

ROSANA VERA DE OLIVEIRA SCHICOTTI

TDAH E INFÂNCIA CONTEMPORÂNEA

Um olhar a partir da psicanálise

ASSIS
2013

ROSANA VERA DE OLIVEIRA SCHICOTTI

TDH E INFÂNCIA CONTEMPORÂNEA

Um olhar a partir da psicanálise

Tese apresentada à Faculdade de Ciências e Letras de Assis – UNESP – Universidade Estadual Paulista para a obtenção do título de Doutora em Psicologia (Área de Conhecimento: Psicologia e Sociedade).

Orientador: Prof. Dr. Jorge Luis Ferreira Abrão

ASSIS
2013

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca da F.C.L. – Assis – UNESP

S354t Schicotti, Rosana Vera de Oliveira
TDAH e infância contemporânea: um olhar a partir da psicanálise /
Rosana Vera de Oliveira Schicotti. Assis, 2013
156 f. : il.

Tese de doutorado - Faculdade de Ciências e Letras de Assis -
Universidade Estadual Paulista.

Orientador: Dr. Jorge Luis Ferreira Abrão

1. Infância. 2. Psicanálise. 3. Distúrbio da falta de atenção
com hiperatividade. 4. Crianças hiperativas. I. Título.

CDD 616.858
155.4

A maior riqueza do homem
é a sua incompletude.
Nesse ponto sou abastado.
Palavras que me aceitam como
sou - eu não aceito.
Não aguento ser apenas um
sujeito que abre
portas, que puxa válvulas,
que olha o relógio, que
compra pão às 6 horas da tarde,
que vai lá fora,
que aponta lápis,
que vê a uva etc. etc.
Perdoai
Mas eu preciso ser Outros.
Eu penso renovar o homem
usando borboletas.

(MANOEL DE BARROS)

Dedico este trabalho à minha filha, Marcelle ...

AGRADECIMENTOS

Chegando ao final deste trabalho, gostaria de registrar minha gratidão a todos, primeiramente a Deus, que me possibilitou os recursos materiais e humanos para que eu caminhasse até aqui.

Ao Professor Dr. José Luiz Guimarães, o principal responsável pelo meu ingresso (em memória).

Ao meu orientador, Professor Livre-Docente Jorge Luis Ferreira Abrão que me aceitou e direcionou-me nos vários momentos de transições e dificuldades deste trabalho.

A todos os membros da Banca de Qualificação, agradeço a leitura e sugestões oferecidas e à Banca da Defesa, por se prontificar a discutir e realizar a avaliação final.

Aos funcionários da Seção de Pós-Graduação e da Biblioteca da Faculdade de Ciências e Letras de Assis, que sempre me atenderam com boa vontade.

A todos os colegas da Prefeitura Municipal de Martinópolis, especialmente aos funcionários do Departamento de Saúde e aos meus diretores e coordenadores que compreenderam muitas das minhas ausências, facilitando o meu acesso ao trabalho de campo: Regiane Vagula Ferreira, Simone Betti Marmoro e Márcia C. R. de Oliveira Ferreira.

Aos participantes desta pesquisa, minha imensa gratidão!

Às revisões de Inês Dolci, Sérgio Augusto Gouveia Júnior, Jaqueline Batista de Oliveira Costa e Gelise Alfena que também elaborou a versão do resumo para a língua inglesa.

À minha mãe Júlia Vera e à minha filha Marcelle Vera, as quais me acompanharam em todos os momentos!

À Selma T. O. Fernandes Jorge, Tânia Cristina Bofi e Lúcia F. L. Silvério pelas preciosas colaborações.

A todos os amigos e familiares que contribuíram direta e indiretamente para a realização deste trabalho. Felizmente, eles são inúmeros e incontáveis e cada um deles sabe o quanto fizeram por mim!

SCHICOTTI, R.V.O. **TDAH e infância contemporânea**: um olhar a partir da psicanálise. 2013. 156 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2013.

RESUMO

Segundo o Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade, de 2005 a 2010 houve um aumento da compra do metilfenidato pelos órgãos públicos em torno de 1400%. Deste modo, contextualizar e compreender o crescente número de diagnósticos do Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade, bem como o aumento da venda de medicamentos para este transtorno, tem sido uma empreitada comum de muitos autores que se dedicam ao tema da infância. O presente trabalho visa compreender os significados e as peculiaridades da sintomatologia do TDAH, elucidando a polissemia imbricada na singularidade de cada caso particular. Os objetivos específicos foram: identificar as experiências singulares de crianças, pais e professores e entender os sentidos comunicados por suas queixas e dificuldades; apontar algumas correlações entre certos traços da nossa cultura e a atual proliferação de diagnósticos do referido transtorno. Para tanto, realizei um trabalho de psicodiagnóstico com crianças que foram encaminhadas para atendimento psicológico em uma cidade do interior paulista. Foram atendidos três casos de crianças diagnosticadas com TDAH, todas medicadas com metilfenidato e/ou outros medicamentos, as quais foram acompanhadas por médicos neuropediatras e psicólogos. Deste modo, optei por trabalhar com o método psicanalítico. Este se enquadra em um modelo de pesquisa qualitativa, visto que neste enquadre o conhecimento tem um caráter interpretativo, na medida em que é construído em um processo de atribuição de sentidos. Assim, partindo da bibliografia estudada, dos casos atendidos e do olhar psicanalítico, pude constatar que na contemporaneidade, tornou-se cada vez mais raro abster-se das tecnologias medicamentosas/biológicas para educar crianças e adolescentes. Foi frequente a observação da falta de discriminação entre os lugares de pais e de filhos. A dinâmica familiar dos casos atendidos refletiu o estado atual das relações contemporâneas, caracterizadas por vínculos fugazes e instáveis, onde dificilmente é oferecido às crianças referenciais sólidos de moralidade, bem como experiências de continência e tolerância à frustração. No tocante à dimensão escolar, ficou evidenciado o quanto a instituição escolar acredita ser indispensável a medicação para o desenvolvimento dos processos mentais superiores (atenção, memória e pensamento) na criança diagnosticada com TDAH. As questões mais recorrentes no que diz respeito ao processo psíquico das crianças diagnosticadas com TDAH foram: dificuldades para vivenciar plenamente a separação em relação à mãe, ausência da figura paterna, descontrole dos impulsos sexuais e agressivos, evasão das situações que exigem esforço, pensamento e concentração. Em todos os casos foi possível encontrar elementos que se repetiram nos diferentes momentos do psicodiagnóstico, de forma que puderam oferecer as pistas para encontrar o motivo latente de cada queixa particular, sem precisar que eu recorresse às pré-concepções cristalizadas de um diagnóstico psicopatológico.

Palavras-chave: 1. Infância; 2. Psicanálise; 3. Distúrbio da falta de atenção com hiperatividade; 4. Contemporâneo.

SCHICOTTI, R.V.O. **ADHD and contemporary childhood**: a view from psychoanalysis. 2013. 156 f. Thesis (Doctorate in Psychology) – College of Modern Languages and Sciences, São Paulo State University, Assis city, 2013.

ABSTRACT

According to the Forum of Education and Society Medicalization, from 2005 to 2010, there was an increase in the purchase of methylphenidate by public agencies, around 1400%. Thus, contextualizing and understanding the growing number of diagnoses of Attention Deficit Hyperactivity Disorder, as well as the increasing of sales of drugs for this disorder, it has been an ordinary venture of many authors who dedicate themselves to the theme of childhood. This study aims to understand the meanings and the peculiarities of the symptoms of ADHD, explaining the different meanings embedded in the uniqueness of each individual case. The specific objectives were: identifying the unique experiences of children, parentes, and teachers as well as understanding the meanings communicated by their complaints and difficulties; demonstrating some correlations between certain traits of our culture and the current proliferation of the diagnoses of the said disorder. Therefore, I performed a work of psychodiagnostic with children who were referred for psychological care in an inland city of São Paulo state. Three cases of children diagnosed with ADHD were seen, all of them medicated with methylphenidate and / or other drugs, which were accompanied by neuropediatricians and psychologists. Thus, I chose to work with the psychoanalytic method. This fits itself into a model of qualitative research, since knowledge has an interpretive character frame, as it is built on a process of assigning senses. Thus, based on the literature studied, the cases treated, and psychoanalytical study, I found out that, nowadays, it has become increasingly rare to abstain from drug/biologic technologies to educate children and teenagers. It was common the observation of lack of discrimination between parents' and children's places. The family dynamics of the treated cases reflected the current state of contemporary relationships, characterized by fleeting and unstable bonds, where hardly is offered solid benchmarks of morality to children, as well as experiences of continence and frustration tolerance. Regarding to school size, it was evident how muc school institution believes to be essential the medication for the development of higher mental processes (attention, memory and thought) in a child diagnosed with ADHD. The most recurrent questions regarding to the process of psychic children diagnosed with ADHD were: difficulties to a fully experience of separation from mother, no father figure, decontrol of sexual and aggressive impulses, avoidance of situations that require effort, thought and concentration. In all cases, it was possible to find out elements that were repeated at different times of psychodiagnostic, so that they might offer clues to find the latent reason for each particular complaint, without recouring to preconceptions crystallized from a psychopathological diagnosis.

Keywords: 1. Childhood; 2. Psychoanalysis; 3. Lack of attention disorder with hyperactivity; 4. Contemporary.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
1. INFÂNCIA, PSICANÁLISE E CONTEMPORANEIDADE: CONFLUÊNCIAS E APROXIMAÇÕES	18
1.1. ALGUNS APONTAMENTOS SOBRE O SURGIMENTO DO CONCEITO DE INFÂNCIA	18
1.2. TDAH, PSICANÁLISE E INFÂNCIA CONTEMPORÂNEA	22
1.3. CONCLUSÃO	33
2. ALGUMAS CONSIDERAÇÕES HISTÓRICAS ACERCA DA CONSTRUÇÃO DO TDAH. 35	
2.1. BREVE HISTÓRICO SOBRE A CONSTRUÇÃO DO DIAGNÓSTICO DO TDAH	35
2.2. O TDAH E O PROCESSO DE DISCIPLINARIZAÇÃO DA INFÂNCIA	41
2.3. CONCLUSÃO	45
3. PESQUISA E PSICANÁLISE: UM OUTRO OLHAR PARA A ESCUTA DAS QUEIXAS ESCOLARES.....	49
4. O PSICODIAGNÓSTICO COMO INSTRUMENTO DE PESQUISA: NOTAS SOBRE A TRAJETÓRIA ESCOLHIDA	60
4.1. O LOCAL DA PESQUISA	60
4.2. PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	62
4.3. INSTRUMENTOS E TÉCNICAS	65
5. OS SUJEITOS E SUAS HISTÓRIAS: ENTRE A FANTASIA E A REALIDADE.....	74
5.1 - A HISTÓRIA DE WENDY	75
5.1.1. COMPOSIÇÃO FAMILIAR	77
5.1.2. A ANAMNESE COM OS PAIS	77
5.1.3. A HORA DE JOGO DIAGNÓSTICA	80
5.1.4. O TESTE DAS MATRIZES PROGRESSIVAS COLORIDAS DE RAVEN E O PROCEDIMENTO DE DESENHOS – ESTÓRIAS COM TEMA.	83
5.1.5. ENTREVISTA FAMILIAR DIAGNÓSTICA.....	86
5.1.6. ENTREVISTA COM PROFESSORA	88
5.1.7. ALGUMAS CONSIDERAÇÕES A PARTIR DO CASO	90
5.2. A HISTÓRIA DE MIGUEL.....	94
5.2.1. COMPOSIÇÃO FAMILIAR	96
5.2.2. A ANAMNESE COM A MÃE.....	96

5.2.3. A HORA DE JOGO DIAGNÓSTICA	97
5.2.4. O TESTE DAS MATRIZES PROGRESSIVAS COLORIDAS DE RAVEN E O PROCEDIMENTO DE DESENHOS-ESTÓRIAS COM TEMA.	98
5.2.5. ENTREVISTA FAMILIAR DIAGNÓSTICA.....	100
5.2.6. ENTREVISTA COM A PROFESSORA	102
5.2.7. ALGUMAS CONSIDERAÇÕES A PARTIR DO CASO	105
5.3. A HISTÓRIA DE JOÃO	109
5.3.1. COMPOSIÇÃO FAMILIAR	110
5.3.2. A ANAMNESE COM A MÃE.....	111
5.3.3. A HORA DE JOGO DIAGNÓSTICA	112
5.3.4. ALGUNS APONTAMENTOS SOBRE A VIDA ESCOLAR E SOCIAL.....	115
5.3.5. ALGUMAS CONSIDERAÇÕES A PARTIR DO CASO	117
6. ANÁLISE E INTEGRAÇÃO: A INTERPRETAÇÃO	120
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	135
REFERÊNCIAS	142
APÊNDICE.....	151
ANEXOS	154

INTRODUÇÃO

Não somos batráquios pensantes, não somos aparelhos de objetivar e registrar, de entranhas congeladas – temos de continuamente parir nossos pensamentos em meio a nossa dor, dando-lhes maternalmente todo o sangue, coração, fogo, prazer, paixão, tormento, consciência, destino e fatalidade que há em nós. (NIETZSCHE, 2002, p.13)

Há cerca de treze anos tenho trabalhado com o tema da infância e, dentro desse percurso, aconteceram diversas experiências profissionais, acadêmicas e pessoais instigantes. Assim pretendo, no decurso deste trabalho, realizar algumas reflexões partindo dessas vivências, inspirada nas palavras de Figueiredo (2010, p. 146) que afirma: “[...] a questão que se coloca é a de como fazer da experiência uma boa base para a produção de conhecimentos”.

