres sem molestar as liberdades individuais definidas pelo ideal liberal? Pela intervenção normativa. Desse modo foi possível dissimular a finalidade de controle, por meio da criação de ideologias de manutenção da saúde e da moral nas famílias como um direito do homem. No caso da elite, a intervenção ocorreu através da Medicina doméstica, regulando a família em torno de uma economia do corpo. No caso das famílias pobres, a intervenção ocorreu por meio da filantropia, da assistência social e da Medicina; uma vigilância articulada para conduzir as famílias a uma economia moral.

Veremos agora como o movimento de higiene das famílias, importado do velho continente, produziu-se no Brasil e quais as peculiaridades dessa implantação na sua condição de colônia.

Com a extração e comercialização do ouro, as cidades brasileiras começaram a modificar seus mecanismos e a entrar em conflito com o poder real. Somente a partir do século XVIII Portugal manifestou interesse em iniciar um processo de controle das cidades (COSTA, 1989). Porém, foi no século XIX que esse controle passou a ser sistematizado, não com punições severas para os infratores da lei ou com medidas emergências em tempos de pestes como no século anterior, mas com a implantação de uma política de prevenção e com mudanças estruturais nos costumes dos indivíduos.

Segundo Machado (1978), a Igreja e o Exército eram as duas únicas instituições a conseguir técnicas hábeis de domínio social no Brasil colônia, porém, a primeira desde o início estabeleceu constantes divergências com a

coroa. A militarização da população seria, então, o caminho. Depois de algumas tentativas sem sucesso, entra em cena a Medicina higiênica. Ao contrário da França, cujo movimento surgiu no meio de um cenário político revolucionário repleto de ideais iluministas, no Brasil, a Medicina social trazida do velho continente, aliou-se diretamente ao Estado.

O processo de higienização da família no Brasil ocorreu concomitantemente ao progresso das cidades. O enfoque dos estudos é dado ao Rio de Janeiro por ser a capital da época e onde foi exigida uma modernização mais rápida. Pela via da Medicina social é que o Estado pôde gradualmente infiltrar-se na intimidade das famílias coloniais e transformar os indivíduos de acordo com a nova ordem urbana.

Na Colônia, a cidade era uma extensão da família e a família uma extensão da cidade. Havia entre elas uma ligação estreita de dependência mútua. Portugal, interessado por lucro fácil e sem interesse em investir na Colônia, deixou que os colonos, senhores rurais, construíssem por conta própria uma ordem social e econômica que melhor lhes beneficiassem. Essa dinâmica perdurou pelos três primeiros séculos de colonização e fez com que as famílias dos latifundiários reunissem tamanho poder que “competia com o próprio poder da metrópole” (COSTA, 1989, p. 36)

Na família colonial, havia uma hierarquia piramidal e no ápice estava o homem, o chefe da família, o comandante dos negócios, o pai. Todas as iniciativas quanto à cultura, tradição, valores, economia, etc. partiam dessa figura masculina. O lugar do pai como chefe de família e ao mesmo tempo a dinâmica da família eram considerados sagrados, portanto, inquestionáveis. Os demais membros uniam-se aos senhores de forma pacífica. É importante acrescentar que a amplitude da rede familiar, somando parentes legítimos ou não e outros indivíduos por apadrinhamento, formou em torno da família patriarcal uma cumplicidade e, por conseguinte, a ética dos parentes subordinados girava em torno da defesa dos interesses do senhor. Essa proximidade de latifundiários e plebe provocou certa equidade de costumes e, justamente esse modo de organização, iria resistir às prescrições higienistas. Conforme Costa (1989),

[...] o compadrio e seus sub-produtos, como a assimilação da política e da justiça ao âmbito das lutas familiares, não deixarão de repercutir nos costumes da família “latifundiária”. Para manter a ilusão da “dignidade e humanidade” do parente dominado, ela terá que abdicar de certas marcas de distinção social. Essa convivência íntima com traços e atributos da plebe vão, por sua vez, determinar seu modo de ser emocional e social. Tal característica vai opor resistências à modificação familiar imposta pela urbanização (p. 42).

E as crianças? Elas eram peças supérfluas, estavam em uma posição paralela à economia da família. Ao mesmo tempo em que significavam pureza, também eram consideradas a materialização do pecado da carne. Quando os filhos tornavam-se púberes, passavam a ser considerados aptos a assumir a postura de um adulto. “O velho era mais importante que o novo” (COSTA, 1989, p. 158). Todas as informações necessárias para se comandar a economia doméstica eram transmitidas pelos adultos, por suas experiências passadas e pela escuta de gerações passadas. A criança ainda não tinha vivido o suficiente para ter experiência ou respeito às experiências anteriores, por isso, não era considerada capaz de assumir responsabilidades.

Por meio da normatização, o saber higiênico gradualmente regulamentou a vida dos indivíduos, adaptando-os ao poder vigente por meio da abolição de condutas inaceitáveis e da produção de condutas novas, próprias à nova ordem social.

Com a chegada de D. João, aquela dinâmica citadina, comandada pela família senhorial, sofreu modificações importantes. A união da aristocracia portuguesa com a burguesia europeia dava a elas um poder extraordinariamente maior com relação ao das famílias latifundiárias. Ocorreu, por conseguinte, um processo de reeuropeização das cidades brasileiras (COSTA, 1989), contudo, esse aburguesamento forçado somente fez fortalecer a elite agrária contra o império português.

Foi preciso, portanto, criar uma forma de subtrair o poder que as famílias senhoriais exerciam sobre o meio externo e formar indivíduos submissos ao Estado. É dessa forma que entra, no século XIX, a estratégia promovida pela Medicina social para tentar tamponar as falhas das leis, criando e implantando normas higiênicas. Por meio de um desenvolvimento moral da vida e dos corpos, a Medicina social transforma todas as condutas não interessantes ao Estado em anormalidades. Assim, o que antes era do âmbito da família, passa

a ser do âmbito do Estado, devido aos serviços a ele prestados pela Medicina higiênica. Nas palavras da Costa (1989),

[...] os trabalhos médicos sobre a higiene mostram como, no nível do saber, essa troca de favores entre Medicina e Estado foi teorizada. Um mesmo eixo orientava todos eles. De início, o fenômeno físico, cultural ou emocional era aspirado e convertido em fato médico e, em seguida, reinjetado no tecido social conforme a articulação prevista. Desta forma, o repertório de sentimentos e conduta antes administrado pela família era encampado pela Medicina e, através dela, devolvido ao controle estatal (p. 64).

Transformando temas como o amor, a paixão e a alma em mecanismos biológicos, a Medicina higiênica gradativamente uniu questões emocionais à nação. Desse modo, amor à pátria passou a ser sinônimo de sanidade e o seu inverso – ausência de patriotismo –, passou a ser sinônimo de insanidade. Como responsável pela formação dos indivíduos, a família patriarcal tornou-se um lugar em potencial de criação de indivíduos doentes, não aptos a amar e servir ao Estado.

Segundo Costa (1989), a Medicina social, posicionada entre a família e o Estado, trabalhava como intérprete e aliada das duas instituições. Com isso, conseguiu infiltrar-se na família, defendendo a ideia de que os pais erravam por ignorância e o saber higiênico seria o único a instrumentalizá-los na arte de cuidar de seus filhos. Ao mesmo tempo, defendiam a ideia, para o Estado, de que eram os únicos a conseguir que os indivíduos se tornassem servos estatais. Costa (1989) alienta que

[...] mediante manobra a higiene fundava novas técnicas de intervenção na vida privada da família. [...] O estigma da incompetência e do desconhecimento é o que lhe permitiu criar um tipo de dominação sobre a família, análogo ao da relação de tutela, descrita por Castel, a respeito da apropriação médica da loucura. A irresponsabilidade eximia o sujeito da punição legal e, eventualmente da própria culpa, mas não da correção. Esta última passou a apresentar-se e a exercer-se como necessária ao próprio bem do infrator (p. 71).

Esse processo iniciado pelo movimento higienista, de imputar nas famílias patriarcais que o erro na educação dos filhos era atribuído à ignorância sobre a maneira correta de como criá-los, contribuiu para o que encontramos na contemporaneidade: pais inseguros quanto ao modo adequado de cuidar de

seus filhos; ou seja, antes pais ignorantes, hoje pais inseguros. Não é a toa que, atualmente, é comum os pais chegarem à clínica com a demanda de resposta de um especialista sobre o mal-estar vivido: *Diga-me o que faço com meu filho!*

Inventar e classificar doenças do corpo e da alma passou a fazer parte do tratado médico higienista. Criar novas anormalidades e, ao mesmo tempo, meios de prevenção das mesmas – como novos hábitos, novas maneiras de construir a casa, apoiar a retirada dos escravos do interior do lar – fazia da Medicina a “desvendadora” de um saber até então obscurecido e, ao mesmo tempo, atestava à família sua própria ignorância.

A relação mãe-filho também passou a ser o alvo da atuação da Medicina por representar a possibilidade de transformar o futuro cidadão num indivíduo apto às normas. A mulher colonial encontrava-se no interior do lar. Seus dias eram preenchidos pelos serviços domésticos e pelos de subsistência. Com o reconhecimento de sua importante atuação na educação dos filhos, transformou-se em “criadora de riquezas nacionais” (COSTA, 1989, p. 73). Dessa forma, o patriarca, que permanecia menos em casa porque a ele era permitido um maior contato com o mundo, começou a perder seu poder. A criança gradativamente passou a ser o foco da atenção familiar, esfumando a soberania dos velhos.

O movimento higienista lutou pela remoção dos escravos de dentro das casas das famílias, por considerá-los nocivos à saúde dos membros, além de semeadores de imoralidades. Este foi o primeiro passo para que o sentimento de intimidade pudesse aparecer. Ao mesmo tempo, foi possível que os interesses e as responsabilidades individuais, até então descartados em detrimento dos interesses do chefe da família, comesçassem a apontar. Cada membro passou a ter responsabilidades próprias do sexo e da idade. Gradativamente a família colonial foi se dissolvendo. Por meio do novo convívio interno, o poder exterior dos senhores foi se anulando, os membros internos foram se aproximando e a família nuclear burguesa começou a apontar.

Explicaremos, no próximo tópico, como essa valorização do indivíduo em detrimento dos ideais familiares transformou-se, na contemporaneidade, em um imperativo.