No início de minha atuação profissional, as primeiras questões e desafios que surgiram no trabalho com as crianças foram as queixas de indisciplina e falta de limites. Tais questões originaram-se principalmente do meu contato com as escolas públicas, na interface da psicologia com a educação. Percebia os professores muito preocupados em solucionar as ocorrências de indisciplina em suas salas de aula, ou em lidar com a falta de limites das crianças, como eles mesmos diziam. Deste modo, o tema do disciplinamento da infância ocupou-me durante algum tempo, o que me levou a construir alguns trabalhos teóricos (SCHICOTTI, 2005, 2011) e a participar mais efetivamente da área da educação, por trabalhar como orientadora educacional e, posteriormente, atuar também na clínica infantil.

Na pesquisa de mestrado (SCHICOTTI, 2005) procurei investigar as concepções dos educadores da educação infantil acerca de disciplina e limites. Este trabalho, um estudo de caso do tipo etnográfico, possibilitou-me entrar em contato com teóricos da história da educação e da infância, o que contribuiu bastante para esta pesquisa de doutorado, visto que estudar sobre infância na contemporaneidade implica também em conhecer o processo de escolarização e disciplinamento que atrelou a criança à categoria de aluno (ARIÈS, 1981; BOTO, 2002, POSTMAN, 1999). Pude perceber por meio desses estudos que a preocupação com a disciplina

não era algo específico daquele contexto espacial/temporal que eu havia estudado, mas inerente à modernidade e à história dos educadores e moralistas desde o século XVII.

Contudo, as contribuições não vieram apenas dos estudos bibliográficos, mas também do contato mais estreito que pude ter com as educadoras¹ da instituição de educação infantil. O estudo de caso foi a instituição e principalmente seus educadores, porém pude também dialogar com algumas crianças e perceber que algumas delas já possuíam o germe do Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade. Isto é, durante meu trabalho de campo, observei algumas educadoras levantarem a suposição de que algumas crianças muito inquietas e consideradas indisciplinadas pudessem ter a síndrome do déficit de atenção e hiperatividade. Esta era a nomenclatura utilizada pelas diretrizes pedagógicas da instituição pesquisada.

Com efeito, em minha trajetória profissional e acadêmica pude fazer a leitura de que, além da preocupação com a disciplina escolar, no final da década dos anos 1990, existia presente o esforço e o interesse por parte dos educadores para compreender os diagnósticos que surgiam em seu cotidiano. Eles queriam entender o que eram os denominados distúrbios de aprendizagem, dislexia, discalculia e outros supostos transtornos específicos da infância e do processo de escolarização. Assim, no final da primeira década do ano 2000, o diagnóstico do Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade, doravante TDAH, tornou-se o tema central da minha atividade profissional e acadêmica.

Posteriormente, quando fui trabalhar em uma escola particular como psicóloga e orientadora educacional durante o período de 2005 até 2007, a problemática do diagnóstico do TDAH² aparecia constantemente em meu dia-a-dia. Intrigavam-me os excessivos diagnósticos e pareceres que me chegavam às mãos, as frequentes queixas e dúvidas de professores e pais, as muitas crianças que eram medicadas com Ritalina ou Concerta³. Durante o período de graduação, pouco ou quase nada eu havia escutado sobre esse assunto e, então, trabalhando como psicóloga, entender o que significava esse transtorno tornou-se uma necessidade.

¹ Como a grande maioria dos educadores da instituição de educação infantil eram mulheres, achei mais adequado utilizar o feminino.

² Para efeito prático, utilizarei nas próximas construções a forma abreviada: TDAH.

³ Nomes comerciais de medicamentos comumente utilizados no tratamento do TDAH.

Cada vez mais minha experiência como profissional e pesquisadora demonstrava que eu precisava analisar mais cuidadosamente essas questões, pois comecei a atuar como psicóloga clínica em uma ONG durante os anos de 2008 e 2009 e novamente os mesmos questionamentos apareciam. O que mais chamou minha atenção, durante esse período, foi o fato de que algumas crianças por mim atendidas, nas quais não se percebia nenhum sintoma que pudesse ser associado ao diagnóstico de TDAH, foram encaminhadas, por intermédio da escola, para psicólogos que as avaliaram como portadoras desse distúrbio. Em outros termos, essas crianças diagnosticadas apresentavam queixas de dificuldades de aprendizagem, questões de ordem emocional interferindo no desempenho escolar, porém, eu particularmente não conseguia enxergar nestes pacientes a sintomatologia específica deste transtorno: a desatenção, a impulsividade e a hiperatividade. Comecei, então, a pensar que talvez o TDAH estivesse se tornando uma panacéia que poderia explicar muitos dos problemas que as escolas e os pais estão tendo com as crianças.

Concepção semelhante é encontrada em alguns autores que analisaram essa temática: Aquino (2003); Collares; Moysés (2010); Legnani, et al. (2004). Para eles, está acontecendo, em uma escala acelerada, um processo de patologização da clientela escolar. Para Aquino (2003, p.36):

É certo, portanto, que um inadiável trabalho ético-político se impõe aos educadores atuais: problematizar a demanda psicologizante que parece reinar entre uma parcela crescente dos profissionais da educação, demanda essa que tem como resposta a questionável oferta de uma vasta gama de serviços parapedagógicos.

Legnani et al (2004) também levantou a questão de como são feitos os diagnósticos de TDAH. Parafraseando a autora, podemos dizer que o processo de patologização focaliza apenas a criança e sua “doença orgânica”, pois os vários profissionais que diagnosticam o aluno se esquecem de fazer um questionamento crítico acerca das condições que foram geradoras da queixa escolar. Ela afirma que, muitas vezes, no processo psicodiagnóstico deixam de ser levados em consideração aspectos importantes, como: a qualidade das relações que circundam o sujeito, as condições de trabalho do professor, bem como suas habilidades e competências.

Em meu cotidiano como psicóloga e orientadora educacional observei como eram realizados esses diagnósticos. Os pais de alguns alunos com suspeita de TDAH traziam questionários, indicados pelos profissionais parapedagógicos, para os professores responderem. As questões abrangiam temas que indagavam principalmente sobre o comportamento do aluno na sala de aula e eram baseadas nos critérios diagnósticos estabelecidos pelo Manual Estatístico e Diagnóstico de Doenças Mentais (DSM IV).

Eu percebia, assim, que esses questionários tornavam-se uma constante no cotidiano do professor e que, muitas vezes, o docente mostrava-se bastante desmotivado para respondê-los, pois eles se misturavam aos outros documentos da burocracia institucional. Alguns chegavam a afirmar ironicamente que deveriam receber mais para responder àquelas perguntas que eram solicitadas pelos pais ou pelo psicólogo da criança. Em nenhum momento eu presenciei o profissional responsável pelos diagnósticos de TDAH fazer uma visita à escola para conhecer os professores ou mesmo para esclarecê-los acerca da importância daqueles questionários.

Deste modo, dentro de um tema tão amplamente discutido na atualidade, este trabalho optou por atingir objetivos que pudessem escutar as queixas/dificuldades de pais e professores e o sofrimento de crianças que receberam o diagnóstico do TDAH. Minha intenção não foi aprimorar formas de diagnóstico do referido transtorno ou mesmo questionar sua existência ou validade. Desta forma, a fim de facilitar a compreensão do leitor, explicitarei abaixo os meus objetivos:

Objetivos gerais:

- Compreender os significados e as peculiaridades da sintomatologia do TDAH, elucidando a polissemia imbricada na singularidade de cada caso particular.

Objetivos específicos:

- Identificar as experiências singulares de crianças, pais e professores e entender os sentidos comunicados por suas queixas e dificuldades;
- apontar algumas correlações entre certos traços da nossa cultura e a atual proliferação de diagnósticos de TDAH.

Para concretizar esses objetivos, realizei um trabalho de psicodiagnóstico com crianças que foram encaminhadas para atendimento psicológico em uma cidade do interior paulista. No município onde realizei a pesquisa, as psicólogas escolares atuavam diretamente nas escolas e faziam diagnósticos das crianças que eram encaminhadas para o setor de psicologia. Nesse trabalho, elas costumavam identificar, grosso modo, os seguintes diagnósticos: TDAH, Transtornos de Aprendizagem e Transtornos de ordem emocional.

Após realizarem essa triagem, essas profissionais encaminhavam as crianças aos diversos serviços especializados do município. No período em que realizei o trabalho de campo, pude encontrar tais encaminhamentos e diagnósticos no departamento de saúde onde atuavam os psicólogos clínicos da cidade e, assim, consegui atender três casos de crianças diagnosticadas com TDAH, todas medicadas com Ritalina⁴ e outros medicamentos, as quais tiveram seus diagnósticos referendados por médicos neuropediatras e psicólogos.

Esses casos estavam na lista de espera do ambulatório de saúde mental do município para atendimento psicológico. Após o consentimento da família, foi realizado um trabalho de psicodiagnóstico com essas crianças. Tal procedimento enquadra-se na denominação descrita por Trinca (1984) como processo diagnóstico do tipo compreensivo, descrito pelo autor como um bom recurso para a pesquisa psicológica.

Segundo Trinca (1984), a ideia de um processo diagnóstico de tipo compreensivo justifica-se pela necessidade de abranger uma multiplicidade de

⁴ Nome comercial do cloridrato de metilfenidato, psicoestimulante do sistema nervoso central.

fatores que estão em jogo na realização de estudos de casos. Esta forma de designar o processo diagnóstico possibilita:

[...] encontrar um sentido para o conjunto das informações disponíveis, tomar aquilo que é relevante e significativo na personalidade, entrar empaticamente em contato emocional e, também, conhecer os motivos profundos da vida emocional de alguém (TRINCA, 1984, p.15).

Tornando minhas as palavras de Tsu (1984), quero esclarecer que, apesar deste trabalho ter se apropriado de instrumentos ou ferramentas para captar o mundo interno infantil, bem como alguns fenômenos que emergem no campo relacional, as crianças não foram vistas como objetos submetidos a exame ou à pesquisa, mas sim como pessoas que mereciam ser escutadas com muita atenção.

Deste modo, apesar de não ter sido possível fazer um trabalho de psicoterapia posterior com as crianças atendidas, todos os envolvidos na pesquisa (criança, família e escola) receberam uma devolutiva e um espaço para dialogar sobre os sentidos das queixas escolares e da sintomatologia apresentada pela criança. A pesquisa realizada buscou questionar com os envolvidos a forma tão preconizada em nossa sociedade de transformar sintomas em doenças e assim esvair-se de um real enfrentamento e compreensão das diversas causas de manifestações de sofrimento e descontentamento humanos.

Além disso, pretendo compreender neste trabalho alguns percursos importantes que possibilitaram a construção do conceito e do diagnóstico do TDAH. Neste sentido, torna-se imprescindível assinalar aqui que compartilho da ideia de que os saberes psicológicos e/ou científicos somente podem ser produzidos em determinados contextos socioculturais específicos, pois não podemos nos esquecer daquilo que o próprio Freud afirmou no primeiro capítulo de sua obra “Psicologia de Grupo e Análise do Ego” (1921/1995):

Algo mais está invariavelmente envolvido na vida mental do indivíduo, como um modelo, um objeto, um auxiliar, um oponente, de maneira que, desde o começo, a psicologia individual, nesse sentido ampliado, mas inteiramente justificável das palavras, é, ao mesmo tempo, também psicologia social.

Em virtude de trabalhar principalmente com o tema da infância e conseqüentemente escutar meninos e meninas, também gostaria de salientar, de

acordo com Zornig (2000), que não devemos recorrer a soluções ou reflexões simplistas que desconsiderem a inserção da criança em um discurso parental e social. Ela está atrelada a um discurso que a nomeia, que a constituiu e ocupa um lugar na fantasia parental. O grande desafio é encontrar “[...] as possibilidades de fazer operar uma clínica que coloque a criança numa posição de sujeito perante sua história”. (ZORNIG, 2000, p.13).

Outra questão que precisa ser apontada - pois diz respeito ao próprio início de gestação deste trabalho - está relacionada à dialética teoria/prática. Figueiredo (2009, p.121) afirma que “[...] a experiência pessoal é origem, destino e contexto de significação de toda teoria”, deste modo, o autor sugere manter um nível ótimo de tensão entre as experiências e os discursos representacionais (conhecimentos teóricos):

[...] não se trata de pensar apenas a proximidade e complementaridade entre teorias e práticas, mas de pensar suas distâncias e diferenças: manter a tensão é deixar que a prática seja um desafio à teoria e que a teoria deixe que irrompam problemas para a prática (FIGUEIREDO, 2009, p.126).

O autor questiona se isoladamente os conhecimentos teóricos dão conta dos problemas que nos atingem enquanto psicólogos. A meu ver, há no meio acadêmico uma supervalorização desses conhecimentos que acabam por ocupar uma posição de dominância em relação aos conhecimentos tácitos ou pessoais. Dessa forma, concordo com a sugestão de Figueiredo (2009) de que esses conhecimentos devem ser mantidos em um nível ótimo de tensão: as teorias participam dos processos de focalização, engendram figuras e dão inteligibilidade à experiência; já a prática é o desafio, destino e significação de toda a teoria. Além disso, Figueiredo (2009) aponta que as histórias de caso e os relatos de sessão são opções interessantes que podem dar conta deste modo de interação entre teoria e prática.

Com efeito, é essa relação que pretendo manter neste trabalho, dando assim significado às experiências pessoais vivenciadas, bem como à história da construção do diagnóstico, à intrincada relação entre a infância contemporânea e TDAH e, principalmente, apropriar-me do método psicanalítico como um instrumento de escuta das experiências singulares de crianças e suas famílias e,

concomitantemente, compreender os sentidos comunicados por suas queixas e dificuldades.

Diante desse quadro repleto de contradições e questionamentos, escolhi enveredar por uma perspectiva que não focalizasse apenas a patologia em si, mas que principalmente contextualizasse os fatos sociais constitutivos dessa realidade, caminho que já foi trilhado por muitos autores que trabalharam com essa problemática (MOYSÉS; COLLARES, 1992; LEGNANI; ALMEIDA, 2008; CALIMAN, 2010), os quais ofereceram subsídios para que eu pudesse palmilhar o meu próprio percurso. Neste sentido, o Capítulo 1 atém-se principalmente às questões específicas do conceito de infância, analisa como ele foi construído historicamente, bem como as atuais transformações históricas que vem promovendo mudanças, conflitos e contradições nas relações entre adultos e crianças e, principalmente, entre estas últimas e as instituições escolares. Também neste capítulo são elencadas algumas contribuições que a perspectiva psicanalítica pode oferecer para a compreensão do presente tema.

No Capítulo 2, apropriei-me dos conhecimentos acumulados e construídos acerca da história do TDAH, objetivando contextualizar nosso objeto e articulá-lo com as produções sócio-históricas da contemporaneidade.

A descrição mais pormenorizada do método psicanalítico foi delineada no Capítulo 3. De acordo com Mezan (2006), este capítulo procura fundamentar os três referenciais que orientam as produções psicanalíticas inspiradas na herança freudiana e que foram considerados nesta tese: o discurso dos pacientes, a auto-análise e o recurso à cultura.

Por sua vez, o Capítulo 4 vai esclarecer o modo como foi realizada a pesquisa e o processo psicodiagnóstico concomitante. Desta forma, vai descrever os instrumentos utilizados no psicodiagnóstico e alguns pressupostos teórico-metodológicos que embasam a sua utilização em uma pesquisa com o método psicanalítico.

Assim, logo em seguida, no Capítulo 5, trago o relato dos três estudos de casos, buscando esclarecer, em cada investigação, a história de vida, a escuta da família e dos professores das crianças diagnosticadas com TDAH. Neste capítulo, as interpretações e análises foram realizadas tendo como foco cada um dos casos, separadamente.

O Capítulo 6 foi destinado à discussão de todos os casos estudados. É principalmente neste espaço que procurei sintetizar os principais significados apreendidos da escuta das crianças, de suas famílias e professores. Como o presente trabalho está conectado com uma forma de investigação que buscou compreender as subjetividades infantis como experiências que apresentam formas de ser e de agir típicas do mundo contemporâneo; é também neste capítulo que procurei articular essas questões, extraíndo daí as possíveis contribuições que esse estudo pôde trazer para a compreensão da problemática da proliferação de queixas e sintomas ligados aos diagnósticos de TDAH. Por fim, nas Considerações Finais procurei realizar uma breve síntese da pesquisa e oferecer algumas sugestões aos profissionais que trabalham com crianças, na clínica ou na área da educação.

Diferentemente de muitos trabalhos que se dedicaram somente a uma análise crítica dos fatos sociais constitutivos do diagnóstico do TDAH, esta pesquisa considerou importante ouvir os vários sujeitos envolvidos nesta história tecida por diferentes materiais. Assim, em consonância com o olhar psicanalítico que será apropriado aqui, espero, a partir de minha vivência, entrelaçada com as histórias singulares das crianças, pais e professores, oferecer a minha contribuição para o estudo desta temática. Daquilo que se repete, retirar um sentido novo, pois sabemos como afirmam Figueiredo; Minerbo (2006), que ninguém sai incólume de uma pesquisa com o método psicanalítico: nem a teoria, nem o objeto, tampouco o pesquisador.

Penso também que os elementos de reflexão que poderão ser extraídos dessa tese estão mais relacionados aos sentidos que podem ser encontrados nos casos particulares, na escuta atenta de suas histórias, articuladas com as determinações que se situam, parafraseando Mezan (2002), aquém ou além da experiência subjetiva, e que de algum modo conformam ou designam certos limites e condições para a existência de uma subjetividade. Esta, todavia, não pode ficar restrita às determinações de um cérebro, de questões econômicas/culturais ou aprisionada a um diagnóstico psiquiátrico, mas sim aberta a ressignificações.

1. INFÂNCIA, PSICANÁLISE E CONTEMPORANEIDADE: CONFLUÊNCIAS E APROXIMAÇÕES

*És um senhor tão bonito
Quanto a cara do meu filho
Tempo, Tempo, Tempo, Tempo
Vou te fazer um pedido
Tempo, Tempo, Tempo, Tempo*

(CAETANO VELOSO)

1.1. ALGUNS APONTAMENTOS SOBRE O SURGIMENTO DO CONCEITO DE INFÂNCIA

Ariès (1981) utiliza o conceito de sentimento de infância como a consciência de que a criança tem peculiaridades que a tornam distinta do adulto. Para o autor, essa concepção não existia na Idade Média, aparecendo no mundo ocidental a partir do século XIII. Nesse período, devido à cristianização dos costumes, a “alma infantil” passa a ser considerada imortal, assim como a do adulto.

Analisando as artes, iconografia, religião, retratos e trajes, conclui que é principalmente a partir do século XVII que o sentimento de infância começa a se consolidar. Até o século XII, as manifestações artísticas desconheciam essa etapa da vida, ou então, não a representavam. As crianças eram vistas como adultos em miniatura, homenzinhos apenas, pois não havia características peculiares que as distinguissem dos mais velhos. No século XVII, começam a aparecer mudanças, que são percebidas por meio do crescimento do número de retratos de crianças sozinhas, de trajes específicos e da cerimônia da primeira comunhão:

A cerimônia da primeira comunhão tornou-se a manifestação mais visível do sentimento da infância entre o século XVII e o fim do século XIX: ela celebrava ao mesmo tempo seus dois aspectos contraditórios, a inocência da infância e sua apreciação racional dos mistérios sagrados (ARIÈS, 1981, p.155).

O primeiro sentimento da infância é a paparicação, que surge na família e é por ela expresso por meio da distração e da brincadeira com a criança. Já o segundo sentimento, a preocupação moral (inocência e fraqueza da infância), proveio dos eclesiásticos e dos homens da lei. Essas diferentes formas de compreender essa etapa da vida, especificamente o segundo sentimento, vão acompanhando o processo de moralização da sociedade, isolamento da família e da criança e, finalmente, são provenientes também do processo de escolarização.

Antes do século XVII, as classes escolares recebiam crianças de diferentes idades, os jogos e brincadeiras eram comuns a todas as faixas etárias e os temas sexuais não eram ocultados das crianças. Nobreza e pobreza, pessoas de diferentes idades conviviam e realizavam em conjunto as mais diversas atividades. Assim, pode-se dizer que é a burguesia que traz o isolamento da família e esta, em conjunto com a escola, retira a criança da sociedade dos adultos.

Nesse sentido, Ariès compreende a escolarização como um processo de enclausuramento de meninos e meninas, concepção que, a meu ver, o aproxima das idéias de Foucault (1987), quando discute o processo de individualização do louco, do delinquente, do doente e da criança. O poder individualiza e se apropria dos corpos por meio das fiscalizações, observações e medidas comparativas. Ambos os autores compreendem que dentro do sistema disciplinar estão presentes a vigilância constante e as sanções. Ariès, por exemplo, esclarece-nos que a escola no início dos tempos modernos, tornou-se:

[...] um meio de isolar cada vez mais as crianças durante um período de formação tanto moral como intelectual, de adestrá-la, graças a uma disciplina mais autoritária, e, desse modo, separá-las da sociedade dos adultos (ARIÈS, 1981, p.165).

Vemos aí, uma aproximação entre os conceitos de infância e disciplina. Com o aparecimento da escolarização, as crianças já não eram mais consideradas como brinquedos encantadores, mas frágeis criaturas de Deus, as quais convinha preservar e disciplinar. A disciplina era vista como um instrumento de aperfeiçoamento moral e espiritual.

Atualmente, muitos estudiosos têm refletido sobre a infância contemporânea. É um assunto tão discutido na atualidade que alguns autores, como Postman (1999), acreditam que esse aumento de publicações sobre o tema da infância pode estar representando o desaparecimento dessa etapa da vida. A

discussão é ampla, o risco da banalização existe, porém penso que realizar uma reflexão sobre esse tema é importante para os objetivos deste trabalho.

Postman (1999), assim como Ariès (1981), partilha da compreensão de que a infância é um artefato social e não uma categoria biológica. O primeiro discute como as tecnologias interferem nas representações desse conceito. Para Postman (1999), a prensa tipográfica criada no século XV por Gutenberg ajudou a construir o conceito de infância e a mídia eletrônica criada recentemente está fazendo desaparecer a ideia que tínhamos a respeito das crianças.

Nessa perspectiva, a infância é construída segundo a organização simbólica e comunicacional da sociedade. Na Idade Média essa ideia desapareceu devido a fatores como falta de alfabetização, falta do conceito de educação e falta do conceito de vergonha. Para Postman (1999), esses três aspectos são fundamentais para que exista uma separação entre adultos e crianças.

Em outras palavras, a invenção da prensa tipográfica criou, indubitavelmente, um ambiente propício para o surgimento da infância moderna porque possibilitou a difusão dos livros e conseqüentemente o acesso à leitura, oportunidade que na Idade Média era restrita a uma pequena parcela da população.

No trabalho de Postman podemos também observar uma associação entre os conceitos de infância, disciplina e educação. Para o autor, a mudança da oralidade (meio de comunicação predominante na Idade Média) para a difusão do letramento possibilitou a invenção dessa etapa da vida. Isso porque a alfabetização criou também a demanda pela construção de escolas e estas separaram os adultos das crianças. Ser adulto passou a ser uma realização simbólica, uma conquista possibilitada pela alfabetização.

Desse modo, diferentemente da oralidade, a escrita e a leitura exigem certos esforços e habilidades, tais como: quietude, imobilidade, contemplação, comedimento, adiamento das satisfações, preocupação com a clareza e a lógica. Segundo Postman (1999, p. 60-61): “É por isso que, a partir do século XVI, professores e pais começaram a impor uma disciplina bastante rigorosa às crianças”. Isso significa que para tornar-se um adulto, era necessário disciplina e uma aprendizagem especial, era necessário ter controle da própria natureza e intimidade com o mundo das letras.

Outro aspecto importante é o sentimento de vergonha. Para Postman, uma sociedade que não possui essa noção bem desenvolvida não faz diferenciação

entre os papéis de adulto e de criança. Isto é, o sentimento de vergonha está ligado à existência de segredos. Estes devem ser escondidos dos mais jovens, que - numa sociedade onde a ideia de infância é desenvolvida - são protegidos de informações relativas à sexualidade, dinheiro, morte, doença enfim, de questões cruciais da vida adulta. Atualmente essas questões não são escondidas das crianças do mundo contemporâneo, devido ao fácil acesso que hoje temos às informações. Além disso, tais informações são veiculadas principalmente por meio de imagens, ou seja, a leitura não tem sido um requisito essencial para sabermos dos “mistérios” da nossa sociedade.

Desse modo, Postman defende que o nosso ambiente informacional elétrico tem uma grande responsabilidade pelo desaparecimento da infância. Observando as mudanças que vêm ocorrendo em nossa sociedade desde a invenção de Morse, criador do telégrafo, o autor discute como as crianças de hoje estão vivenciando as mesmas questões que circundam os mais velhos: trabalho, competição, sexualidade e violência. Assim, a partir do momento em que meninos e meninas vivenciam os mesmos problemas da vida adulta, tendo acesso aos diversos tipos de informações, eles deixam de constituírem-se como um grupo separado. Por tudo isto, o autor acredita que hoje só existem três etapas vitais: recém-nascidos, adultos-crianças e senis.

Parece-me que, essencialmente, a ideia do autor a respeito de infância está ligada à existência de segredos, ao mundo da fantasia e à proteção dos problemas e das dificuldades da existência adulta. Assim, quando trago essa definição para a vida da maioria das crianças de hoje, posso levantar a hipótese de que elas não estão vivenciando uma infância ou, pelo menos, não estão vivenciando essa etapa da vida da forma como foi construída pela modernidade.

Ainda, levando em conta os estudos de Ariès (1981) e fazendo um paralelo com a contemporaneidade, gostaria de tecer mais algumas considerações. Para Ariès (1981), não houve espaço para a infância na sociedade medieval. Abrão (2001), em sua leitura sobre a obra deste autor, sugere que a referida ausência da infância na Idade Média tenha ocorrido devido ao privilégio dado aos homens jovens, em detrimento das outras etapas da vida e também, às altas taxas de mortalidade infantil que provavelmente impossibilitavam o investimento afetivo na criança pequena. Partindo dessas considerações, farei agora uma breve síntese do que já foi apontado pelos estudos históricos de Ariès (1981):

- para o contexto sociocultural da Idade Média a preocupação com a exatidão da idade das pessoas não era relevante;
- as escolas medievais possuíam objetivos diferentes dos atuais: sua função era formar clérigos, homens da igreja. Para tanto, não era necessário separar os adultos das crianças em classes por idades e o mestre ensinava para uma grande massa de pessoas, sem valer-se de uma disciplina rigorosa;
- a mentalidade medieval permaneceu até por volta do século XVIII;
- o surgimento das classes separadas por idade, a permanência na escola, as práticas disciplinares e moralistas foram cruciais para o desenvolvimento do sentimento moderno da infância.

Diante disso, fazendo um paralelo com a cultura contemporânea, é interessante assinalar que atualmente também temos vivenciado diversas questões que podem estar influenciando as transformações no sentimento de infância, tais como: a progressiva diminuição do número de crianças, não por mortalidade infantil, mas pela diminuição da natalidade; a valorização da juventude; as formas de aprendizagem e de informação provenientes das novas tecnologias; os novos arranjos familiares; a crise educacional, etc.

1.2. TDAH, PSICANÁLISE E INFÂNCIA CONTEMPORÂNEA

Diferentemente do mundo medieval, é possível constatar, hoje, que a mortalidade infantil diminuiu drasticamente e que é mais fácil planejar racionalmente o nascimento de bebês, tornando a gravidez, muitas vezes, idealizada. Porém, a observação do cotidiano, conforme pode me mostrar a experiência, evidencia-nos muitas dificuldades de alguns pais para organizarem-se em relação aos cuidados de seu filho, devido a inúmeros fatores. Vincent (2003) cita alguns deles, como: as mudanças no mundo do trabalho, os novos arranjos familiares, o achatamento das gerações, entre outros.