A educação dos filhos, por esse caminho, passou a ser alvo dos investimentos dos pais. Era preciso educar bem uma criança para qualificá-la e com isso gerar riquezas à família no futuro. Seus cuidados e sua educação passaram a ser discutidos com o auxílio dos pensadores cientistas, e não mais pela tradição ou religião, para poder atingir o ideal de um adulto higiênico; qualquer deslize poderia trazer consequências futuras irreversíveis. Era preciso, a fim de se ter uma boa saúde, que um bom desenvolvimento psíquico fosse proporcionado. Para tanto, era necessário um bom cuidado materno e uma boa educação. A ideologia burguesa estava posta.

## **5.2. Os Saberes Especializados e a Família na Contemporaneidade**

Analisamos acima como a família patriarcal e a família nuclear moderna sofreram influências do movimento higienista. Como pudemos notar, passou-se da família tradicional – cujos casamentos eram arranjados pelos pais para que se assegurasse a transmissão do patrimônio, sem a preocupação com a afeição entre os pares – à família moderna, organizada pelo amor romântico, na qual se veio a valorizar a divisão do trabalho entre os cônjuges, “fazendo ao mesmo tempo do filho um sujeito cuja educação sua nação é encarregada de assegurar” (ROUDINESCO, 2003, p. 19). Na família nuclear moderna, estabeleceu-se uma divisão da autoridade perante o infante; entre o pai e a mãe e entre eles e o Estado. Roudinesco (2003) afirma que

[...] foi em 1821, nos *Princípios da filosofia do direito*, que Hegel forneceu a melhor descrição da nova relação assim instaurada entre o indivíduo, a sociedade e o Estado. A partir daí a família se torna, ao lado das corporações, uma das estruturas de base da sociedade. Pois sem ela, com efeito, o Estado só poderia lidar com massas despóticas ou tribais. Avalista da moralidade, ela repousa na instituição do casamento monogâmico ao unir, por consentimento mútuo, um homem e uma mulher que privilegiam, ambos, a inclinação espiritual sobre a paixão sexual. Pelo trabalho ou pela atividade intelectual, o marido enfrenta o mundo externo com uma reflexão ou sobre o mundo ou sobre si mesmo, ao passo que, no seio do lar, sua esposa, agora mãe, goza de uma liberdade autêntica (p. 39-40).

Foi somente a partir dos anos 1960 que a família contemporânea começou a apontar (ROUDINESCO, 2003). Iniciou-se, desde então, um imperativo pela união de indivíduos em busca de realização sexual e relações íntimas. Em nome da felicidade e da realização pessoal, passou a ser justo desfazer-se de relações que não proporcionavam tais buscas. Ao mesmo tempo, houve uma mudança quanto à transmissão da autoridade, comprometida agora com os novos modos de organização familiar, como os divórcios e as recomposições conjugais.

Sentindo-se responsabilizada diretamente pela criação dos filhos, a família, na contemporaneidade, passou a planejar seus nascimentos. Houve uma transformação da sexualidade em torno desse objetivo e, ao mesmo tempo, uma mudança de olhar com relação ao papel da mulher e da criança dentro do contexto familiar. A mulher se diferenciou dos papéis de mãe e de esposa, na medida em que sua vida sexual, seu prazer, gradativamente, separaram-se da procriação. De acordo com Roudinesco (2003),

[...] foi logo depois da Segunda Guerra Mundial que as técnicas de regulação dos nascimentos substituíram progressivamente o *coitus interruptus* e o uso dos preservativos masculinos. Seja com a ajuda do planejamento familiar ou recorrendo às diferentes técnicas destinadas a impedir a fecundação – dispositivos intra-uterinos, pílula, aborto –, as mulheres conquistaram, ao preço de lutas difíceis, direitos e poderes que lhes permitiram não apenas reduzir a dominação masculina, mas inverter seu curso. Seus corpos se modificaram juntamente com seus gostos e suas aspirações (p. 150-151).

Já a criança começou a ser considerada uma pessoa independente, com uma identidade distinta da dos seus pais. Essa nova visão sobre o infante levou a um compartilhamento da autoridade pelo pai e pela mãe, respeitando cada um a posição do outro perante o filho.

Nesse contexto, saberes especializados como os da Psicanálise, os da Psiquiatria, os da Pedagogia, os da Psicologia e os da Fonoaudiologia colaboram atualmente para que a família seja o alvo de um controle preventivo das anormalidades sociais e psíquicas. Como? Elaborando saberes de bases científicas que justifiquem as anomalias, por meio da noção de desordem da família. Uma das ênfases dadas por esses saberes trata justamente da noção

de “carência do pai” causada pelas situações de divórcio. Reduccionismos intimistas como esses transformaram a família “em uma fortaleza afetiva restrita a interesses privados” (ROUDINESCO, 2003, p. 106). Veremos, mais adiante, como na contemporaneidade essa noção de carência paterna autoriza saberes especializados a se posicionarem como suplentes paternos.

Ainda segundo Roudinesco (2003), ao mesmo tempo em que a desunião do casal é a causadora de malefícios para a criança, os pares só continuam pares enquanto duram o desejo e o apetite sexual.

A relação da mãe com o filho, nesse sentido, já bastante valorizada na família moderna com o movimento higienista, torna-se fundamental, na medida em que os divórcios e as recomposições familiares tornaram-se cada vez mais comuns. Para Berenguer (2006), a família contemporânea ora cresce ora encolhe e se transforma em decorrência de fatores que a estão colocando em constante crise; porém, uma tendência segue existindo de uma maneira bastante clara, a de uma “maior estabilidade do vínculo entre mãe e filhos que do vínculo entre homem e mulher, por um lado, e pais e filhos por outro lado” (p. 3)<sup>23</sup>.

Na contemporaneidade, portanto, a família deixou de ser conceituada com base em dogmas divinos ou do Estado. A dinâmica atual de mercado e os modos capitalistas de produção e de consumo contribuem para a cultura de indivíduos centrados em seu intimismo. Roudinesco (2003) aponta para uma humanização da família. Ao invés de “divina” ou “natural”, a família passou a ser vista a partir da ordem humana, ou seja, frágil, passível de erros, consciente de seus defeitos e edificadora de poderes descentralizados. Cada membro tem autonomia e desempenha a sua função, sem hierarquia.

Feitas, desfeitas e refeitas, as uniões entre os pares, o que parecia um enfraquecimento, foram, ao contrário, tomadas por uma força inesperada. A família, com sua composição singular da época atual assumiu-se humana e, com isso, tornou-se fortalecida, mesmo que incerta. Ao tornar-se humana e passível de erros, a família autorizou-se também a pedir socorro sobre as questões do seu dia a dia. A luta higienista colheu suas sementes. Como

---

<sup>23</sup> Essa tradução é de nossa responsabilidade. Trecho original: “[...] mayor estabilidad del vínculo entre madre e hijos que del vínculo entre hombre y mujer, por un lado, y padre e hijos por otro lado”. (BERENGUER, 2006, p. 3)

vimos, até a década de 1960, o Estado intervinha com estratégias normatizadoras para lidar com problemas epidemiológicos e demográficos. Porém, com essa nova dinâmica familiar apontando, pesquisadores das disciplinas humanas e sociais são cada vez mais requisitados a interceder pelas famílias que se avaliam em perigo. Esses pesquisadores “viram-se no dever de intensificar todas as formas de vigilância e de observação da vida privada” (ROUDINESCO, 2003, p. 156).

A partir de então, as especializações passaram a ser consideradas necessárias para que fosse dominada a alma, o psiquismo e seus desvios da norma. Por meio de prescrições, baseadas em múltiplas referências, dentre as quais as teorias sobre o psiquismo, especialistas sobrepujam a vida sexual do casal e a educação do filho.

No sentido inverso, a família contemporânea espera que as especialidades, com seus saberes científicos, sustentem uma certeza, análoga à certeza das ciências naturais, com medidas, cálculos, observações e resultados com vertentes únicas. No entanto, nas ciências humanas e sociais há algo singular e de uma lógica distinta das ciências naturais e que parece ser ignorada por esses profissionais que respondem à demanda solicitada pela família com a mesma lógica daquelas ciências naturais.

### **5.3. Reflexões Sobre o Atravessamento do Discurso Médico na Dinâmica Familiar**

Embora saibamos que toda formulação histórica configura-se em recortes históricos e ainda que esses recortes não sejam verdades absolutas, mas sim modos de enxergar a realidade, procuramos, por meio desses recortes, apontar alguns movimentos dominantes na atualidade – que se relacionam ao tema proposto nesta pesquisa – e como esses movimentos permeiam os laços sociais na contemporaneidade.

Ativemo-nos, em tópicos anteriores, a processos históricos relacionados à maneira como os saberes especializados passaram a fazer parte do cotidiano

da família. Neste tópico, faremos uma reflexão com base em conceitos psicanalíticos sobre os efeitos desses fatos históricos na função da família.

Todavia, surge-nos uma pergunta: Qual seria a função da família? Segundo Mário Fleig (2005), a função seria a de estruturar novos sujeitos, “fazendo a passagem da mera condição de cria humana pela inserção da linguagem e da fala, por um processo de humanização” (p. 1). A fim de respondermos a esse questionamento, julgamos importante problematizar as novas configurações familiares e verificar como se dá a operação de subjetivação e de estruturação desses “novos” sujeitos.

De acordo com Berenguer (2006), na contemporaneidade, diferentemente do que se via na família tradicional, há um aumento do individualismo, há uma maior fragilidade de ideais, há uma dificuldade de convivência entre os membros de uma família de maneira estável devido à ênfase na satisfação de cada um; porém, fazer a oposição entre tradição *versus* crise é conduzir a análise de um modo simplista. Para esse autor, o exame histórico detalhado comprova-nos que em todas as épocas, a família foi no passado e é no presente, cenário de intensas crises. Com base nesse argumento, o de que sempre há crise na família, o autor defende a ideia de que haver crise na família é próprio de sua natureza. Ressalta, entretanto, que “nesse ponto é necessário precisar que esta é uma natureza que não é natural, mas sim discursiva, social, política, econômica” (BERENQUER, 2006, p. 3)<sup>24</sup>.