Steinberg; Kincheloe (2001, p.12) concordam que “[...] a infância é uma criação da sociedade sujeita a mudar sempre que surgem transformações sociais

mais amplas. O apogeu da infância tradicional durou aproximadamente de 1850 a 1950". Deste modo, os autores demonstram o quanto as mudanças na economia norte-americana obrigaram ambos os pais a trabalharem fora de casa, sem contar com uma rede de proteção à infância, resultando no abandono de muitas crianças das classes populares, que são muitas vezes obrigadas a ficarem sozinhas e assumir tarefas e funções que não condizem com sua etapa de desenvolvimento.

Também Guarido (2011) analisa o quanto as diferenças existentes entre adultos e crianças estão tênues. A sociedade atual, em constante desenvolvimento tecnológico, transforma todos os atores sociais em aprendizes. A permanência na escola tem sido constante e os adultos não têm sido referências para espelharem conhecimento, normas e estabilidade aos mais novos. Tudo muda e dissolve-se constantemente.

Elkind (2004), ainda, sugere que atualmente as crianças são pressionadas para crescer depressa ou são incentivadas a adquirirem habilidades precoces. Para ele, a nova concepção de infância pode ser resumida na metáfora do Supergaroto, que é a criança competente para lidar com todas as vicissitudes da vida. O Supergaroto, para Elkind, é uma invenção social construída para aliviar a culpa dos pais que não têm tempo para cuidar da infância.

É importante esclarecer que objetivo compreender essas questões a partir de um ponto de vista psicanalítico, visto que compartilho da visão que a psicanálise faz do sujeito: segundo ela, o sujeito possui uma determinação inconsciente. Para Bezerra Júnior (1999, p.40), ele é um narrador de si, dotado de um recurso especial – a capacidade de significação. Esse autor baseando-se em Denett (apud BEZERRA JÚNIOR, 1999, p.42), afirma que:

[...] diferentemente do que ocorre com qualquer outra espécie, o meio no qual vivemos não é composto apenas de alimento, abrigo, presas, predadores e parceiros. Ele é fundamentalmente um meio composto de palavras, um universo de significações. É em relação a ele que somos instados a nos posicionarmos e o fazemos incorporando, elaborando, recusando ou inventando sentidos, significações acerca do mundo, dos semelhantes e de nós próprios.

Assim, apropriando-nos das ideias de Postman (1999) e do olhar psicanalítico, podemos pensar que o nosso ambiente informacional elétrico está modificando a relação dos adultos com as crianças, bem como o próprio conceito de

infância. Novas significações estão sendo construídas em nosso mundo atual e, desse modo, podemos observar que, se as transformações na infância têm sido amplamente discutidas, a fragilidade do símbolo também tem sido o grande debate na contemporaneidade.

Partindo dessas primeiras considerações, vou agora me aproximar mais detidamente do objeto de pesquisa deste trabalho, TDAH e infância contemporânea.

O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) é uma entidade clínica que tem recebido um espaço muito grande na mídia, em cursos para educadores e publicações mais informais. Cada vez mais os professores têm ouvido falar sobre esse transtorno, entretanto ainda há muitas dúvidas e equívocos, pois crianças que possuem o diagnóstico de TDAH podem ser facilmente confundidas com outras ditas “normais” que apresentam comportamentos de agitação ou dificuldades de concentração.

Caliman (2008, p.563) explicita bem as contradições existentes em relação ao diagnóstico de TDAH:

Para os que lidam cotidianamente com o problema do TDAH, os indivíduos diagnosticados, suas famílias ou os profissionais de sua clínica, a pergunta sobre a existência real do transtorno é um prisma composto de muitas partes e sentidos, nem simples nem evidente. Muitos elementos entram em jogo na decisão sobre o que é real, o que não é real, o que é patológico, o que é normal e se o TDAH se inclui em um ou em outro desses reinos?

São muitas as discussões que podem emergir dessa citação. Contudo, para o objetivo deste capítulo, vou salientar alguns aspectos levantados pela autora. Esta observa que a linha que separa e aproxima os indivíduos com TDAH dos sujeitos que buscam a otimização da atenção é bastante tênue. Isto é, há em nosso meio pessoas consideradas “normais”, dentre elas executivos e pesquisadores, por exemplo, que lançam mão de psicoestimulantes com o objetivo de otimizar as habilidades intelectuais, buscando assim a melhora da *performance* atenta, bem como atingir uma maior produtividade. Como diferenciar, então, indivíduos com TDAH dos sujeitos que buscam melhorar o desempenho da capacidade de atenção/concentração?

Caliman (2008) aponta que na sociedade atual, definida por Debord (1997), como a sociedade do espetáculo, não há limites para as exigências de atenção e *performance*, deste modo, na busca desses ideais, todo indivíduo será um pouco desatento.

Questões de ordem política e social precisam ser consideradas neste estudo, pois conforme Zornig (2000), a criança está inserida em um discurso parental e social. Ou seja, ela está atrelada a um discurso que a nomeia e ainda, habita um mundo que tem sido compreendido, por autores como Virilio (1996) e Harvey (1989), como uma sociedade que vive sob o império da velocidade. É desta infância concretamente vivida que estamos falando agora, que conforme Zornig (2000, p. 38) pode ser “[...] compreendida como um significante relacionado a um determinado contexto cultural”.

Laymert Garcia dos Santos escreve no prefácio do livro de Virilio (1996) que a velocidade, consubstanciada no vetor tecnológico, transformou-se na esperança do Ocidente. Harvey (1989), por sua vez, aponta que uma das marcas da atualidade é a diluição dos limites espaço-temporais; limites esses que são constantemente incentivados a serem ultrapassados pelo surgimento de novas tecnologias e pelas características do próprio sistema econômico vigente. Isto é, de acordo com Harvey (1989), os novos sistemas de produção e de marketing são “[...] caracterizados por processos de trabalho e de mercado mais flexíveis, de mobilidade geográfica e de rápidas mudanças práticas de consumo” (p.119).

Podemos conjecturar que toda essa situação de efemeridade explicitada pelos autores que estudam a contemporaneidade propicia o surgimento de sujeitos mais velozes, voláteis e desatentos, visto que há poucas possibilidades de vivenciar experiências que produzam a capacidade de tolerância à frustração, comedimento e simbolização. Entretanto, há um discurso medicalizante que compreende a inquietude das crianças como algo inerente apenas ao seu funcionamento cerebral, descartando assim as transformações histórico-culturais.

Todavia, em minhas leituras encontrei alguns pesquisadores de diferentes abordagens teóricas que apontaram também a importância de se considerar os aspectos simbólicos no estudo do TDAH, entre eles destacam-se Werner (1997), Legnani (2003), Antony & Ribeiro (2005) e Salomonsson (2008).

Werner (1997), autor que trabalhou com a perspectiva histórico-cultural de Vygotsky, afirma a importância da linguagem como fonte reguladora do

comportamento do sujeito. Deste modo, observou em seu estudo que as relações intersubjetivas têm um papel crucial na ocorrência dos sinais de desatenção, hiperatividade e impulsividade, visto que esses sinais apareciam dependendo do modo como o terapeuta (interlocutor) se relacionava e/ou comunicava-se com a criança.

Legnani (2003, p.157), psicanalista lacaniana, levanta a hipótese de que o aumento dos diagnósticos de TDAH “[...] expressa o mal-estar no laço social decorrente do declínio da função paterna na sociedade contemporânea. Nessa perspectiva, destacamos que a evidência do TDA/H resulta da inconsistência das marcas simbólicas no mundo contemporâneo”.

Por sua vez, Antony & Ribeiro (2005, p.190), autores que trabalharam com o enfoque da Gestalt-Terapia, perceberam em suas vivências clínicas que a hipercinesia⁵ “[...] parece substituir a falta do pensamento organizado, da elaboração psíquica, onde o motor torna a relação com o mundo da ordem do concreto, havendo pouco lugar para a simbolização.”

Inseri essas diferentes perspectivas teóricas com o objetivo de demonstrar que, apesar de os autores acima partirem de paradigmas teóricos divergentes em seus estudos, suas observações a respeito do TDAH seguem a direção aqui apontada, no sentido de considerar os aspectos simbólicos envolvidos na presente temática. Todavia, sendo fiel à minha escolha teórica, deter-me-ei nas colocações de Salomonsson (2008), psicanalista que atendeu crianças diagnosticadas com TDAH, e também em alguns trabalhos que trazem a contribuição da psicanálise.

Salomonsson (2008) relata que encontrou reações muito peculiares em seus pacientes, isto é, apesar de comumente as crianças rejeitarem o conteúdo de uma interpretação (técnica psicanalítica utilizada com os analisandos), ele afirma que em sua clínica, composta principalmente de meninos diagnosticados com TDAH, esses pacientes recusam defensivamente não só o significado de uma interpretação, mas também as próprias palavras que são experimentadas como uma dor física. Além disso, o autor relata que, em muitas situações, o brincar simbólico

⁵ Autores como Werner (1997) e Antony; Ribeiro (2005) utilizam o termo Transtorno Hiperkinético, conceito empregado pelo CID-10 (Código Internacional de Doenças), que enfatiza mais a agitação psicomotora. Não obstante, percebemos que o termo utilizado pelo DSM-IV, TDAH, é o mais citado pelos profissionais no dia a dia.

degenera em violência tornando-se, antes de tudo, uma forma de evacuar sofrimento.

Também Zimmerman (2004), orientado em Bion, afirmou que as crianças hiperativas estão dentro dos casos em que os elementos beta foram resultantes da “reversão da função alfa”, ocorrendo então uma regressão ao pensamento concreto, impedindo o desenvolvimento normal dos pensamentos. Ainda, Domingues (apud Souza, 1995, p.34) afirma que uma das características principais das crianças hiperativas “[...] seria uma intolerância muito primitiva na organização do pensamento e para suportar as frustrações inerentes ao viver”.

Tais trabalhos que vieram de estudiosos que trabalharam com o método psicanalítico, são concordantes com a observação de que o TDAH está associado com dificuldades na formação de símbolos. Deste modo, se considerarmos que os símbolos estão intrinsecamente ligados à nossa condição humana, nossa capacidade de representar e recriar o mundo, lidar com a ausência, a morte e a frustração, podemos dizer que as crianças consideradas hiperativas estão inscritas em um circuito de despontencialização vital. Ou seja, elas podem estar impedidas de desenvolverem suas potencialidades humanas.

Morin (1975) afirma que a novidade trazida pelo *sapiens* ao mundo é sintetizada na sepultura e na pintura, visto que ambas podem ser compreendidas como a capacidade que o homem tem de representar a sua consciência da realidade da morte, do tempo e do mundo. Para o autor, o mito e a magia são as formas que o homem encontrou para solucionar o horror à morte, acarretando assim a coexistência de duas consciências: uma consciência objetiva que reconhece a existência da mortalidade e uma consciência subjetiva que afirma a imortalidade da alma.

É de uma forma bastante poética que o autor vai definir que a linguagem abriu a porta para a magia, na medida em que torna presente, o que estava ausente. Também, Morin (1975, p.101) vai demonstrando que devido a sua capacidade simbólica, o *sapiens* está sujeito a confundir sujeito e objeto, ilusão e realidade: “A partir de então, todo significativo, incluindo o sinal convencional, terá potencialmente em si a presença do significado (imagem mental) e este poderá confundir-se com o “referente”, isto é, o objeto empírico designado”.

A psicanálise adentra na relação mãe-bebê para desvendar o processo de formação de símbolos, Segal (1991, p. 170), por exemplo, afirma que:

A formação de símbolos é uma atividade do ego tentando lidar com as ansiedades mobilizadas pela sua relação com o objeto – primordialmente o medo de objetos maus e o medo da perda ou inacessibilidade dos objetos bons. Perturbações na relação do ego com os objetos refletem-se em perturbações na formação de símbolos. Em particular, perturbações na diferenciação entre o ego e o objeto levam a perturbações na diferenciação entre o símbolo e o objeto simbolizado e, portanto, ao pensamento concreto característico das psicoses.

A citação acima mostra claramente a influência de Melanie Klein neste trabalho de Segal, visto que ela foi a primeira que ampliou, por meio de lentes mais precisas, as intercorrências e vicissitudes das primitivas relações do bebê com o mundo exterior, meio que foi retratado pelo seio da mãe. A descrição de Segal (1991) acerca da forma como o ego se relaciona com seus objetos e o modo como isto influencia a formação de símbolos, baseou-se também nos conceitos de Melanie Klein de posição esquizo-paranóide e posição depressiva. Deste modo, a fim de compreendermos melhor o processo de formação de símbolos, descreverei brevemente as características dessas posições, uma vez que são bastante conhecidas e apropriadas por inúmeros autores.

A meu ver, o conceito de fantasia inconsciente, ampliado por Klein, é fundamental para apreendermos essas questões. Segal (1982, p. 23) nos esclareceu que a fantasia inconsciente surge diretamente dos instintos, sendo o correlato mental dos mesmos: “A criança, na fantasia, projeta algo de sua própria agressividade sobre uma figura parental; depois, na fantasia, incorpora esta figura e, novamente na fantasia, atribui a esta figura várias atitudes e funções”. Este movimento da criança refere-se aos mecanismos de projeção e introjeção; estão fundamentados, segundo Segal (1982), nas fantasias primitivas de incorporação e expulsão e são também concomitantes aos mecanismos de divisão (*splitting*) empreendidos pela mente primitiva da criança.

Na mente onipotente do bebê, ele e a mãe são a mesma coisa. A mãe, objeto primário, é dividida entre seio bom, aquele que lhe oferece a satisfação e, seio mal, aquele que frustra. É a posição esquizo-paranóide, estado em que o bebê se relaciona com objetos parciais, primeiramente o seio. Já na posição depressiva, a mãe é reconhecida pelo bebê como um objeto total e com uma existência independente da dele. Segal (1982) explica que é na posição depressiva que o

lactente começa a reconhecer sua mãe não como uma coleção de partes anatômicas, mas como uma pessoa inteira, fonte de experiências boas e ruins.