Todas as mudanças nos padrões familiares na contemporaneidade, portanto, não ameaçam a estrutura familiar, mas faz com que pensemos em maneiras diferentes de conceber as funções paternas e maternas. Seria ingênuo lamentarmos o declínio da função paterna; se isto feito seria também preciso defender um retorno à monarquia. Não é esse o caso. Se pai é uma função, como afirma Lacan (FLEIG, 2005), essa função não poderia ser considerada “mais fraca” ou “mais forte”. Neste sentido, nosso recurso seria o de analisar o modo como a função pode ser operada adequadamente ou quando ela está impossibilitada. Observamos no Capítulo 3 como opera a função paterna na estruturação do sujeito. Neste tópico analisaremos como

---

<sup>24</sup> Texto original: “en este punto es necesario precisar que ésta es una naturaleza que no es nada natural, sino discursiva, social, política, económica” (BERINGER, 2006, p. 3).

pensar essa função relacionando-a com as produções sociais contemporânea. Para Quinet (2009),

[...] a figura representativa do Pai simbólico, aquele que une o desejo com a lei, que barra o gozo devastador da Mãe, o pai normatizador que protege e apazigua, esse pai está desaparecendo da aletosfera espessa produzido pela fumaça do desmatamento da subjetividade no mundo contemporâneo (p. 34).

Nesse sentido, se há um declínio da função paterna em nossa cultura, há uma mudança na economia psíquica. De acordo com Fleig (2006), observamos, atualmente, devido a esse citado declínio, um surgimento “tanto da desagregação do tecido social, quanto da desestrutura psíquica” (p. 31).

Fleig (2006) segue seu pensamento explicitando um deslocamento do lugar da autoridade: “se antes ela estava localizada nos representantes do pai, agora quem passa a comandar os sujeitos é o objeto a ser consumido” (p. 31). Este deslocamento provoca o surgimento de novos sintomas e também de novas configurações clínicas. O que notamos na sociedade contemporânea é que esses novos sintomas e essas novas patologias clínicas implicam em uma progressiva desresponsabilização subjetiva.

Seguindo esse raciocínio, perguntamo-nos: quem são os produtores de objetos a serem consumidos, produtores que sustentam que o sujeito não venha a se implicar com próprio sofrimento? A ciência médica. Dessa forma, o que notamos é uma progressiva substituição da figura do pai pelo o que se produz no discurso da ciência médica positivista, ou seja, notamos uma tendência em deslocar o saber da pessoa que promulga e que sustenta a lei, para o funcionamento de um conjunto de enunciados justificados, sem sujeito. Porém, esse saber técnico, supostamente trans-pessoal, escamoteia o fato de que os responsáveis pela produção de objetos a serem consumidos são sujeitos divididos e, como consequência, esse saber se torna poderoso, uma vez que se mostra como não passível aos erros humanos. Nas palavras de Clavreul (1978),

[...] em grande parte, esta ideologia se confunde com a ideologia dominante. Ela poderia se resumir assim: “O médico (ou o chefe) sabe melhor que você o que convém para o seu Bem. Sua liberdade resume-se em escolher seu Senhor”. Fórmula na qual a obrigação de submissão é acrescida do ato de alívio que coloca em posição de

pedinte aquele que deverá se submeter. Assim deixa-se a cada um a “liberdade” de recusar a medicina e o médico, mas com o risco de cometer um suicídio ou um crime. Derrisão da fórmula: “a liberdade ou a morte”. Quem manteria sua provocação perante a Ordem médica? Seria loucura. E a loucura, ela também, está confiada aos médicos e votada a ser “curada” (p. 31).

Na prática clínica, notamos pais desautorizados a exercer a função paterna, pais coibidos de sua autoridade. Vimos com os recortes apresentados no Caso 3, discutido no Capítulo 3, que os pais perguntam com frequência à psicanalista se estão certos ou errados quanto à educação do filho. Notamos que, ao se posicionarem desse modo, convocam a profissional e a colocam como representante de um “saber todo”, ou seja, um saber que não comporta erros. Nesse sentido, nos deparamos na contemporaneidade com um declínio do saber parental e, ao mesmo tempo, com uma ascensão do saber técnico. Um saber técnico que, como vimos, no início, foi representado pelo discurso higienista, mas que depois o saber pedagógico se apropriou e, mais adiante, todos os saberes da saúde e da educação também adotaram.

Voltamos à elucidação prática do Caso 3: na primeira entrevista preliminar, ouvimos do relato da mãe que o menino é “*muito imaturo*”. No decorrer da entrevista ela diz que a criança é hiperativa e que a doença foi descoberta há um ano e meio através de um exame, o eletroencefalograma, que acusou imaturidade cerebral. Desde então, a criança passou a tomar *Ritalina*.

A partir do fechamento do diagnóstico de hiperatividade, por um neuropediatra, depois de comprovado por um recurso tecnológico considerado incontestável, o do exame – embora, como vimos, não há exames que comprovam esse diagnóstico –, a criança tornou-se imatura e doente. A mãe queixa-se da imaturidade de seu filho, fato que nos intriga: essa queixa foi elaborada por ela ou partiu da constatação de imaturidade acusada no eletroencefalograma?

Ao retomar esse recorte do Caso 3, temos por objetivo demonstrar como a relação dessa mãe com seu filho foi remodelada depois que o diagnóstico foi estabelecido e, como esse saber científico cristalizou a posição dessa criança (pelo menos no discurso materno): ela era doente, tinha TDAH, e era imatura, estava comprovado pelo exame. Podemos notar com esse exemplo a força do

saber de um especialista: a força da lei, porém, de uma lei absoluta, pois, como vimos, o saber técnico, cientificista escamoteia o fato de que quem o produz e o sustenta são sujeitos divididos. Transportar, então, o saber do representante da lei, de um pai encarnado, para um saber técnico, além de tornar esse saber impessoal, torna-o incontestável porque assume um estatuto de verdade absoluta.

Um importante efeito desse processo de deslocamento do saber dos pais para saberes especialistas, diz respeito ao modo como o saber médico medicaliza questões sociais, ou seja, diz respeito ao processo de transformar questões sociais e políticas em teorias sobre a doença e a saúde unicamente pelo viés organicista. Dessa forma, saúde *versus* doença se reduz a problemas no indivíduo.

Nessa maneira de pensar, portanto, quando uma doença se “instala” no organismo de uma criança provocando nela uma agitação motora, é preciso tratá-la. E como se trata uma doença? Com remédio. Deparamo-nos, assim, na contemporaneidade, com uma progressiva psicopatologização da vida cotidiana, e a saída fortemente adotada para os mal-estares produzidos é o recurso farmacológico.

O consumo de psicofármacos tampona as questões dos sujeitos e produz efeitos colaterais que ainda não podemos imaginar. Quais os efeitos de se administrar medicações que atuam no Sistema Nervoso Central desde a infância? Por enquanto não sabemos. Segundo Fleig (2005) o uso disseminado de psicofármacos,

[...] no mínimo, abrirá de forma violenta a porta, já bastante devassada, que promete a solução dos impasses da vida pelo consumo de um objeto que se coloca na boca adentro, dispensando aquele caminho que as grandes tradições sempre indicaram, o caminho da fala endereçada ao outro (s/ p.).

Thevenot e Metz (2007) realizaram uma pesquisa com 20 famílias, dentre as quais havia pelo menos uma criança com o diagnóstico de TDAH, com referência no DSM IV. Dentre muitos dados interessantes dessa pesquisa, um em específico nos interessa para pensar sobre o atravessamento do discurso médico no discurso parental e como a administração medicamentosa faz parte desse processo.

O que as autoras relatam é o que chamamos de uma “divisão da criança”. Expliquemos: os medicamentos cujo princípio ativo é o *metilfenidato* tem como efeito, durante o período de sua ação, a modificação significativa do comportamento da criança. O que os pais disseram nas entrevistas para a pesquisa foi que as crianças apresentavam duas faces: uma de dia (quando estavam sob o efeito do remédio) e outra de noite (quando não estavam sob o efeito do remédio). Logo, de dia os pais relataram uma criança ideal e de noite uma criança não ideal.

Para as autoras, esse discurso parental, efeito do discurso médico, produz uma objetivização. O que isso significa? Não houve na pesquisa dessas autoras interrogações dos pais sobre as atitudes das crianças e sobre suas falas, mas sim uma descrição maciça de seus comportamentos. Em outras palavras, os pais, ao invés de escutar as expressões das crianças, atribuíram essas expressões a sintomas relacionados à doença. Segundo as autoras,

[...] o discurso sobre a criança substitui a palavra da criança. Em várias entrevistas a criança é apresentada como ‘incapaz’ de se concentrar, ‘incapaz’ de não se agitar, os pais parecem estar diante de uma criança regida pela sua hiperatividade, um criança que não pode responder por seus atos. O comportamento instável, que poderia ser considerado uma consequência sintomática de um conflito psíquico inconsciente, está aqui invertido por causa das dificuldades da criança. É a hiperatividade que se torna a única responsável pelos seus problemas: é essa doença, nos dizem os pais (THEVENOT; METZ, 2007, p. 56).

Nesse sentido, ao se retirar o comportamento doente, a criança se torna ideal, aquela que corresponde perfeitamente à demanda parental, pois, ingressa sem tropeços no gozo social. Quando o efeito do medicamento termina, o comportamento doente retorna e a criança passa a ser não ideal.

Dessa forma a criança está impossibilitada de ser autora de seu próprio discurso uma vez que seus sintomas são atrelados a uma doença orgânica. O que Thevenot e Metz (2007) se perguntam e que achamos pertinente reproduzir aqui é: será que esse apagamento subjetivo já existia e o discurso médico apenas reforçá-lo ou será que houve uma mudança na posição parental ao se depararem com o diagnóstico de hiperatividade?

No Caso 1, relatado por nós durante a Apresentação, percebemos que o discurso médico se liga a um significativo já presente na fantasia parental.

Vejam os: nas entrevistas preliminares, a mãe, bastante angustiada, relata que a filha tem *Déficit de Atenção*. Diz que a menina está mal nas notas escolares e ela – a mãe – acredita que é por causa da cirurgia do filho mais novo, pois, os pais deram mais atenção ao menino, deixando a filha *sem atenção*. Esse significante, anunciado primeiramente pela psicóloga da escola, se enganchou na fantasia dos pais: houve um cruzamento entre o *Déficit de Atenção*, dito por um representante de um saber especializado, com o significante *sem atenção* dito pelos pais. Perguntamo-nos, porém: a desatenção nesse caso é da menina?

Observamos nesse exemplo, portanto, que o saber do especialista reafirma um mal-estar já existente no circuito familiar, no entanto, ocorre nessa reafirmação um deslocamento do significante *falta de atenção* referente a uma situação vivida pela família para o corpo da criança. Essa constatação nos remete a outra questão: a desculpabilização dos pais.

Quando o sintoma da criança é considerado efeito de uma doença orgânica, retira-se dos pais o sentimento de culpa. Retirado esse sentimento, retira-se também a possibilidade de se implicarem com o sintoma dessa criança. Ela é doente, o TDAH é uma doença. Dessa forma, atribuir ao organismo doente a causa das manifestações sintomáticas traz um alívio para toda a família.

Entretanto, constatamos na clínica que essa dinâmica, embora traga um alívio imediato, não se mantém. A criança, sob o efeito do medicamento realmente melhora sua atenção e contém sua agitação, mas, como com qualquer droga, esse efeito inicial de uma ilusão de completude se restringe ao tempo do efeito do medicamento e, com a progressão continuada da ingestão do medicamento, o organismo gradativamente se acostuma com a intervenção e menos efeito a droga produz.

Refletiremos, a seguir, sobre questões subjetivas referentes à administração cotidiana de medicamentos que atuam no sistema nervoso central.

Como vimos, há uma parte da pulsão que nunca é representável e na tentativa de retorno a primeira satisfação, mitológica, o sujeito fica condenado à repetição significante, sem jamais alcançá-la e sem jamais deixar de buscá-la. O sintoma a partir dessa teoria aparece como uma solução porque oferece

uma satisfação própria, mesmo que essa satisfação seja desprazerosa. Essa satisfação paradoxal – de prazer e desprazer – chama-se gozo. Quando esse desprazer do sintoma atinge um caráter insuportável, quando falha na sua proposta, o sujeito demanda ajuda. Nesse momento entra o médico, com sua maestria, que prescreve o medicamento, o qual atua tamponando esse gozo que escapa a simbolização. Medica-se o gozo do sintoma pretendendo recolocar o sintoma para funcionar. Tampona-se gozo com um composto químico que igualmente tem como produção o gozo. Assim, quando tratada com medicação, a criança se torna um sujeito sob o comando de um objeto produtor de gozo. Não vamos nos estender nessa linha, mas apontamos que essa é a lógica de toda a produção e de todo o consumo do mundo capitalista.

Entretanto, como essa dinâmica não se mantém, uma vez que ao tamponar gozo com gozo o que se produz é justamente mais gozo, a clínica de orientação psicanalítica tem uma brecha para operar. Objetiva-se nela transformar esse gozo objetal – consumo de objeto – em gozo fálico – próprio do erótico e do sexual (FLEIG, 2006).

Por esse caminho, o profissional ao escutar a demanda dos pais, se posicionará, a princípio, sustentando um suposto saber, mas não responderá a essa demanda com um saber pronto, encerrando a questão direcionada com uma afirmação unívoca, mas ele sustentará a pergunta para que esses pais possam produzir seus próprios saberes. Trata-se, portanto, de devolver o saber parental, que não se pretende todo, mas que se pretende humano, ou seja, passível de constantes reformulações. Só quando os pais tornam-se autores de seus próprios saberes é possível que eles autorizem a criança a produzir saberes sobre seu impasse.

## 6. CONSIDERAÇÕES

Longe de serem considerações finais, temos a intenção de tornar estas reflexões disparadoras de questões sobre toda a temática discutidas durante este estudo. Dessa forma, não pretendemos encerrar os apontamentos levantados, mas sim acender, por meio deles, novas produções.

Nossa pretensão, ao longo do trabalho, foi a de organizar de maneira sistemática questões teóricas a partir de inquietações com as quais vínhamos nos deparando ao recebermos em análise crianças com o diagnóstico de hiperatividade. Inquietações em relação ao diagnóstico, ao tratamento, e à própria clínica as quais, ao nosso ver, remetiam a aspectos tanto do sujeito quanto do social articuladas ao significante *hiperatividade*.

Para a clínica de orientação psicanalítica essas duas questões – do sujeito e do social – caminham sempre juntas. Não há como pensar apenas nas questões subjetivas – se o fizéssemos correríamos o risco de naturalizá-las – e, não há como pensar somente nas questões sociais – se o fizéssemos correríamos o risco de esquecer que a sociedade é composta por sujeitos desejantes.

Discutimos, por esse caminho, a relação da criança com o sintoma *hiperatividade* e como este pode ser uma expressão da relação do sujeito com seu desejo articulado ao desejo parental. Percebemos, por meio dos casos relatados e dos estudos revisados, uma dificuldade de separação entre a mãe e a criança. Há um excesso de libido da mãe direcionada à criança em um momento em que esta ainda não tem recursos de defesa suficientes para barrar esse investimento materno. O corpo se agita em resposta a esse excesso de gozo.

Vimos também que a barra a esse gozo seria operada pela função paterna, mas algo se passa na novela familiar que impede a efetivação dessa operação. Esse impedimento pode estar relacionado a muitas coisas. No Caso 2 – apresentado no Capítulo 3 – nossa hipótese nos leva a pensar em uma desautorização da fala paterna pela fala materna. A mãe, por algum motivo não

sustenta a fala paterna, provocando assim uma inoperação dessa função. Já no *Caso 3* – apresentado no Capítulo 3 – nossa hipótese é de que há uma preocupação excessiva com o cuidado dirigido ao menino, tanto do lado pai quanto do lado da mãe, para possivelmente se desviarem da tensão de sua relação como casal. O menino estaria no lugar da própria tensão de modo que a operação da lei estaria esquecida em detrimento de um excesso de cuidados.

Mesmo levantando a hipótese de que o sintoma *hiperatividade* pode estar associado a uma dificuldade na lógica da separação, pudemos perceber as singularidades em cada caso relatado no trabalho. Os casos estudados possuem o mesmo diagnóstico médico, porém, cada qual é dono de sua história.

Porém, vimos que não basta fazer somente uma análise da novela familiar, de sorte que, nesse sentido, direcionamos nosso olhar para as questões sociais, contemporâneas, relacionadas ao tema proposto nesse trabalho. Procuramos enfatizar, então, que há movimentos na sociedade contemporânea de redirecionando do saber dos pais para enunciados científicos. A família, dessa forma, não está mais autorizada e capacitada para cuidar de seus rebentos, pois, essa capacidade se encontra, na contemporaneidade, fora do núcleo familiar. Logo, quando há um conflito na família é o representante do saber médico e de outros saberes especializados em saúde e educação, e não mais o pai de família, o convocado para resolver esse mal-estar.

Observamos também que o objeto da Medicina é o organismo e as doenças são sempre oriundas desse corpo, mesmo que sejam “doenças” nitidamente relacionadas a questões sociais. Nesse sentido, o saber médico trata os mal-estares familiares por meio do corpo e, quando o discurso médico adota expressões corporais como uma doença, não leva em conta a dimensão sintomática, ou seja, negligencia as complexidades das manifestações do inconsciente. Outros saberes especializados adotam o saber médico como referência para se sustentarem, isto é, também produzem uma patologização da vida cotidiana.

Não podemos negar que o discurso médico impera nos dias de hoje e isso lhe dá um estatuto de verdade absoluta. A fala do representante desse discurso é *A Verdade* e aos outros só resta seguir, ou não, a prescrição. Nossa

discussão, todavia, não diz respeito ao saber dessa ciência e de seus inegáveis avanços e contribuições. O que nós questionamos está relacionado ao discurso da ciência médica. O que estamos chamando de discurso da ciência é precisamente aquele que organiza o laço social, uma vez que esse saber adquire tal desenvolvimento que modifica toda a validade da figura de autoridade. Desse modo, nosso interesse foca os efeitos que o discurso médico/científico provoca nos laços sociais, e não os processos de conhecimentos que se elaboram segundo um método.

O TDAH, nessa linha de raciocínio, é da mesma ordem, por exemplo, que a dislexia. O que vemos fortemente nesses termos é a referência ao biológico. Falamos de dislexia como uma doença e falamos de TDAH como uma doença. Há uma doença que acomete o indivíduo, ou seja, há um processo de biologização de questões sociais e de questões do indivíduo.

O Psiquiatra da infância, o Neuropediatra, assim como o próprio Pediatra, amparados por saberes médico-cientificistas, enfocam a agitação motora da criança como decorrente de uma disfunção do córtex pré-frontal, ou seja, é uma doença localizada no corpo, independente de fatores sociais, embora estes possam ser considerados como desencadeadores da doença. Esse discurso provoca muitos efeitos e elegemos dois para refletir neste momento do trabalho: (1) uma doença no corpo é sempre tratada com medicação e (2) a família é desculpabilizada, afinal, essa agitação motora é decorrente de uma doença da e na criança.

Com o ato de medicar uma criança, o médico, juntamente com outros especialistas da área da saúde e da educação, ao invés de considerarem o sujeito do inconsciente, trabalham com o sujeito da aprendizagem. O sujeito da aprendizagem deve ser avaliado, educado e corrigido. Essa avaliação, educação e correção correspondem a critérios de normalidade impostos pelo discurso dominante. Verificamos que, desde o advento da sociedade moderna e da entrada do discurso médico higienista no cotidiano familiar, implantou-se o ideal de um sujeito suposto como normal e, conseqüentemente, criou-se o sujeito fora da norma. A criança hiperativa, aquela que apresenta uma atividade maior do que a esperada para sua idade, está fora dos padrões sociais. Por essa lógica, é preciso fazer uma descrição minuciosa de seus sinais clínicos, é preciso uma intervenção educativa que vise à adequação em

ambientes sociais e é preciso eliminar os sintomas que tais crianças apresentam e que causam estranheza. Essa forma de atuação não discrimina os casos singulares de maneira que todos os sujeitos são postos em uma mesma categoria.

Há, portanto, uma homogeneização, característica da sociedade contemporânea, em que se defende a igualdade para todos e recusa-se a discriminação. Esquece-se de que discriminar é também poder enxergar as diferenças, é poder diferenciar, é poder distinguir. A Medicina, seguida também por outros saberes especializados da área da saúde e da educação, ao homogeneizar todas as crianças agitadas como acometidas por TDAH, negligenciando desse modo suas singularidades, aloca em uma mesma categoria crianças com diferentes estruturas.