Na posição esquizo-paranóide o lactente fantasia um objeto ideal, fonte de completa gratificação, o qual ele deseja incorporar para si. Porém, quando se depara com sensações, percepções e sentimentos negativos que o objeto promove, ele expelle o objeto mau, bem como todos os aspectos de seu ego dos quais pretende se livrar. Isto não acontece na posição depressiva, pois a criança, ao ter consciência da mãe como um objeto total e diferenciado, preocupa-se em protegê-la de seus impulsos agressivos e passa a vivenciar uma ambivalência.

Segal (1975) e Steiner (1991) esclarecem que a cisão pode ser um mecanismo de defesa normal e utilizado de forma salutar pelo sujeito. Todavia, se ocorre uma identificação projetiva violenta, isto pode resultar que tanto o objeto quanto a parte projetada do ego sejam estilhaçados e desintegrados em fragmentos diminutos. Tal situação é denominada por Steiner (1991) como colapso da cisão normal, o que leva a produção de estados mentais persecutórios; tornando o sujeito vulnerável à influência de uma organização patológica.

Steiner (1991) esclarece que Bion enfatizou o caráter dinâmico das posições e que elas estão em um equilíbrio recíproco. Steiner (1991, p. 329) também pontuou que as flutuações das duas posições no psiquismo levam a estados mentais de qualidades muito diferentes, sendo importante que o analista possa avaliar o nível no qual o paciente está funcionando: “[...] se suas ansiedades, mecanismos mentais e relações de objeto são primordialmente depressivos ou esquizo-paranóides, o que determinará o modo como interpretamos”.

Além de prestarmos atenção às flutuações de ambas as posições, Steiner (1991) também sugere que o analista deve estar atento à presença de uma organização patológica. Esta tem características distintas da posição esquizo-paranóide e depressiva e funciona como um abrigo protegido das intempéries do ambiente interno e externo. O autor afirma que a organização patológica protege o paciente de ansiedades tanto esquizo-paranóides quanto depressivas e também funciona como uma defesa, uma pseudo-estrutura para o paciente. As fantasias onipotentes e os mecanismos mentais primitivos característicos da organização patológica:

[...] proporcionam uma espécie de pseudo-integração, sob o domínio de estruturas narcísicas, que pode mascarar-se na forma da verdadeira integração da posição depressiva e proporcionar, ou dar a ilusão de proporcionar, um grau de estruturação e estabilidade para o paciente e uma relativa isenção de ansiedade e dor (STEINER, 1991, p. 333).

Em uma condição assim não há espaço para uma verdadeira produção de símbolos. Segal (1982) muito bem demonstrou que os símbolos só se tornarão uma representação do objeto se as coisas estiverem separadas e elaboradas, caso contrário, estaremos diante de uma equação simbólica. Steiner (1991) também coloca que a função simbólica e o surgimento de capacidades reparadoras só serão possíveis se o pensar não permanecer concreto.

No pós-escrito de 1979, Segal (1991), influenciada pelo trabalho de Bion acerca da relação continente e contido, verificou que não é somente a identificação projetiva que influencia na formação de símbolos, mas é de suma importância a relação particular estabelecida entre a parte projetada e o objeto que recebe a projeção.

Por outro lado, também foi Melanie Klein, juntamente com Freud, obviamente, que ofereceu as bases para a criação da teoria do pensamento de Bion (1991). Este afirmou que a capacidade de pensar depende de algumas pré-condições: o desenvolvimento de pensamentos e a criação de um aparelho de pensar que dê conta desses pensamentos. Todavia, para que haja a criação de um aparelho de pensar é necessário ter uma psique capaz de tolerar frustrações, condição que somente será produzida se houver a existência de uma mãe ou de alguém que exerça esse papel para conter as angústias primitivas da criança (aquilo que não pode ser sentido ou “pensado” por esta) e devolvê-las, de forma que a mesma possa receber de volta o que é seu, de um modo tolerável e compreensivo.

Podemos pensar que a capacidade de *reverie* da mãe assinala a importância de um ambiente propício para o desenvolvimento da função simbólica. Isto foi claramente expresso por Bion (1991, p.191): “[...] o indivíduo humano é um animal político e não pode encontrar satisfação fora de um grupo, assim como não pode satisfazer qualquer impulso emocional sem que se expresse o componente social deste impulso”. É importante deixar claro que este autor também considerou a personalidade do bebê como uma condição para a formação de pensamentos, na

realidade a mãe e a criança deverão estar ajustadas uma à outra, de modo que a identificação projetiva possa funcionar como um fenômeno realista:

Como uma atividade *realista*, a identificação projetiva manifesta-se como um comportamento que premeditadamente (*reasonably calculated*) visa despertar na mãe sentimentos dos quais o bebê deseja livrar-se. Se o bebê sente que está morrendo, ele pode despertar na mãe o receio de que ele esteja morrendo. Uma mãe bem equilibrada pode aceitar este temor e responder terapêuticamente, ou seja, de uma maneira que faz o bebê sentir que está recebendo de volta sua própria personalidade amedrontada, mas de uma forma que ele pode tolerar – os temores são manejáveis pela personalidade do bebê (BION, 1991, p.189).

Ainda, Bion compreendeu o termo empregado por Klein, identificação projetiva “excessiva”, não apenas enquanto frequência com que a identificação projetiva é utilizada pela psique, mas também com o significado de “excesso de crença na onipotência”. Esta forma de identificação impede a formação de pensamentos, visto que a onipotência/onisciência torna-se um substituto do aprender com a experiência. Dito de outro modo, se a mãe não pode tolerar as projeções do bebê, este fica reduzido a uma frequente identificação projetiva, dificultando o processo de diferenciação eu – outro e o estabelecimento de correlações, por exemplo, a correlação de que o objeto amado é aquele também odiado.

Com lentes microscópicas pudemos observar a importância da existência de um terreno fértil, continente e amoroso para alcançarmos uma capacidade de simbolização e criação. Porém, parece-me que na contemporaneidade, as condições para o desenvolvimento de tais capacidades têm sido bastante áridas.

É necessário neste momento esclarecer que quando utilizo o conceito de contemporaneidade partilho da concepção de que a nossa época tem condições peculiares que a distinguem de outros momentos históricos e que tais singularidades têm sido apontadas por inúmeros estudiosos: Bauman (2005), Harvey (1989), Debord (1997), Lasch (1983). Assim, o estudo da contemporaneidade pode ser compreendido como um caleidoscópio que também pode ser observado por diversos prismas, aqui minha escolha focalizará a função simbólica em nossa sociedade.

Iniciarei então com as colocações de Minerbo (2009) a respeito do contemporâneo e da fragilidade simbólica. A autora relembra que tradicionalmente o

símbolo representa a coisa e está no lugar dela, todavia, o que ela tem observado é que na atualidade está ocorrendo a superposição da representação e da realidade. Isto é, Minerbo (2009) destaca a proliferação dos programas televisivos em formato de *reality show*, bem como, a existência de artistas que utilizam o próprio corpo (o sangue, o uso de cirurgia plástica) como material de trabalho. É como se a distância entre a representação e o objeto representado estivesse cada vez mais diluída ou que a distinção entre o que é real e o que é fabricado tenha quase se tornado imperceptível. Minerbo (2009, p. 409) afirma: “Podemos entender a pós-modernidade como esse momento da história da civilização em que o laço simbólico, que une significante e significado, é corrediço e não se fixa em lugar nenhum. A pós-modernidade caracteriza-se pela fragilidade do símbolo.”

A autora complementa que o sujeito se constitui em meio a um estado de depleção simbólica, que seria a redução da função simbólica do aparelho psíquico. Minerbo (2009, p.410) observa que as instituições estão frágeis e não conseguem “[...] oferecer significações que organizem e deem algum sentido, qualquer que seja à existência.” Para a autora, devido ao enfraquecimento das instituições, os laços sociais e simbólicos estão esgarçados, instáveis e ambíguos, levando os sujeitos a buscarem vivências concretas (atuações) para dar sentido à existência.

A posição de Minerbo (2009) coaduna-se com a de Kincheloe (2001), estudioso da infância. Este defende que a infância pós-moderna convive com uma mídia onipresente que produz uma hiper-realidade, recria o real, rompe os limites entre informação e entretenimento e entre imagens e política. Este último afirma, ainda, que há uma implosão cultural que impulsiona a proliferação infinita dos significados, resultando em um excesso de informação e na intensa convivência com o caos. Minerbo (2009), baseada em Herrmann, explica que a representação perde a credibilidade quando pode ser manipulada pelas mídias; desta forma, a autora sintetiza que a nossa cultura convive com instituições frágeis e deficientes para produzirem mediações simbólicas que contenham a violência pulsional.

Lasch (1983, p.58) afirma que “toda a sociedade reproduz sua cultura – suas normas, suas presunções subjacentes, seus modos de organizar as experiências – no indivíduo, na forma da personalidade.” Observando a emergência das desordens de caráter, o aumento da incidência de personalidades narcisistas nas clínicas psicanalíticas, ele pontua que “[...] as condições sociais predominantes

tendem, em conseqüência, a fazer aflorar os traços narcisistas presentes, em vários graus, em todos nós” (LASCH, 1983, p. 76).

Deste modo, Lasch (1983) recupera a importância da análise de casos individuais, pois as histórias singulares analisadas pela psicanálise irão nos revelar algo sobre as operações internas da própria sociedade, na medida em que a mesma reproduz sua cultura no indivíduo. A psicanálise para o autor “[...] nos diz mais sobre a sociedade quando menos determinada a fazê-lo ela está” (LASCH, 1983, p.59).

Neste sentido, este trabalho adotará o estudo de casos de crianças sob uma perspectiva psicanalítica, já que para a psicanálise, segundo Zornig (2000), o que nos interessa é o fator infantil, que não deve ser confundido com a criança real, com a infância concretamente vivida. Exemplificando, podemos dizer que o infantil para o método psicanalítico está relacionado às inscrições inconscientes ou às questões que imobilizaram o desenvolvimento de um sujeito, impedindo-o de elaborar as experiências mais arcaicas. São questões que escapam ao tempo cronológico e se repetem ininterruptamente.

1. 3. CONCLUSÃO

São várias ideias que se complementam e configuram as transformações na vida das crianças que fazem parte de nosso presente. Elas vivem em um mundo repleto de informações e imagens, algo que não ocorria antes da mídia eletrônica, época em que o acesso aos mistérios da sociedade era apreendido principalmente por meio da leitura e do diálogo. Hoje a televisão e o computador escancaram a intimidade, as tragédias e os acontecimentos. Tudo é veiculado de um modo rápido e eficiente, não havendo muito tempo e espaço para a constituição de significados mais estáveis e organizadores para a infância concretamente vivida.

Assim diferentemente da psiquiatria que esquadriha a sintomatologia apresentada pelo sujeito, e o enquadra em uma identidade fixa, cristalizada, para este trabalho o que importa é compreender os significados dos sintomas que são os representantes simbólicos do infantil, daquilo que não foi elaborado. Para Freud (1926/1996), um sintoma é um sinal e substituto do impulso reprimido ou de um processo excitatório perturbado. Em outros termos, o que importa para a psicanálise é compreender o sentido do sintoma e questionar por que o sujeito precisou

desenvolvê-lo em sua mente, visto que a existência do sintoma no aparelho psíquico ajuda a manter um relativo equilíbrio entre as instâncias psíquicas: id, ego e superego.

Como vimos na análise de Steiner (1991), a organização patológica é uma defesa frente às ansiedades das posições esquizo-paranoide e depressiva, todavia, em um paciente essas três formas de funcionamento podem também estar em equilíbrio. Desta forma, para Steiner (1991) o desenvolvimento dos sintomas pode estar representando o colapso da organização patológica e assim possibilitar um caminho para a renúncia de relações de objeto narcísicas e conseqüentemente, um verdadeiro contato com a realidade.

Clarice Lispector (apud KELNER, 2004, p. 43) captou muito bem o que estamos querendo dizer: “Até cortar os próprios defeitos pode ser perigoso - nunca se sabe qual é o defeito que sustenta nosso edifício inteiro”. Isto é, fazendo um paralelo com o nosso assunto, podemos dizer que, eliminar a sintomatologia (tirar os “defeitos”, sintomas ou vícios) da criança desatenta ou hiperativa por meio da administração de medicamentos ou utilizar prescrições normativas de comportamentos, sem antes considerar o que a levou a produzir esse modo de expressão, pode ser muito perigoso, ou até mesmo violento. Por isso, o meu intento é oferecer uma escuta ao que foi captado no contato com as crianças e com os adultos mais próximos a elas. Para tanto, foi necessário abster-me dos conhecimentos apreendidos, desocupar-me de memória e desejo e colocar-me em uma posição de hospitalidade ao desconhecido, ao dissonante e às incertezas.

2. ALGUMAS CONSIDERAÇÕES HISTÓRICAS ACERCA DA CONSTRUÇÃO DO TDAH

*De vez em quando Deus me tira a poesia.
Olho pedra, vejo pedra mesmo.*

(ADÉLIA PRADO)

2.1. BREVE HISTÓRICO SOBRE A CONSTRUÇÃO DO DIAGNÓSTICO DO TDAH

Contextualizar e compreender o crescente número de diagnósticos do Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade tem sido uma empreitada comum de muitos autores que se dedicam ao tema da infância. Atualmente, temos inúmeras contribuições realizadas nesta área, o que me levou a eleger alguns trabalhos que serviram de norte para a confecção deste capítulo. Caliman (2006, 2010); Legnani (2003); Moysés; Collares (1992) foram os autores que mais me auxiliaram em meus objetivos, pois seus apontamentos, bem como o percurso histórico adotado, convergiram com o que pude apreender em minha própria trajetória como profissional e pesquisadora.

O que pretendo realizar aqui é um breve histórico da construção do diagnóstico do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade, a fim de demonstrar as fragilidades e controvérsias acerca dessa patologia que já adquiriu diversas nomenclaturas ao longo de seus cem anos de existência e analisar como este diagnóstico ocupa atualmente o lugar da moral e da disciplina na educação de crianças.

Caliman (2010) oferece-nos uma valiosa contribuição para a história do diagnóstico do TDAH. A autora fez uma cartografia dos discursos históricos da presente temática, de modo que é imprescindível citar alguns aspectos que foram por ela apontados, como por exemplo, a ideia de que a história do TDAH guarda-chuva é constituída por outros diagnósticos guarda-chuvas. Isto é, citando Rafalovich (apud CALIMAN, 2010) a autora vai demonstrando que esse transtorno é uma pletera de sintomas diferenciados, que possui em sua biografia a presença de

outros diagnósticos também imprecisos e abrangentes, como a síndrome da encefalite letárgica e a lesão cerebral mínima, patologias comumente associadas à história do TDAH (MOYSÉS; COLLARES, 1992, LEGNANI; ALMEIDA, 2008).

Se recorrermos ao dicionário de língua portuguesa, Ferreira (1975), encontraremos as seguintes definições para a palavra *pletora*:

Do grego *Plethóra*, 'grande quantidade'.

1. *Patol.* Congestão generalizada; aumento do volume sanguíneo, que provoca distensão anormal dos vasos. 2. *Fig.* Indisposição ou mal-estar de quem tem excesso de vida, de atividade. Superabundância qualquer, que produz efeito nocivo.

Parece-me que a palavra realmente ajusta-se muito bem aos diferentes sentidos que o TDAH vem carregando ao longo de sua existência, podendo, a meu ver, ser considerado como um dos emblemas do nosso tempo, quando na segunda metade do século XX esse transtorno encontrou um terreno propício para se expandir e constituir-se como uma verdadeira explicação acerca de muitos problemas na área da infância e da educação.

Nesse sentido, a etimologia nos ajuda a esclarecer a ideia de *pletora* e diagnóstico guarda-chuva associados ao TDAH. Na sintomatologia apresentada pelo DSM IV, pode caber quase tudo: defeito da atenção, da hiperatividade e da impulsividade. Há um excesso de sintomas diferenciados e abrangentes na descrição patológica, de modo que é muito comum confundir com outros transtornos psiquiátricos que possuem um quadro patológico semelhante.

Assim, convém aqui especificar os critérios diagnósticos do DSM IV para o TDAH. Este é subdividido em três tipos, cuja sintomatologia será descrita abaixo para que o leitor saiba minimamente o que é denominado sintoma pela psiquiatria. Além disso, em conjunto com a lista de sintomas, explicitarei cada um dos três tipos:

No tipo predominantemente desatento devem estar presentes pelo menos seis (ou mais) dos seguintes sintomas:

(a) frequentemente deixa de prestar atenção a detalhes ou comete erros por descuido em atividades escolares, de trabalho ou outras;

(b) com frequência tem dificuldades para manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas;

(c) com frequência parece não escutar quando lhe dirigem a palavra;

(d) frequentemente não obedece as instruções e não completa deveres, ou tarefas no trabalho (sem ser devido a um comportamento de oposição ou por uma dificuldade de entender as instruções);

(e) frequentemente tem dificuldade em ser organizado em tarefas e ou outras atividades;

(f) frequentemente evita, incomoda-se, ou mostra-se relutante a envolver-se em tarefas que exigem um esforço mental prolongado (tais como deveres escolares ou trabalhos de casa);

(g) frequentemente perde objetos necessários para suas atividades, por exemplo, brinquedos, deveres escolares, lápis, livro, etc.

(h) com frequência se distrai devido a estímulos externos;

(i) esquece-se frequentemente de suas atividades diárias.

No tipo predominantemente hiperativo-impulsivo, também devem ser encontrados seis (ou mais) da seguinte lista:

(a) frequentemente agita as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira;

(b) frequentemente abandona sua cadeira na sala de aula ou em outras situações nas quais se espera que permaneça sentado;

(c) frequentemente 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 frequência tem dificuldades para brincar ou se envolver silenciosamente em atividades de lazer;

(e) está frequentemente “a mil” ou muitas vezes age como se estivesse “a todo vapor”;

(f) frequentemente fala em demasia

(g) frequentemente dá respostas precipitadas antes de as perguntas terem sido completadas;

(h) com frequência tem dificuldade para aguardar sua vez;

(i) frequentemente interrompe ou se mete em assuntos de outros (por exemplo, em conversas ou brincadeiras).

Por sua vez, o TDAH combinado caracteriza-se pela combinação dos dois tipos anteriores, pois ambos os itens (desatenção e hiperatividade) são satisfeitos, acompanhado ou não dos sintomas de impulsividade.

Mesmo tendo o DSM IV estabelecido alguns critérios gerais que devem ser cuidadosamente observados e obedecidos, dentre eles: os sintomas manifestarem-se em mais de um ambiente, estarem presentes há mais de seis meses, em um grau incompatível com o nível de desenvolvimento, comprometendo a adaptação; ainda assim, podemos ter a impressão de que essa descrição sintomatológica está carregada de juízo de valor, sentido moral e muito vinculado às tarefas. Como afirmam Collares; Moysés (2011) e Aquino (2003), é muito difícil alguma criança e até um adulto não se sentir incluído nos critérios diagnósticos estabelecidos.

Também é interessante apontar que a história dos distúrbios de aprendizagem contada por Moysés; Collares (1992) encontra-se com a história do TDAH. Segundo as autoras, há um discurso oficial que separa ambos os transtornos como sendo duas entidades nosológicas diferenciadas, todavia tanto o TDAH quanto os denominados distúrbios de aprendizagem fazem parte de um mesmo referencial teórico que associa alterações orgânicas e/ou genéticas às dificuldades de aprendizagem ou de comportamento.

Neste sentido, Moysés; Collares (1992), ao discutirem a história da construção da teoria sobre os distúrbios de aprendizagem, não separam a história do TDAH dos denominados distúrbios de aprendizagem. Elas observam vários pontos em comum entre ambos os percursos históricos desses “distúrbios” tão presentes na vida escolar, como a existência de várias patologias que deram origem ao formato atual dos diagnósticos das dificuldades de aprendizagem e do TDAH, como as já citadas, síndrome da encefalite letárgica e a lesão cerebral mínima que posteriormente se transformou em disfunção cerebral mínima.

Moysés; Collares (1992, p. 45), por exemplo, colocam como ponto de convergências entre ambas as histórias o surgimento dos Distúrbios por Déficit de Atenção (ADM) em 1980, pela Academia Americana de Psiquiatria, visto que dentre as características essenciais deste transtorno estaria frequente a presença dos distúrbios de aprendizagem:

Em 1980, a Academia Americana de Psiquiatria, considerando imprecisos os conceitos de *DCM*, *hiperatividade*, *criança hipercinética*, *distúrbios de aprendizagem* e outros, unificou-os em uma nova síndrome, ADM (Attention Deficit Disorders – Distúrbios por Déficit de Atenção). A justificativa foi que o “defeito” básico situar-se-ia na esfera da atenção, daí decorrendo todas as possíveis manifestações clínicas, seja de comportamento ou de aprendizagem. (Grifos das autoras).

Caliman (2009) esclarece-nos que foi assim, no contexto de elaboração do DSM III que o DDA surgiu como uma categoria psiquiátrica centrada na questão da atenção. Ela ainda nos relata que, nas décadas de 1960 e 1970, era a patologia da hiperatividade que estava no centro do debate educacional e médico, porém o seu diagnóstico era ainda mais impreciso e subjetivo que o diagnóstico da atenção. Esta, de acordo com a racionalidade médica, poderia ser mais facilmente medida e quantificada.

Posteriormente, segundo Caliman (2006), Russell Barkley, autor da história “oficial” do TDAH, concluiu durante a década de 1990 que este transtorno era o resultado de um defeito da inibição e da capacidade de autocontrole, defeito da vontade e do desenvolvimento moral. Esta ideia é defendida ainda hoje, como podemos observar em algumas revistas de grande circulação, como a revista “Mente & Cérebro” que publicou um artigo onde alguns pesquisadores afirmaram que o TDAH pode ser o resultado do processamento anormal de informações em algumas áreas cerebrais, responsáveis pela emoção e pelo controle dos impulsos e dos movimentos:

Pode parecer absurdo administrar estimulantes em crianças hiperativas. Mas essas substâncias solucionam o desequilíbrio de base genética da dopamina nas regiões do cérebro responsáveis por autoregulação, controle dos impulsos e percepção. Efetivamente, elas evitam a reabsorção excessivamente rápida da dopamina nas sinapses (ROTHENBERGER,A.; BANASCHEWSKI, 2005, p.51).

Em suma, para o pensamento científico predominante, o que determina o TDAH é o defeito inibitório cerebral que impede o indivíduo de focalizar a atenção e sustentá-la para atingir uma recompensa ao longo prazo. O comportamento do indivíduo afetado é imediatista, ele não consegue adiar seus impulsos e necessidades imediatas tendo em vista ganhos futuros. Deste modo, partindo desse raciocínio, fica mais claro compreender porque essa patologia está tão presente

dentre as queixas escolares de aprendizagem e de comportamento, para Caliman (2006, p. 148): “Os sujeitos afetados não se encaixam nas exigências morais de sucesso e produtividade”.

Atualmente, o DSM IV reconhece os Transtornos de Aprendizagem e o TDAH como duas patologias distintas e que possuem características próprias. Entretanto, ambos os transtornos podem estar correlacionados, formando as chamadas comorbidades. Rohde et al (2000), por exemplo, afirmam que há uma alta taxa de comorbidade entre o TDAH e outras doenças, entre elas: a depressão (15% a 20%), transtorno de ansiedade (25%) e os transtornos da aprendizagem (10% a 25%).

Ao entrarmos em contato com termos tão carregados de terminologia médica, torna-se imprescindível discutir o processo de medicalização da educação. Moysés; Collares (1992) questionam como poderíamos discutir seriamente uma patologia denominada TDAH, que se caracteriza pelos sintomas estabelecidos pelo DSM IV, dentre eles: “se envolver silenciosamente em atividades de lazer”, “frequentemente interrompe ou se mete em assuntos de outros”, “tem dificuldades para aguardar sua vez”, etc.:

A ironia talvez seja a única forma possível de reação, além do susto. Como discutir seriamente uma “doença” que se caracteriza por esses “sintomas”? Como lidar com tal intensidade de biologização da sociedade? Sociedade que aceita e anseia por esse processo! (MOYSÉS; COLLARES, 1992, p.45).

A aceitação do processo de biologização da vida fica bastante explicitada nas estatísticas que indicam o grande aumento do consumo de medicamentos para o tratamento de distúrbios relacionados à aprendizagem e ao TDAH. Segundo o Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade⁶, de 2005 a 2010 houve um aumento da compra do metilfenidato (medicamento

⁶ Durante o período de 11 a 13 de novembro de 2010, em torno de mil profissionais das áreas da saúde e educação, estudantes e representantes de entidades participaram do I Seminário Internacional "A Educação Medicalizada: Dislexia, TDAH e outros supostos transtornos", em São Paulo. Deste modo, como ação política deste evento, foi lançado o Fórum Sobre Medicalização da Educação e da Sociedade, de atuação permanente, que tem por finalidade articular entidades, grupos e pessoas para o enfrentamento e a superação do fenômeno da medicalização. Para maiores informações sobre o assunto consultar os sites: <http://www.ebc.com.br/tags/ritalina>, <http://medicalizacao.com.br/pesquisa-do-metilfenidato/>

usualmente utilizado para o tratamento do TDAH) pelos órgãos públicos em torno de 1400%. De acordo com a pesquisa realizada pelo Fórum, nos últimos cinco anos o número de comprimidos comprados aumentou de 29.230 para 419.169. Estes números são similares aos dados do Instituto Brasileiro de Defesa dos Usuários de Medicamentos (IDUM), que constataram um aumento de 1616% na venda de medicamentos, cujo princípio ativo é o metilfenidato, durante os anos de 2000 a 2008 (MANO, 2009).

Estas questões têm sido problematizadas em diversos contextos sociais, por meio de congressos, debates e movimentos que propõem alternativas - diferentes da medicalização - para contribuir com o desenvolvimento e a potencialização das capacidades infantis.

2.2. O TDAH E O PROCESSO DE DISCIPLINARIZAÇÃO DA INFÂNCIA

Adentrando mais detidamente na história da infância, verifiquei que o processo de disciplinamento de crianças não se inicia agora com o surgimento do TDAH, para Caliman (2010, p.55): “A preocupação com a vida moral e educacional da criança é um assunto médico desde a primeira metade do século XIX”. Também discuti essa temática em um trabalho anterior (SCHICOTTI, 2005) ao refletir como o processo de higienização ocorrido durante as quatro primeiras décadas do século XX no Brasil representou o lugar da disciplina, da eficiência, da moldagem e da adaptação.

Gondra (2000) relata-nos que a Higiene foi um ramo da medicina que se deteve nos objetos sociais. A partir do final do século XIX, a vida social e a educação escolar transformaram-se em objetos da medicina, expandindo, paulatinamente, o saber médico. Nesse período da história brasileira, o grande desafio era organizar um Estado Nacional. Sendo assim, as propostas ditas científicas, entre as quais estavam os projetos ligados à medicina, tiveram um papel preponderante na formulação de políticas públicas voltadas para a saúde, educação, infra-estrutura, assistência social, entre outras.

Abrão (2001) também aponta a grande influência que a psiquiatria brasileira da década de 1920, fundada em um ideal eugênico, exerceu sobre a criação das clínicas de orientação infantil. Estas tinham como proposta de

atendimento uma intervenção no âmbito familiar e escolar, atuando principalmente na prevenção da doença mental, estendendo desta maneira o saber da medicina orgânica para a psiquiatria.