Ao mesmo tempo em que atualmente levanta-se a bandeira da inclusão social, administram-se medicamentos a crianças com comportamento hiperativo, isto é, não é permitido seu movimento além do considerado tolerável. Será que hoje se admite a diversidade ou criam-se técnicas cada vez mais refinadas, científica e tecnologicamente, para que essas diferenças deixem de se mostrar como diferenças e se tornem pouco a pouco mais adaptadas à ideologia dominante?

Paralelamente a essa imputação no corpo de questões sociais e de questões subjetivas, tornando saúde *versus* doença um jogo de opostos, nós nos deparamos com a retirada da responsabilidade dos pais pelo sintoma da criança. Como vimos, os pais lidam com a doença do filho e, conseqüentemente, todo o comportamento da criança com TDAH, resume-se aos sinais da doença. Encontramos, por esse caminho, pais que não fazem do sintoma do seu filho uma questão, mas lidam com esses sintomas de forma objetivada.

Entretanto, vimos também que, para a Psicanálise, ao invés de tratarmos o indivíduo doente e, nesse sentido, buscar que o mesmo retome a saúde, tratamos o sujeito patológico e, dessa forma, compartilhamos com a ideia de Jerusalinsky (2005) de sustentar uma psicopatologia interpretativa, de realizar um trabalho de deciframento, em que o comportamento hiperativo não é apenas um comportamento hiperativo, mas sim um lugar de tentativa de simbolização.

O que acontece nesse trabalho de deciframento, quando recebemos em análise crianças com o diagnóstico médico de TDAH e que fazem uso de medicamentos para tratamento, é que temos, além de todas as ponderações levantadas ao longo do trabalho, um importante empecilho: a medicação camufla os sintomas do sujeito e, ao mesmo tempo, produz outros sintomas que são efeitos dos medicamentos e não das produções subjetivas. Dessa forma, nosso instrumento de trabalho, as formações do inconsciente, pode estar comprometido e por vezes provocando enganos, pois, os sintomas, ao invés de serem produções do inconsciente podem ser efeitos das intervenções químicas.

O clínico, portanto, ao fechar as portas de seu consultório particular e segregar “mundo externo” e “mundo interno” fecha também os olhos para os movimentos sociais contemporâneos e conseqüentemente para todas as influências que os discursos dominantes da época produzem no cotidiano da família, nas produções subjetivas e também no próprio *setting* analítico.

Este trabalho objetivou levantar inquietações para além do diagnóstico clínico. Pensamos que estabelecer um diagnóstico para direcionar o tratamento é de grande valia, porém, a linha que separa um diagnóstico de um rótulo classificatório é demasiado tênue. Nesse sentido, inquietamo-nos com o nosso posicionamento enquanto analistas de crianças, especificamente as que chegam com o diagnóstico de hiperatividade. Perguntamo-nos, então: como não ser mais um especialista? Como sair do lugar de representante do saber sobre o mal-estar da família? Como deixar de ser o “respondedor” da demanda familiar? Foi pensando nessas questões que, justamente, expandimos nosso interesse para os movimentos sociais contemporâneos que atravessam a clínica da criança hiperativa.

Em resumo, nessa pesquisa, recortamos três eixos relacionados ao significativo *hiperatividade* que perpassaram todo o trabalho: o da peculiaridade da clínica com crianças, o do atravessamento dos pais nessa clínica e o da influência do discurso médico no discurso da família. Objetivamos articular esses três eixos com a prática da clínica com crianças que possuem o diagnóstico médico de TDAH. Reafirmamos que esse trabalho não pretende encerrar-se, mas sim abrir questionamentos para novas produções.

## Referências

ANDRADE, A. L. M.; LOHR JÚNIOR, A. Questões Atuais Acerca do Déficit de Atenção/Hiperatividade. *Psicologia Argumento*. Curitiba, vol. 25, n. 48, p. 73-83, jan./mar. 2007.

ANSERMET, F. *Clínica da Origem: a criança entre a medicina e a psicanálise*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2003.

ARIÈS, P. *História Social da Criança e da Família*. Rio de Janeiro: LTC, 1981.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE DÉFICIT DE ATENÇÃO. Disponível em: <<http://www.tdah.org.br>>. Acesso em: 04 mai. 2009.

BERENQUER, E. El lugar de la familia en la actualidad: desanudamientos y reanudamientos. *Virtualia: Revista digital de la Escuela de la Orientación Lacaniana*. Argentina, n. #15, jul./ago. 2006. Disponível em: <<http://www.eol.org.ar/virtualia/015/default.asp>>. Acesso em: 15 jan. 2009

BIANCHI, S. Hiperatividade: novos sintomas de ordem e desordem. *aSEPHallus*, revista eletrônica do núcleo séphora, 2(4), mai./out. 2007, Disponível em: <[http://www.nucleosephora.com/asephallus/numero\\_04/artigo\\_05.htm](http://www.nucleosephora.com/asephallus/numero_04/artigo_05.htm)> Acesso em: 22 out. 2008.

BIRMAN, J. *Mal-Estar na Atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.

CALIMAN, L. V. O TDAH: entre as funções, disfunções e otimização da atenção. *Psicologia em Estudo*, vol. 13, n. 3, Maringá, jul./Set. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-73722008000300017&lng=e&nrm=iso&tlng=e](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722008000300017&lng=e&nrm=iso&tlng=e)>. Acesso em: 22 jul. 2009.

CID 10. Disponível em: <[www.psicologia.com.pt/instrumentos/dsm\\_cid](http://www.psicologia.com.pt/instrumentos/dsm_cid)>. Acesso em: 13 jul. 2009.

\_\_\_\_\_. Disponível em: <[www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10.htm](http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10.htm)>. Acesso em: 21 mai. 2009.

CYPEL, S. *Reflexões sobre alguns aspectos neurológicos de aprendizagem escolar*. São Paulo: Coordenadoria de Estudos e Normas Pedagógicas de São Paulo - CENP, v. 1, p. 141-147, 1986.

COLLARES, C. A.; MOYSES, M. A. A. A Transformação do Espaço Pedagógico em Espaço Clínico: a Patologização da Educação. *Idéias* (Fundação para o Desenvolvimento da Educação). São Paulo, v. 23, p. 25-31, 1994. Disponível em: <[http://www.crmariocovas.sp.gov.br/pdf/ideias\\_23\\_p025-031\\_c.pdf](http://www.crmariocovas.sp.gov.br/pdf/ideias_23_p025-031_c.pdf)>. Acesso em: 31 mar. 2009.

COSTA, J. F. *Ordem Médica e Norma Familiar*. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

COSTA-ROSA, A. *Grupo de Estudos sobre o Seminário, livro 10: A Angústia, de Jacques Lacan*: Assis/SP, 2007/2009 (Dados extraídos de anotações pessoais).

DONZELOT, J. *A Polícia das Famílias*. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

DSM IV. Disponível em: <[http://virtualpsy.locaweb.com.br/dsm\\_janela.php?cod=38](http://virtualpsy.locaweb.com.br/dsm_janela.php?cod=38)>. Acesso em: 04 mai. 2009.

\_\_\_\_\_. Disponível em: <[www.psicologia.com.pt/instrumentos/dsm\\_cid](http://www.psicologia.com.pt/instrumentos/dsm_cid)>. Acesso em: 13 jul. 2009.

FLIEG, M. As modificações da estrutura familiar clássica não significam o fim da família. *Revista do IHU – Online*, edição 150, São Leopoldo, 08 ago. 2005, p. 13-18. Disponível em: <<http://www.ihuonline.unisinos.br/uploads/edicoes/1158344547.83pdf.pdf>>. Acesso em: 12 ago. 2009.

\_\_\_\_\_. A descoberta do mal-estar do sujeito na civilização. . *Revista do IHU – Online*, São Leopoldo, 08 mai. 2006, p. 28-36. Disponível em: <<http://www.ihuonline.unisinos.br/uploads/edicoes/1158345628.45pdf.pdf>>. Acesso em: 12 ago. 2009.

FINGERMANN, D. Editorial. *Heteridade 7: revista de psicanálise*. Os tempos do Sujeito do Inconsciente: A psicanálise no seu tempo e o tempo da psicanálise. São Paulo: EFCL, 2009. Disponível em: <<http://www.champlacanian.net/public/docu/4/heterite7.pdf>>. Acesso em: 13 out. 2009.

FONSECA, C. O abandono da razão: a descolonização dos discursos sobre a infância e a família. In: SOUSA, E. (Org.) *Psicanálise e Colonização: leituras do sintoma social no Brasil*. Porto Alegre: Artes e Ofícios, 1999, p. 255-274.

FREUD, S. O mal-estar na civilização. In: *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, p. 65-148. Vol. XXI.

\_\_\_\_\_. Instinto e suas vicissitudes. In: *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, p. 116-144. Vol. XIV.

GALVÃO, M. D. O sintoma na Psicanálise e na Psiquiatria. In: Violante, M. L. V. (Org.) *O (Im)possível Diálogo Psicanálise e Psiquiatria*. São Paulo: Via Lettera, 2002.

INSTITUTO BRASILEIRO DE DEFESA DOS USUÁRIOS DE MEDICAMENTOS. Disponível em: <[www.idum.org.br](http://www.idum.org.br)>. Acesso em: 21 mai. 2009.

INSTITUTO PAULISTA DE DÉFICIT DE ATENÇÃO. Disponível em: <<http://www.dda-deficitdeatencao.com.br/oquee/index.html>> Acesso em: 14 jul. 2009.

JERUSALINSKY, A. ¿Cuántos terapeutas para cada niño? *Escritos de la Infancia: Numero Dedicado a la Estimulación Temprana*, Buenos Aires, FEPI, año V, n. 8, p. 11-27, set., 1997.

\_\_\_\_\_. O Sujeito Infantil e a Infância do Sujeito. *Estilos da Clínica: Revista sobre a Infância com Problemas*, v.3, n. 7, 1º semestre, 1998.

\_\_\_\_\_. Gotinha e Comprimidos para Crianças sem Histórias: Uma patologia pós-moderna para a infância. *Textura – Revista de Psicanálise*, Ano 5, n. 5, 2005.