Vale ressaltar que, segundo Kuhlmann Jr. (2001), as descobertas científicas de Pasteur, como as relações entre microorganismos e doenças e a pasteurização do leite de vaca, foram importantes para que os médicos tivessem uma grande influência nas discussões sobre a criança, já que essas descobertas entraram em consonância com os ideais da época, aliando-se aos objetivos de modernidade e civilidade.

É interessante assinalar que o mesmo raciocínio empregado nas descobertas de Pasteur e na compreensão da Encefalite Letárgica, patologia mental apontada como precursora do TDAH, que reunia sintomas diversos, característicos das patologias orgânicas e das psicogênicas (CALIMAN, 2010) surgida no início do século XX, compõem o quadro científico hegemônico da nossa época. Isto é, como apontam Moysés; Collares (1992), a epidemia infecciosa de Encefalite Letárgica nos Estados Unidos produziu altas taxas de morbidade e mortalidade e as pessoas que sobreviveram a esse mal apresentaram sequelas neurológicas, com mudanças de comportamento e/ou de funções intelectuais. Este fato possibilitou que se pudesse, cada vez mais, vincular as descobertas da neurologia com a pesquisa laboratorial e, principalmente, inferir que as funções intelectuais estão intimamente ligadas aos substratos cerebrais/orgânicos.

Por outro lado, Caliman (2006), baseando-se no trabalho de Oliver Sacks, coloca que a Encefalite⁷ não foi apenas um parente longínquo do TDAH, mas um importante dado histórico. Há entre ambas as patologias muitas similaridades, entre elas a presença de sintomas muito diversos. No início das investigações sobre a Encefalite havia a esperança de vincular o saber neurológico ao campo da saúde pública e à pesquisa laboratorial, entretanto posteriormente esses interesses não se confirmaram; os cientistas não conseguiram descrever seu quadro clínico, determinar com precisão sua etiologia e descobrir uma vacina eficiente para o seu tratamento:

⁷ A Encefalite Letárgica foi uma infecção misteriosa que apareceu nos Estados Unidos durante os últimos anos da Primeira Guerra Mundial e desapareceu por volta dos anos 1940. Baseada em Oliver Sacks, Caliman (2006, p. 122) afirma que a existência e as controvérsias dessa desordem possibilitaram que muitos pesquisadores passassem a considerar o corpo humano “[...] como um todo físico, químico, biológico, psicológico e sociológico”.

As pessoas atingidas manifestavam crises extraordinárias e instantâneas na qual estados catatônicos, tiques, sintomas característicos da doença de Parkinson, alucinações, obsessões e mais 30 ou 40 outros sintomas eram vivenciados. Terminada a crise, os sintomas simplesmente desapareciam. A neurofisiologia clássica, baseada no estudo dos centros e funções cerebrais e nas gradações entre eles, não possuíam respostas para o problema [...] cada indivíduo manifestava um tipo diferente de Encefalite (CALIMAN, 2006, p. 121).

Sabemos o quanto é importante para medicina organicista visualizar a (s) causa (s) da patologia invisível. Em virtude disso, procura-se desesperadamente uma causa cerebral e neurológica para a patologia do TDAH por meio das tecnologias de imagem cerebral. Ao mesmo tempo em que se procura legitimar esse transtorno por meio dessas tecnologias, abordando a existência de circuitos neuronais responsáveis pela sintomatologia do TDAH, não se percebe a sua utilização efetiva no cotidiano das pessoas que são diagnosticadas. É importante ressaltar que, em minha experiência profissional não observei nenhuma criança, nem mesmo entre aquelas provenientes das classes sociais mais abastadas, realizar exames de neuroimagem (NI) para detectar o substrato neuroquímico do transtorno.

Em uma entrevista com o neurobiólogo Eric Kandel, realizada pela Folha de São Paulo no dia 02 de novembro de 2011, pôde-se ler a seguinte afirmação em relação ao uso do DSM IV:

A preocupação com a objetividade foi introduzida há uns 20 anos quando houve uma tentativa de validar os critérios do manual para descrever transtornos. Isso foi extremamente importante para que diferentes psiquiatras pudessem dar o mesmo diagnóstico a um mesmo paciente. O que é triste é que não houve muitos avanços desde então. Uma das razões para isso é que os psiquiatras não têm os chamados "marcadores biológicos" à disposição. Se você diagnostica diabetes ou hipertensão, pode usar medições objetivas, independentes. Não precisa se basear apenas naquilo que o paciente lhe conta. Nós, psiquiatras, ainda temos que recorrer à história do paciente. Precisamos desesperadamente de bons marcadores biológicos. Sem isso, podemos publicar quantas edições quisermos do manual, que não chegaremos a lugar nenhum.

O posicionamento de Kandel, "Nós, psiquiatras, ainda temos que recorrer à história do paciente", demonstra certa decepção ou desalento com o fato de a psiquiatria ainda ter que recorrer à narrativa do sujeito para realizar seus

diagnósticos. Vemos assim o quanto o pensamento biológico está distante de abarcar a complexidade da existência humana. Green (2008) cita a ideia de pensamento hipercomplexo de Morin, mostrando o quanto ela se aproxima da psicanálise, pois é um tipo de pensamento que aceita as incertezas, as liberdades e as desordens. Para Morin (apud GREEN, 2008, p.344): “O espírito–cérebro individual é mais complexo que a sociedade, mais complexo que a Terra, mais complexo que a galáxia.”

Como apontam (GUARIDO, 2011; MOYSÉS; COLLARES 2011), é importante ressaltar que quando realizamos uma crítica ao processo de medicalização da vida não estamos desconsiderando a existência de doenças reais ou ainda, ignorando os avanços da pesquisa biológica. Estamos apenas assinalando as graves consequências que a biologização do humano acarreta para a exclusão do sujeito, tornando-o impotente para criar recursos próprios de enfrentamento de sua condição humana.

Sabemos que o grande anseio pela objetividade e pela neutralidade científica nasce com o advento da ciência moderna, parece-nos que é ainda o modelo biológico que conseguiu corresponder a esses ideais. Como veremos a seguir, em sua essência eles representaram a libertação do pensamento teológico predominante na Idade Média, mas na prática serviram ao controle, ao poder e à disciplina.

Diversos autores como (FOUCAULT, 1987; CAMBI, 1999; GUIRADO, 1996) apontaram o caráter imanentemente disciplinar da Modernidade. Foucault estuda a metamorfose dos métodos punitivos em sua obra “Vigiar e Punir” (1987). Já nas primeiras páginas ele problematiza como o suplício ou o sofrimento físico aplicado ao criminoso foi substituído pela privação da liberdade, ocorrendo o que ele denomina de “suavidade penal como técnica de poder” (FOUCAULT, 1987, p.26-27).

Em suma, ao analisar o sistema penal, o autor oferece-nos uma nova forma de compreender o poder. Por exemplo, antes de a burguesia tornar-se a classe politicamente dominante, o poder estava concentrado na figura do soberano. Os criminosos não participavam do julgamento e toda a investigação a respeito do crime era realizada em segredo, pois o direito de punir estava nas mãos do soberano. É somente a partir do século XVIII que a punição passa a ser uma defesa da sociedade.

Guirado (1996), também orientada em Foucault, afirma que em cada época vai existir uma determinada estratégia de poder. Na Modernidade, a estratégia predominante é o poder disciplinar, pois o poder deixa de concentrar-se em lugares específicos e torna-se disperso, difuso e microfísico.

Então, voltando aos ideais iluministas, podemos dizer que, ao valer-se de um quadro jurídico igualitário e defendendo um regime de tipo parlamentar e representativo, as *Luzes* “libertaram”, mas também fabricaram os dispositivos disciplinares. Estes têm a função de ordenar as multiplicidades humanas, objetivando obediência, utilidade e adestramento dos corpos, a fim de permitir a ampliação dos aparelhos de produção. As disciplinas, dessa forma, podem ser tomadas como técnicas de um poder que irá possibilitar a produção de saber e de aptidões nas instituições (escolas, hospitais, prisões).

Assim, percebemos, em *Vigiar e Punir*, que Foucault constantemente compara a escola a um quartel ou a um hospital, apontando as semelhanças entre as várias instituições: “devemos ainda nos admirar que a prisão se pareça com as fábricas, com as escolas, com os quartéis, com os hospitais, e todos se pareçam com as prisões?” (FOUCAULT, 1987, p.199).

Caliman (2006), em sua tese de doutorado, analisou a constituição do diagnóstico do TDAH no interior do processo histórico de biologização moral da atenção. Os estudos dessa autora nos fazem refletir o quanto a constituição do indivíduo atento e desatento faz parte de um processo histórico de controle moral. Nesta perspectiva, o TDAH pode ser compreendido como mais uma técnica de disciplina e controle moral.

2.3. CONCLUSÃO

Como foi apontado, as *Luzes*, a racionalidade científica, que pretendiam libertar o sujeito das trevas do poder religioso e do soberano, além de produzir outras formas de poder, deixaram um vazio ético e moral com a derrocada das tradições.

Heller (1999) esclarece muito bem a ideia acima. Ao discutir as peculiaridades do mundo moderno a autora coloca que há uma diferença fundamental entre as civilizações pré-modernas e modernas. As primeiras têm um

tipo de estratificação hierárquica bem-determinada e praticamente sem mobilidade na origem. Já as últimas, segundo a autora explica, não oferecem padrões rígidos, nada nelas está escrito e determinado, deste modo, as possibilidades dos indivíduos que nelas nascem podem ser ilimitadas.

Para a autora, o mundo inteiro já se tornou moderno, o que nos leva a vivenciar tanto a possibilidade da liberdade pessoal e política, quanto a perda das tradições e da segurança, pois viver na incerteza de significados e de valores pode ser extremamente traumático:

Nas sociedades européias tradicionais, o rei, a Igreja, os chefes de família, a nobreza e personagens semelhantes eram poderes morais. Virtudes bem-definidas deviam ser praticadas a serviço desses poderes morais tradicionais (HELLER, 1999, p. 22).

Caliman (2006) observou, por meio de sua pesquisa bibliográfica, que o TDAH retirou da família, do indivíduo diagnosticado, bem como dos professores, a culpa por suas deficiências. Os sujeitos diagnosticados foram libertados do julgamento moral, mas atados às suas limitações corporais e físicas, devido a determinações naturais/genéticas/orgânicas.

Assim, gostaria de ilustrar essas questões por meio de um caso que atendi em psicoterapia durante o período em que trabalhei em uma ONG⁸. A criança, que aqui será batizada de Gabriel, tinha cerca de oito anos e recebeu o diagnóstico de TDAH. A queixa principal era escolar: Gabriel era muito distraído na sala de aula, tirava notas baixas e não fazia suas lições de casa. Sua família trouxe o relatório de uma psicóloga onde constava que o menino tinha TDAH com predomínio de Déficit de Atenção.

O que pude absorver desta história é que Gabriel não vivenciava situações em sua família de modo que pudesse aprender a ser organizado e concentrado na escola. Sua vida era bastante instável, desde o nascimento. Sua mãe teve dois relacionamentos simultâneos e - quando engravidou - não sabia exatamente quem era o pai de seu filho. Casou-se e, algum tempo depois, descobriu por meio de um exame de DNA que seu marido não era o pai biológico de Gabriel. O menino – quando em tratamento na ONG - tinha três pais: o adotivo, o biológico e o

⁸ A atuação na ONG já foi citada na Introdução, onde relatei a importância desta experiência como uma das inspirações para a realização desta pesquisa.

marido da mãe à época, pois ela separou-se do pai adotivo do garoto e, posteriormente, encontrou outro companheiro.

Apesar de ter praticamente duas casas (os avós maternos auxiliavam na criação do menino e participaram das entrevistas iniciais) e possuir três figuras paternas, Gabriel muitas vezes parecia estar à deriva. O pai biológico era uma pessoa ausente na vida do filho, o adotivo envolveu-se com drogas e sempre tinha ligação com a polícia ou traficantes. O companheiro da mãe parecia cuidar do menino, entretanto, devido às constantes brigas com a esposa, havia sempre a ameaça de um novo divórcio. Na casa dos avós, Gabriel também vivenciava muitas brigas e discussões.

Durante o trabalho psicoterapêutico realizado com essa criança, pude perceber a ausência de adultos que a auxiliavam a mediar seus comportamentos impulsivos, bem como a lidar com seus desejos e a realidade da vida, de um modo criativo e responsável. Gabriel não tinha uma estabilidade em sua vida familiar, não havia uma rotina em sua casa e seus próprios familiares desconfiavam do diagnóstico de TDAH, afirmando que o “problema” do menino era a falta de limites.

A história descrita acima, as experiências vivenciadas por mim e minha pesquisa bibliográfica coadunam-se com o trabalho de outros autores (CALIMAN, 2006; GUARIDO, 2011) que verificaram na profusão dos diagnósticos do TDAH a representação de um processo de biologização da vida, mais especificamente nas palavras de Caliman (2006) o transtorno referido faz parte de um processo de biologização e cerebrização da moral e da vontade. Se no início da constituição do sentimento de infância, a criança foi disciplinarizada por meio de regras de conduta morais mais rígidas, referenciais constituídos pela família nuclear e por uma escola mais homogênea e fortalecida pelos ideais da modernidade, atualmente isto parece estar se dissolvendo e, a estratégia de disciplinarização mais coerente com a cultura vigente tem sido a medicalização.

Na contemporaneidade, que alguns denominam como Modernidade, outros, como Green (2008) denominam de Pós- Modernidade, tornou-se cada vez mais raro abster-se das tecnologias medicamentosas/biológicas para educar crianças e adolescentes. Não é à toa que algumas pesquisas que utilizaram o método psicanalítico para compreender a questão do TDAH (LEGNANI, 2003; MANO, 2009) compreenderam que o aumento do diagnóstico deste transtorno está

relacionado ao declínio da função paterna, cuja significação na psicanálise pode ser sucintamente compreendida como a representação da Lei.