\_\_\_\_\_. Diagnóstico de Déficit de Atenção e Hiperatividade, O Que Pode Dizer A Psicanálise? In: *Conferência proferida na Fundación para el Estudio de los Problemas de la Infancia, Centro Dra. Lydia Coriat, em Buenos Aires, junho de 2003*. Disponível em: <[http://www.apoa.com.br/noticia\\_detalle.php?noticiaid=35&PHPSESSID=bbea8b84cbb064f37445c2e5eac26344](http://www.apoa.com.br/noticia_detalle.php?noticiaid=35&PHPSESSID=bbea8b84cbb064f37445c2e5eac26344)>. Acesso em: 14 jul. 2009.

KAMMERER, T. e WARTEL, R., Diálogo sobre os diagnósticos. In: LACAN, J. et al. *A Querela dos Diagnósticos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1986.

LACAN, J. *O Seminário, livro 4: a relação de objeto*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1995.

LACAN, J. *O Seminário, livro 5: as formações do inconsciente*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.

LAURENT, E. *A Sociedade do Sintoma: a psicanálise, hoje*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2007.

LERNER, R. O discurso das neurociências e o saber dos pais de crianças portadoras de distúrbios globais do desenvolvimento. In: II COLÓQUIO DO LUGAR DE VIDA/LEPSI, 2001, São Paulo. *Anais do II Colóquio do Lugar de Vida/LEPSI*. São Paulo: LINEAR B, v. 2. p. 178-184, 2001.

LOPES, R. G. *A concepção psicanalítica de sintoma*. Disponível em: < [http://www.nucleosephora.com/laboratorio/disciplinas/laboratorio1/disc20\\_principalSintoma.htm](http://www.nucleosephora.com/laboratorio/disciplinas/laboratorio1/disc20_principalSintoma.htm) >. Acesso em: 14 jul. 2009.

MACHADO, R., et al. *Danação da Norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MACHADO, O. M. R., A clínica do sintoma e o sujeito contemporâneo. *Asephallus*, revista eletrônica do núcleo séphora. Ano 1, n. 1, nov. 2005 a abr. 2006. Disponível em: <[http://www.nucleosephora.com/asephallus/numero\\_01/artigo\\_08port\\_edicao01.htm](http://www.nucleosephora.com/asephallus/numero_01/artigo_08port_edicao01.htm)>. Acesso em: 14 jul. 2009.

MAGNO, M. D. *Ad sorores quatuor: os quatro discursos de Lacan - seminário 1978*. Rio de Janeiro: NovaMente, 2007.

MOYSES, M. A. A.; COLLARES, C. A. L. A história não contada dos distúrbios de aprendizagem. *Cadernos CEDES*. Campinas n. 28, p. 31-47, 1992.

PELEGRINI, M. R. F. O Abuso de medicamentos Psicotrópicos na Contemporaneidade. *Revista de Psicologia Ciência e Profissão*, n. 21, v. 3, p.38-43, 2003. Disponível em: < <http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/pcp/v23n1/v23n1a06.pdf> >. Acesso em: 15 nov. 2007.

PETRI, R. *Psicanálise e infância: clínica com crianças*. São Paulo: Companhia de Freud, 2008.

\_\_\_\_\_.; FRAGELLI, I. K. Z. A Transmissão da Falta a partir da Leitura do Seminário IV de Lacan. *Estilos da Clínica*, vol. 9, n. 17, São Paulo, 2004, p. 118-127. Disponível em: <[http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-71282004000200009&lng=es&nrm=iso](http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282004000200009&lng=es&nrm=iso)>. Acesso em: 25 ago. 2009.

QUINET, A. *Psicose e Laço Social: esquizofrenia, paranóia e melancolia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2006.

\_\_\_\_\_. *A Descoberta do Inconsciente: do desejo ao sintoma*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.

\_\_\_\_\_. Tempo de Laiusar. *Heteridade 7: revista de psicanálise*. Os tempos do Sujeito do Inconsciente: A psicanálise no seu tempo e o tempo da psicanálise. São Paulo: EFCL, 2009, p. 34-37. Disponível em: <<http://www.champlacanian.net/public/docu/4/heterite7.pdf>>. Acesso em: 13 out. 2009.

RODRIGUES, J. T. A Medicação como Única Resposta: uma miragem do contemporâneo. *Psicologia em Estudos*, vol. 8, n. 1, Maringá, jan./jun., p. 13-22, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v8n1/v8n1a03.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2007.

ROHDE, L. A. et al. *Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade na Infância e na Adolescência: considerações clínicas e terapêuticas*. *Revista de Psiquiatria Clínica*, vol. 32, n. 3, São Paulo, mai./jun., 2004. Disponível em: <<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol31/n3/124.html>>. Acesso em: 14 jul. 2009.

ROHDE, L.; HALPERN, R. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: atualização. *Jornal de Pediatria*, vol. 80, Rio de Janeiro, abr. 2004, p. S61- S70. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v80n2s0/v80n2Sa08.pdf>>. Acesso em: 5 ago. 2009.

ROUDINESCO, E. *A família em desordem*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

SUCUPIRA, A. C. S. L. Hiperatividade: doença ou rótulo? *Cadernos CEDES*. v.15, p. 30-43, dez. 1986.

TENDLARZ, S. E. *A atenção que falta e a atividade que sobra*. Disponível em: <<http://www.institutopsicanalise-mg.com.br/psicanalise/almanaque/textos/numero3/A%20aten%C3%A7%C3%A3o%20que%20falta%20e%20a%20atividade%20que%20sobra.pdf>>. Acesso em: 23 ago. 2009.

THEVENOT, A.; METZ, C. Instabilidade Psicomotora ou Hiperatividade? Riscos dos Deslizamentos dos Discursos sobre a Psicopatologia Infantil. *Epistemo-Somática*, Belo Horizonte, vol. IV, n. 02, p. 49-61, ago./dez. 2007. Disponível em: <<http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/epistemo/v4n2/v4n2a05.pdf>>. Acesso em: 28 ago. 2009.

TONELOTTO, J.; TONELOTTO, B. Transtorno do Déficit de Atenção. *Revista Ciências Médica*, Campinas: 13(3), p. 267-272, jul./set. 2004.

TOPCZEWSKI, A. *Como lidar com a hiperatividade?* Entrevista para Rodrigo Apolloni, Ed. Opet, s/data. Disponível em: <<http://www.editoraopet.com.br/data/documents/storedDocuments/%7BF82908F9-0C99-4669-A7D2-91881B007714%7D/%7B53780432-3A9A-41A0-9AEF-510AE6AF9D2C%7D/hiperatividade.pdf>>. Acesso em: 5 ago. 2009.

VORCARO, A. De um outro ao Outro de Jacques Lacan. In: SEMINÁRIO SOBRE O SEMINÁRIO 16, 2009, São Paulo: Centro de Estudos Psicanalíticos de Pinheiros (Dados extraídos de anotações pessoais).

VORCARO, A. *A Criança na Clínica Psicanalítica*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2004.

## **ANEXO**

## Déficit de Atenção/Hiperatividade, Transt. (TDAH)

### DÉFICIT DE ATENÇÃO e HIPERATIVIDADE - DSM-IV

#### Características Diagnósticas

A característica essencial do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade é um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade, mais freqüente e severo do que aquele tipicamente observado em indivíduos em nível equivalente de desenvolvimento (Critério A). Alguns sintomas hiperativo-impulsivos que causam prejuízo devem ter estado presentes antes dos 7 anos, mas muitos indivíduos são diagnosticados depois, após a presença dos sintomas por alguns anos (Critério B).

Algum prejuízo devido aos sintomas deve estar presente em pelo menos dois contextos (por ex., em casa e na escola ou trabalho) (Critério C). Deve haver claras evidências de interferência no funcionamento social, acadêmico ou ocupacional apropriado em termos evolutivos (Critério D). A perturbação não ocorre exclusivamente durante o curso de um Transtorno Invasivo do Desenvolvimento, Esquizofrenia ou outro Transtorno Psicótico e não é melhor explicada por um outro transtorno mental (por ex., Transtorno do Humor, Transtorno de Ansiedade, Transtorno Dissociativo ou Transtorno da Personalidade) (Critério E).

A desatenção pode manifestar-se em situações escolares, profissionais ou sociais. Os indivíduos com este transtorno podem não prestar muita atenção a detalhes ou podem cometer erros por falta de cuidados nos trabalhos escolares ou outras tarefas (Critério A1a). O trabalho freqüentemente é confuso e realizado sem meticulosidade nem consideração adequada. Os indivíduos com freqüência têm dificuldade para manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas e consideram difícil persistir em tarefas até seu término (Critério A1b). Eles freqüentemente dão a impressão de estarem com a mente em outro local, ou de não escutarem o que recém foi dito (Critério A1c).

Pode haver freqüentes mudanças de uma tarefa inacabada para outra. Os indivíduos diagnosticados com este transtorno podem iniciar uma tarefa, passar para outra, depois voltar a atenção para outra coisa antes de completarem qualquer uma de suas incumbências. Eles freqüentemente não atendem a solicitações ou instruções e não conseguem completar o trabalho escolar, tarefas domésticas ou outros deveres (Critério A1d). O fracasso para completar tarefas deve ser considerado, ao fazer o diagnóstico, apenas se ele for devido à desatenção, ao invés de outras possíveis razões (por ex., um fracasso para compreender instruções).

Esses indivíduos com freqüência têm dificuldade para organizar tarefas e atividades (Critério A1e). As tarefas que exigem um esforço mental constante são vivenciadas como desagradáveis e acentuadamente aversivas. Por conseguinte, esses indivíduos em geral evitam ou têm forte antipatia por atividades que exigem dedicação ou esforço mental prolongados ou que exigem organização ou concentração (por ex., trabalhos escolares ou burocráticos) (Critério A1f). Esta evitação deve ocorrer por dificuldades da pessoa com a atenção, e não devido a uma atitude oposicional primária, embora uma oposição secundária possa também ocorrer.

Os hábitos de trabalho freqüentemente são desorganizados e os materiais necessários para a realização da tarefa com freqüência são espalhados, perdidos ou manuseados com descuido e danificados (Critério A1g). Os indivíduos com este transtorno são facilmente distraídos por estímulos irrelevantes e habitualmente interrompem tarefas em andamento para dar atenção a ruídos ou eventos triviais que em geral são facilmente ignorados por outros (por ex., a buzina de um automóvel, uma conversa ao fundo) (Critério A1h). Eles freqüentemente se esquecem de coisas nas atividades diárias (por ex., faltar a compromissos marcados, esquecer de levar o lanche para o trabalho ou a escola) (Critério A1i).

Nas situações sociais, a desatenção pode manifestar-se por freqüentes mudanças de assunto, falta de atenção ao que os outros dizem, distração durante as conversas e falta de atenção a detalhes ou regras em jogos ou atividades.

A hiperatividade pode manifestar-se por inquietação ou remexer-se na cadeira (Critério A2a), por não permanecer sentado quando deveria (Critério A2b), por correr ou subir excessivamente em coisas quando isto é inapropriado (Critério A2c), por dificuldade em brincar ou ficar em silêncio em atividades de lazer (Critério A2d), por freqüentemente parecer estar "a todo vapor" ou "cheio de gás" (Critério A2e) ou por falar em excesso (Critério A2f). A hiperatividade pode variar de acordo com a idade e nível de desenvolvimento do indivíduo, devendo o diagnóstico ser feito com cautela em crianças pequenas. Os bebês e pré-escolares com este transtorno diferem de crianças ativas, por estarem constantemente inquietos e envolvidos com tudo à sua volta; eles andam para lá e para cá, movem-se "mais rápido que a sombra", sobem ou escalam móveis, correm pela casa e têm dificuldades em participar de atividades sedentárias em grupo durante a pré-escola (por ex., para escutar uma estória).

As crianças em idade escolar exibem comportamentos similares, mas em geral com menor freqüência ou intensidade do que bebês e pré-escolares. Elas têm dificuldade para permanecer sentadas, levantam-se com freqüência e se remexem ou sentam-se na beira da cadeira, como que prontas para se levantarem. Elas manuseiam objetos inquietamente, batem com as mãos e balançam pernas e braços excessivamente. Com freqüência se levantam da mesa durante as refeições, enquanto assistem televisão ou enquanto fazem os deveres de casa; falam em excesso e podem fazer ruídos demasiados durante atividades tranquilas.

Em adolescentes e adultos, os sintomas de hiperatividade assumem a forma de sensações de inquietação e dificuldade para envolver-se em atividades tranquilas e sedentárias.

A impulsividade manifesta-se como impaciência, dificuldade para protelar respostas, responder precipitadamente, antes de as perguntas terem sido completadas (Critério A2g), dificuldade para aguardar sua vez (Critério A2h) e interrupção freqüente ou intrusão nos assuntos de outros, ao ponto de causar dificuldades em contextos sociais, escolares ou profissionais (Critério A2i).

Outros podem queixar-se de dificuldade para se expressar adequadamente. Os indivíduos com este transtorno tipicamente fazem comentários inoportunos, interrompem demais os outros, metem-se em assuntos alheios, agarram objetos de outros, pegam coisas que não deveriam tocar e fazem palhaçadas.

A impulsividade pode levar a acidentes (por ex., derrubar objetos, colidir com pessoas, segurar inadvertidamente uma panela quente) e ao envolvimento em atividades potencialmente perigosas, sem consideração quanto às

possíveis conseqüências (por ex., andar de skate em um terreno extremamente irregular).

As manifestações comportamentais geralmente aparecem em múltiplos contextos, incluindo a própria casa, a escola, o trabalho ou situações sociais. Para fazer o diagnóstico, algum prejuízo deve estar presente em pelo menos dois contextos (Critério C). É raro um indivíduo apresentar o mesmo nível de disfunção em todos os contextos ou dentro do mesmo contexto em todos os momentos.

Os sintomas tipicamente pioram em situações que exigem atenção ou esforço mental constante ou que não possuem um apelo ou novidade intrínsecos (por ex., escutar professores, realizar deveres escolares, escutar ou ler materiais extensos ou trabalhar em tarefas monótonas e repetitivas). Os sinais do transtorno podem ser mínimos ou estar ausentes quando o indivíduo se encontra sob um controle rígido, está em um contexto novo, está envolvido em atividades especialmente interessantes, em uma situação a dois (por ex., no consultório do médico) ou enquanto recebe recompensas freqüentes por um [79]comportamento apropriado.

Os sintomas são mais prováveis em situações de grupo (por ex., no pátio da escola, sala de aula ou ambiente de trabalho). O clínico deve indagar, portanto, acerca do comportamento do indivíduo em uma variedade de situações, dentro de cada contexto.

#### Subtipos

Embora a maioria dos indivíduos apresente sintomas tanto de desatenção quanto de hiperatividade-impulsividade, existem alguns indivíduos nos quais há predominância de um ou outro padrão. O subtipo apropriado (para um diagnóstico atual) deve ser indicado com base no padrão predominante de sintomas nos últimos 6 meses.

F90.0 - 314.01 Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Tipo Combinado.

Este subtipo deve ser usado se seis (ou mais) sintomas de desatenção e seis (ou mais) sintomas de hiperatividade-impulsividade persistem há pelo menos 6 meses. A maioria das crianças e adolescentes com o transtorno tem o Tipo Combinado. Não se sabe se o mesmo vale para adultos com o transtorno.

F98.8 - 314.00 Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Tipo Predominantemente Desatento.

Este subtipo deve ser usado se seis (ou mais) sintomas de desatenção (mas menos de seis sintomas de hiperatividade-impulsividade) persistem há pelo menos 6 meses.

F90.0 - 314.01 Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Tipo Predominantemente Hiperativo-Impulsivo.

Este subtipo deve ser usado se seis (ou mais) sintomas de hiperatividade-impulsividade (mas menos de seis sintomas de desatenção) persistem há pelo menos 6 meses. A desatenção pode, com freqüência, ser um aspecto clínico significativo nesses casos.

#### Procedimentos de Registro

Os indivíduos que em um estágio anterior do transtorno tinham o Tipo Predominantemente Desatento ou o Tipo Predominantemente Hiperativo-Impulsivo podem vir a desenvolver o Tipo Combinado, e vice-versa. O subtipo apropriado (para um diagnóstico atual) deve ser indicado com base no padrão sintomático predominante nos últimos 6 meses.

Caso persistam sintomas clinicamente significativos mas os critérios não mais sejam satisfeitos para qualquer dos subtipos, o diagnóstico apropriado é Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Em Remissão Parcial. Quando os sintomas de um indivíduo não satisfazem, atualmente, todos os critérios para o transtorno e não está claro se eles alguma vez foram satisfeitos, deve-se diagnosticar Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade Sem Outra Especificação.

#### Características e Transtornos Associados

Características descritivas e transtornos mentais associados. As características associadas variam, dependendo da idade e do estágio evolutivo e podem incluir baixa tolerância à frustração, acessos de raiva, comportamento "mandão", teimosia, insistência excessiva e freqüente para que suas solicitações sejam atendidas, instabilidade do humor, desmoralização, disforia, rejeição por seus pares e baixa auto-estima.

As realizações acadêmicas em geral estão prejudicadas e insatisfatórias, tipicamente ocasionando conflitos com a família e autoridades escolares. A insuficiente dedicação às tarefas que exigem esforço constante freqüentemente é interpretada pelos outros como sinal de preguiça, um fraco senso de responsabilidade e comportamento de oposição.

Os relacionamentos familiares com freqüência se caracterizam por ressentimento e hostilidade, especialmente porque a variabilidade no estado sintomático do indivíduo muitas vezes leva os pais a crerem que todo o comportamento perturbador é voluntário. Os indivíduos com Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade podem atingir menor grau de escolarização e realizações vocacionais mais fracas do que seus pares. O desenvolvimento intelectual, avaliado por testes individuais de QI, parece ser um pouco inferior em crianças com este transtorno. Em sua forma severa, o transtorno causa grandes prejuízos, afetando o ajustamento social, familiar e escolar.

Uma parcela substancial das crianças encaminhadas a clínicas por Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade também tem Transtorno Desafiador de Oposição ou Transtorno da Conduta. É possível que haja uma prevalência superior de Transtornos do Humor, Transtornos de Ansiedade, Transtornos da Aprendizagem e Transtornos da Comunicação em crianças com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade.

O transtorno não é infreqüente entre indivíduos com Transtorno de Tourette; quando os dois transtornos coexistem, o início do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade freqüentemente precede o início do Transtorno de Tourette. Pode existir uma história de abuso ou negligência à criança, múltiplas colocações em lares adotivos, exposição a neurotoxinas (por ex., envenenamento por chumbo), infecções (por ex., encefalite) exposição a drogas in útero, baixo peso ao nascer e Retardo Mental.

#### Achados laboratoriais associados

Nenhum teste laboratorial foi estabelecido como diagnóstico na avaliação clínica do Transtorno de Déficit de

Atenção/Hiperatividade. Os testes que exigem processamento mental concentrado são anormais em grupos de indivíduos com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, em comparação com sujeitos-controle, mas ainda não está inteiramente claro qual o déficit cognitivo fundamental responsável por isto.

Achados ao exame físico e condições médicas gerais associadas.

Não existem aspectos físicos específicos associados com o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, embora anomalias físicas menores (por ex., hipertelorismo, palato altamente arqueado, orelhas com baixa inserção) possam ocorrer em uma proporção superior à da população em geral. Também pode haver uma taxa superior de ferimentos físicos.

Características Específicas à Cultura, à Idade e ao Gênero

O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade ocorre em várias culturas, sendo que as variações na prevalência relatada entre os países ocidentais provavelmente decorrem mais de diferentes práticas diagnósticas do que de diferenças na apresentação clínica.

É especialmente difícil estabelecer o diagnóstico em crianças com menos de 4 ou 5 anos, pelo fato de seu comportamento característico ser muito mais variável do que o de crianças mais velhas e incluir, possivelmente, aspectos similares aos sintomas do transtorno. Além disso, em geral é difícil observar sintomas de desatenção em bebês e crianças pré-escolares, porque as crianças jovens tipicamente sofrem poucas exigências de atenção prolongada. Entretanto, mesmo a atenção de criança pequenas pode ser mantida em uma variedade de situações (por ex., a criança típica de 2 ou 3 anos de idade em geral consegue ficar sentada com um adulto, olhando livros de figuras).

Em comparação, crianças pequenas com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade movem-se excessivamente, sendo em geral difícil contê-las. Indagar sobre uma ampla variedade de comportamentos em uma criança pequena pode ser útil para assegurar-se da obtenção de um quadro clínico completo. À medida que as crianças amadurecem, os sintomas geralmente se tornam menos conspicuos. Ao final da infância e início da adolescência, os sinais de excessiva atividade motora ampla (por ex., correr ou escalar excessivamente, não conseguir permanecer sentado) passam a ser menos comuns, podendo os sintomas de hiperatividade limitar-se à inquietação ou uma sensação íntima de agitação ou nervosismo.

Em crianças em idade escolar, os sintomas de desatenção afetam o trabalho em sala de aula e o desempenho acadêmico. Os sintomas de impulsividade também podem levar ao rompimento de regras familiares, interpessoais e educacionais, especialmente na adolescência. Na idade adulta, a inquietação pode ocasionar dificuldades ao participar de atividades sedentárias e a evitação de passatempos ou ocupações que oferecem limitadas oportunidades para movimentos espontâneos (por ex., trabalhos burocráticos).

O transtorno é muito mais freqüente no sexo masculino, com as razões masculino-feminino sendo de 4:1 a 9:1, dependendo do contexto (isto é, população geral ou clínicas).

Prevalência

A prevalência do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade é estimada em 3-5% entre as crianças em idade escolar. Existem poucos dados sobre a prevalência na adolescência e idade adulta.

Curso

A maioria dos pais observa pela primeira vez o excesso de atividade motora quando as crianças ainda estão engatinhando, freqüentemente coincidindo com o desenvolvimento da locomoção independente. Entretanto, uma vez que muitos bebês hiperativos não desenvolvem o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, deve-se ter cautela ao fazer este diagnóstico em uma idade muito precoce. Geralmente, o transtorno é diagnosticado pela primeira vez durante as primeiras séries, quando o ajustamento à escola está comprometido.

Na maioria dos casos observados nos contextos clínicos, o transtorno é relativamente estável durante o início da adolescência. Na maioria dos indivíduos, os sintomas atenuam-se durante o final da adolescência e idade adulta, embora uma minoria dessas pessoas experiencie o quadro sintomático completo de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade até os anos intermediários da idade adulta. Outros adultos podem reter alguns dos sintomas, aplicando-se nestes casos um diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Em Remissão Parcial. Este diagnóstico aplica-se aos indivíduos que não mais têm o transtorno com todos os seus aspectos característicos, mas ainda retêm alguns sintomas que causam prejuízo funcional.

Padrão Familiar

O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade é encontrado com maior freqüência nos parentes biológicos em primeiro grau de crianças com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade.

Os estudos também sugerem que existe uma prevalência superior de Transtornos do Humor e de Ansiedade, Transtornos da Aprendizagem, Transtornos Relacionados a Substâncias e Transtorno da Personalidade Anti-Social nos membros das famílias de indivíduos com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade.

Diagnóstico Diferencial

Na infância, pode ser difícil distinguir entre os sintomas de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade e comportamentos apropriados à idade em crianças ativas (por ex., correrias e barulho excessivo).

Os sintomas de desatenção são mais comuns entre crianças com baixo QI colocadas em contextos escolares em desacordo com sua capacidade intelectual. Esses comportamentos devem ser diferenciados de sinais similares em crianças com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade.

Em crianças com Retardo Mental, um diagnóstico adicional de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade deve ser feito apenas se os sintomas de desatenção ou hiperatividade forem excessivos para a idade mental da criança. A desatenção em sala de aula pode também ocorrer quando crianças com alta inteligência são colocadas em ambientes escolares pouco estimuladores.

O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade também deve ser diferenciado da dificuldade no comportamento

dirigido a objetivos em crianças oriundas de ambientes inadequados, desorganizados ou caóticos. Relatos de múltiplos informantes (por ex., babás, avós ou pais de companheiros de brincadeiras) são úteis para o oferecimento de uma confluência de observações acerca da desatenção, hiperatividade e capacidade de auto-regulagem adequada ao nível de desenvolvimento da criança em vários contextos. [82]

Indivíduos com comportamento opositivo podem resistir ao trabalho ou tarefas escolares que exigem autodedicação, em razão da relutância em conformar-se às exigências dos outros. Esses sintomas devem ser diferenciados da evitação de tarefas escolares vista em indivíduos com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade.

Complicando o diagnóstico diferencial está o fato de que alguns indivíduos com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade desenvolvem atitudes oposicionais secundárias em relação a essas tarefas e desvalorizam sua importância, freqüentemente como uma racionalização para seu fracasso.

O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade não é diagnosticado se os sintomas são melhor explicados por outro transtorno mental (por ex., Transtorno do Humor, Transtorno de Ansiedade, Transtorno da Personalidade, Transtorno Dissociativo, Alteração da Personalidade Devido a uma Condição Médica Geral, ou um Transtorno Relacionado a Substância). Em todos esses transtornos, os sintomas de desatenção tipicamente iniciam após os 7 anos de idade, e a história do ajustamento à escola na infância geralmente não se caracteriza por um comportamento disruptivo ou queixas de professores envolvendo comportamento desatento, hiperativo ou impulsivo.

Quando um Transtorno do Humor ou Transtorno de Ansiedade ocorre concomitantemente com o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, cada um deles deve ser diagnosticado. O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade não é diagnosticado se os sintomas de desatenção e hiperatividade ocorrem exclusivamente durante o curso de um Transtorno Invasivo do Desenvolvimento ou um Transtorno Psicótico.

Os sintomas de desatenção, hiperatividade ou impulsividade relacionados ao uso de medicamentos (por ex., broncodilatadores, isoniazida, acatisia por neurolépticos) em crianças com menos de 7 anos de idade não são diagnosticados como Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, mas sim como Transtorno Relacionado a Outras Substâncias, Sem Outra Especificação.

#### Critérios Diagnósticos para Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade

##### A. Ou (1) ou (2)

1) seis (ou mais) dos seguintes sintomas de desatenção persistiram por pelo menos 6 meses, em grau mal-adaptativo e inconsistente com o nível de desenvolvimento:

Desatenção:

- (a) freqüentemente deixa de prestar atenção a detalhes ou comete erros por descuido em atividades escolares, de trabalho ou outras
- (b) com freqüência tem dificuldades para manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas
- (c) com freqüência parece não escutar quando lhe dirigem a palavra
- (d) com freqüência não segue instruções e não termina seus deveres escolares, tarefas domésticas ou deveres profissionais (não devido a um comportamento de oposição ou incapacidade de compreender instruções)
- (e) com freqüência tem dificuldade para organizar tarefas e atividades
- (f) com freqüência evita, antipatiza ou reluta a envolver-se em tarefas que exijam esforço mental constante (como tarefas escolares ou deveres de casa)
- (g) com freqüência perde coisas necessárias para tarefas ou atividades (por ex., brinquedos, tarefas escolares, lápis, livros ou outros materiais)
- (h) é facilmente distraído por estímulos alheios à tarefa
- (i) com freqüência apresenta esquecimento em atividades diárias

2) seis (ou mais) dos seguintes sintomas de hiperatividade persistiram por pelo menos 6 meses, em grau mal-adaptativo e inconsistente com o nível de desenvolvimento:

Hiperatividade:

- (a) freqüentemente agita as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira
- (b) freqüentemente abandona sua cadeira em sala de aula ou outras situações nas quais se espera que permaneça sentado
- (c) freqüentemente corre ou escala em demasia, em situações nas quais isto é inapropriado (em adolescentes e adultos, pode estar limitado a sensações subjetivas de inquietação)
- (d) com freqüência tem dificuldade para brincar ou se envolver silenciosamente em atividades de lazer
- (e) está freqüentemente "a mil" ou muitas vezes age como se estivesse "a todo vapor"
- (f) freqüentemente fala em demasia

Impulsividade:

- (g) freqüentemente dá respostas precipitadas antes de as perguntas terem sido completadas
- (h) com freqüência tem dificuldade para aguardar sua vez
- (i) freqüentemente interrompe ou se mete em assuntos de outros (por ex., intromete-se em conversas ou brincadeiras)

B. Alguns sintomas de hiperatividade-impulsividade ou desatenção que causaram prejuízo estavam presentes antes dos 7 anos de idade.

C. Algum prejuízo causado pelos sintomas está presente em dois ou mais contextos (por ex., na escola [ou trabalho] e em casa).

D. Deve haver claras evidências de prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, acadêmico ou ocupacional.

E. Os sintomas não ocorrem exclusivamente durante o curso de um Transtorno Invasivo do Desenvolvimento, Esquizofrenia ou outro Transtorno Psicótico e não são melhor explicados por outro transtorno mental (por ex., Transtorno do Humor, Transtorno de Ansiedade, Transtorno Dissociativo ou um Transtorno da Personalidade).

Codificar com base no tipo:

F90.0 - 314.01 Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Tipo Combinado: se tanto o Critério A1 quanto o Critério A2 são satisfeitos durante os últimos 6 meses.

F98.8 - 314.00 Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Tipo Predominantemente Desatento: Se o Critério A1 é satisfeito, mas o Critério A2 não é satisfeito durante os últimos 6 meses.

F90.0 - 314.01 Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Tipo Predominantemente Hiperativo-Impulsivo: Se o Critério A2 é satisfeito, mas o Critério A1 não é satisfeito durante os últimos 6 meses.

Nota para a codificação: Para indivíduos (em especial adolescentes e adultos) que atualmente apresentam sintomas que não mais satisfazem todos os critérios, especificar "Em Remissão Parcial".

F90.9 - 314.9 Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade Sem Outra Especificação

Esta categoria aplica-se a transtornos com sintomas proeminentes de desatenção ou hiperatividade-impulsividade que não satisfazem os critérios para Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade.

Esta categoria aplica-se a transtornos com sintomas proeminentes de desatenção ou hiperatividade-impulsividade que não satisfazem os critérios para Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade.

Fonte: <[http://virtualpsy.locaweb.com.br/dsm\\_janela.php?cod=38](http://virtualpsy.locaweb.com.br/dsm_janela.php?cod=38)>. Acesso em 4 mai. 2009.