Neste sentido, a Lei pode ser compreendida como o representante ético-moral que regula as ações humanas, pois sem a Lei, sem uma ética, sem um norte, estamos sujeitos aos excessos, aos descontroles, à *hybris*. Nas experiências relatadas pude entrar em contato com as inconsistências e contradições da construção do diagnóstico de TDAH e ainda perceber que tal constructo pode estar ocupando o lugar de diversas ausências e conflitos na contemporaneidade: dentre eles, a dificuldade de lidar com a diversidade dos diferentes modos de existência e de estabelecer interditos e valores morais para nortear a convivência de toda essa multiplicidade humana.

3. PESQUISA E PSICANÁLISE: UM OUTRO OLHAR PARA A ESCUTA DAS QUEIXAS ESCOLARES.

Freud e Marx

*O homem modifica a natureza
por meio de seu trabalho.
Eu esculpo a minha existência;
escuto as pessoas no sofrimento.
Transformo e sou transformada
na relação com o outro.
(SCHICOTTI, R. V. O.)*

Birman (2006) afirma que Freud, Marx e Nietzsche foram os três grandes profetas que anunciaram o modernismo, movimento que pode ser compreendido como a consciência crítica da modernidade. O autor explica tal posicionamento pontuando que a modernidade é autocentrada no indivíduo, visto que a individualidade é a sua categoria fundamental. Deste modo, cada um dos três autores citados desferiu seus golpes sobre a individualidade; Freud com o conceito de inconsciente abalou o reinado da razão. Marx trouxe o conceito de alienação, demonstrando o descentramento da consciência e do eu em relação aos registros da economia e da política. Por fim, Nietzsche ressaltou a dimensão do poder que interfere nos registros de produção de verdade, questionando duramente a neutralidade do discurso científico, assentado na ideia de razão e desenvolvimento.

Deste modo, para Birman (2006), não podemos desconsiderar a descoberta do inconsciente e a invenção da psicanálise sem levar em conta os rastros deixados pelo modernismo e as críticas desferidas contra as imagens da tecnologia e da ciência. Nessa mesma linha de pensamento, Mezan (2006, p.13) também nos pontua que a psicanálise “[...] se encontra atravessada de cabo a rabo pela civilização em que nasceu e contra a qual nasceu”. Para o último, Freud sempre se mostrou preocupado em não reduzir sua disciplina a uma especialização terapêutica, significando assim que a investigação psicanalítica não deve deixar de se estender às manifestações culturais: “As descobertas de Freud se originam de um percurso extremamente intrincado, no qual podemos distinguir três referências

constantes: o discurso dos pacientes, a auto-análise e o recurso à cultura”. (MEZAN, 2006, p.161).

Segundo Mezan (2006), Freud considerou de suma importância o estudo psicanalítico das produções culturais para que pudesse assegurar a universalidade de seus conceitos. Para defender essa ideia, o autor utiliza vários exemplos retirados da história da psicanálise e da obra freudiana. Dentre eles, gostaria de citar o período em que Freud se opôs à ideia de que a histeria estava relacionada à degeneração orgânica e moral. Conforme Mezan (2006), o caso de Cecília M. o ajudou a demonstrar que a histeria era compatível com um intelecto criador e com uma moralidade impecável. Deste modo, o autor complementa que Freud, além de valer-se desse caso para defender sua hipótese, ele também se apropria de biografias de mulheres famosas e de personagens femininas da literatura, ou seja, Freud se apropriou do patrimônio cultural para refinar seus conceitos.

Neste sentido, seguindo a trilha iniciada por Freud, é este o formato que darei a este trabalho, mais especificamente neste capítulo pretendo discutir o método psicanalítico, considerando para tanto, os aspectos culturais e sociais do mundo em que vivemos e sua relação com o tema pesquisado. Além disso, como vimos, o autoconhecimento está intrinsecamente ligado ao processo de produção científica em psicanálise; assim, de forma dialética, pretendo construir essas reflexões: levando em conta minhas experiências pessoais e as contribuições teóricas dos autores que também têm percorrido os percursos propostos aqui.

Em sintonia com essas reflexões, inicio este capítulo considerando algumas questões cruciais da nossa cultura, partilhando das colocações de Birman (2006) e Mezan (2006), principalmente do primeiro que escreve de uma forma bastante clara sobre os sentidos desdobrados pela psicanálise acerca da atualidade, denominada por alguns de modernidade avançada, hipermodernidade ou pós-modernidade. Aqui neste trabalho, como foi apontado anteriormente, preferi utilizar o termo contemporaneidade, sem entrar na discussão mais acalorada com relação ao projeto da modernidade, se este esgotou-se ou ainda permanece na atualidade. A meu ver, estamos vivenciando questões muito peculiares em nossa época, que talvez possa melhor ser definida como um momento de transição entre a modernidade e um outro tempo que ainda está em gestação.

No segundo capítulo aponte algumas considerações de Heller (1999) acerca do traumático produzido pela modernidade. Birman (2006, p.47-48), por sua vez vai apropriar-se do conceito de desamparo, considerando-o a outra face da modernidade, porém não reconhecida e recusada:

Por isso mesmo, o desamparo se impõe como sintoma e como fonte permanente da produção de perturbações psíquicas, uma vez que a dor por ele revelada contraria todas as pretensões da modernidade de que o sujeito prometéico poderia dominar o mundo de forma absoluta e inquestionável.

Tal proposição de Birman (2006) nos coloca diante das contradições da modernidade, que a princípio estava permeada pelas insígnias da liberdade, fraternidade e igualdade, que posteriormente, como também aponta Boaventura Souza Santos (1997), foram bastante ofuscados pela dependência das realizações do capitalismo. Assim, o que vemos proliferar na contemporaneidade é a ampliação do campo do traumático, configurado pelo desamparo do sujeito.

Outra questão bastante interessante apontada por Birman (2006, p. 49) é ideia de que o desamparo, imanente à modernidade, “[...] é a resultante maior da humilhação imposta à figura do pai na economia psíquica do sujeito.” Desta forma, a fim de compreender melhor esta afirmação de Birman (2006) e o efeito de tal proposição neste estudo, desdobrarei agora algumas reflexões do autor acerca da posição do pai na psicanálise e, concomitantemente, acerca da leitura que o pensamento freudiano faz sobre a cultura.

Birman (2006, p.150) pontua que o discurso freudiano ao mudar a teoria do trauma que era centrada na sedução, a qual concebia as narrativas dos pacientes enquanto estatuto de acontecimento, realizou uma operação de salvação da figura do pai. A partir disso, a psicanálise foi fundada como uma forma de investigação da realidade psíquica, centrada na escuta do inconsciente:

[...] o discurso freudiano realizou uma verdadeira operação de *salvação* da figura do pai. Isso porque, para deslocar o lugar da sedução como trauma, do registro do acontecimento para o fantasma, Freud teria afirmado literalmente que não poderia aceitar que o pai pudesse ser uma figura perversa, já que sedutor do infante. Enquanto personagem perverso engendrado pelo imaginário infantil, a sedução paterna poderia ser perfeitamente aceitável. (Grifo do autor).

Desta forma, Birman (2006) nos esclarece que no início da construção do pensamento freudiano o pai era visto como aquele que poderia proteger a subjetividade. Contudo, em 1920, com a publicação da obra “Além do princípio do prazer”, foi formulado o conceito de pulsão de morte, caracterizada por Freud como uma pulsão desprovida dos representantes. Isto muda a condição da figura paterna, na medida em que, com a nova configuração teórica, o trauma, diante dos excessos da pulsão de morte, é algo sempre possível de acontecer.

Diante do exposto, Birman (2006) também nos auxilia a compreender que as transformações dos conceitos metapsicológicos acompanharam as leituras que Freud empreendeu acerca da cultura. O autor entende que a substituição da figura do pai protetor pela do pai falho e faltante é o equivalente da transformação da concepção pré-moderna de cultura para a concepção moderna. O Pai, Deus e o monarca absolutista foram substituídos pelo regime democrático moderno, fato que ampliou a noção de liberdade, mas que colocou o sujeito em uma maior condição de desamparo e risco.

Birman (2006, p.158) também aponta que a experiência da Primeira Guerra Mundial deixou Freud bastante aturdido diante da capacidade destrutiva do ser humano, sendo que essa perplexidade “[...] seria justamente o signo maior da quebra definitiva do pai protetor, concebido até então como fundamento da civilização e da racionalidade.”

Neste sentido, podemos observar que Freud sempre esteve atento às questões culturais e se - como dissera Birman - o pensamento freudiano pôde captar a derrocada da figura do pai no início do século XX, o que a psicanálise tem a dizer sobre o nosso presente? Como se encontra atualmente a figura paterna em um mundo permeado por um capitalismo desregulamentado e globalizado?

Penso que essas questões são bastante complexas, todavia, como já foi pontuado em outros capítulos, o que parece muito presente em nosso contexto cultural é o enfraquecimento dos mecanismos de proteção simbólica. Com efeito, o que tem se acentuado em nosso contexto cultural é o surgimento de modalidades de mal-estar que, segundo Birman (2006) estão atravessadas por um estado de estresse permanente. Dito de outro modo, o autor afirma que as subjetividades contemporâneas não conseguem conter o excesso de excitação instalado no psiquismo por meio da simbolização, daí a proliferação de modalidades de sofrimento que se caracterizam pela descarga das intensidades, impelidas pela

ação. Tendo esclarecido este ponto, gostaria de sugerir aqui que o TDAH é mais uma das tentativas do pensamento médico de condensar - em uma única entidade nosológica - a multiplicidade das novas modalidades de mal-estar contemporâneo.

Birman (2006) afirma que as novas modalidades de mal-estar foram uma condição histórica que marcou a oposição entre psicanálise e psiquiatria. Enquanto a primeira debatia-se para compreender as novas modalidades de sofrimento que se evidenciavam nos registros do corpo, da ação e do sentimento; a psiquiatria gabava-se de sua plena inscrição no campo da racionalidade médica. Segundo Birman (2006) a psicanálise transforma o mal-estar contemporâneo em uma indagação ética, compreendendo-o como uma caixa-preta que deve ser cuidadosamente aberta. Ou seja, dialogando com esses autores, podemos afirmar que a psicanálise é um método de investigação utilizado por excelência na interrogação dos sentidos e significados de uma questão. Neste trabalho a principal questão a ser investigada é compreender os significados e as peculiaridades da sintomatologia do TDAH apresentados pela criança, no contexto familiar e escolar.

Segundo Herrmann (2004, p.61), a psicanálise é a ciência da psique que “[...] ocupa-se em investigar o sentido humano, nas pessoas – nos pacientes em particular – nos grupos e organizações dos homens, na sociedade e em suas produções culturais”. Deste modo, tendo em vista o problema de pesquisa e os objetivos a serem alcançados, escolhi a psicanálise porque ela pode contemplar as características deste trabalho de investigação – que está bastante arraigado na interface psique/social.

Compreendo que o tema TDAH e infância contemporânea não pode ser desvinculado das questões que abarcam a psique e o mundo, o dentro e o fora. Parafraseando Mezan (2002), é um assunto que extrapola as quatro paredes de um consultório e se inscreve no cenário social e cultural, o que caracteriza, portanto, uma tese de psicanálise extramuros.

Se recorrermos à compreensão que Herrmann (2004) estabelece para as formas de investigação em território psicanalítico, pode-se afirmar que esta pesquisa insere-se na ideia de clínica extensa, compreendida como uma ampliação do seu padrão de referência – a análise de consultório. O autor descreve ainda uma tripartição: pesquisa teórica, pesquisa empírica e pesquisa clínica; compreendo que o presente trabalho está mais relacionado à noção de clínica extensa, que abrange não só os fenômenos psíquicos e individuais, mas também a investigação da

sociedade e da cultura. Além disso, este trabalho terá as seguintes características: o contato direto com o fenômeno vivo e a renúncia de tratamento estatístico ou protocolos quantificados.

Desta forma, foi muito importante, nos primeiros capítulos, refletir criticamente sobre os atuais diagnósticos de TDAH. Para tanto, discuti o crescente processo de medicalização da educação, cuja existência pode estar servindo para mascarar uma escola que é produtora de sofrimento, Aquino (2012, p.15) expressa claramente esta ideia em uma entrevista que forneceu ao Conselho Regional de Psicologia:

A escola é uma grande produtora de sofrimento psíquico e uma grande usina de encaminhamentos pedagógicos que alimenta psicólogos e outros profissionais parapedagógicos (como fonaudiólogos, psicanalistas e outros). A escola não consegue mais promover experiências significativas na vida daquelas pessoas. Ela olha para a criança e vê doença, anomalia, disfunção. E acha que precisa corrigi-las. Como não se sente plenamente capaz disso, convoca a tropa de choque dos profissionais parapedagógicos para dar conta da queixa escolar.

Mais uma vez nos deparamos com o tema da medicalização, um assunto também considerado por Birman (2006) ao tratar das queixas enunciadas pelo corpo e as estratégias de cuidado para lidar com essas formas de mal-estar. Para o autor, não podemos separar as práticas contemporâneas que são empreendidas pelas diversas instituições para solucionar seus conflitos, do amplo processo social de medicalização, concebido como um processo que transforma questões sociais e políticas em problemas médicos ou de ordem biológica.

Todavia - se existem o sofrimento psíquico, as queixas de pais e professores, bem como os sintomas apresentados pela criança - torna-se imprescindível escutar e compreender os sentidos e experiências singulares comunicados por meio das queixas e dificuldades. Acompanhamos aqui a proposta freudiana de considerar o discurso dos sujeitos, em conluio com Mezan (2002, p.270) ao afirmar que “[...] existe universalidade e particularidade, e também singularidade, na determinação das modalidades subjetivas”, visto que compreendemos o sujeito como um cruzamento de linhas de forças: algumas das quais ele determina, enquanto outras o determinam.

Assim, de acordo com Mezan (2002), o plano singular pertence àquilo que é único, pessoal e intransferível. Este plano pode ser compreendido como o território da biografia e das escolhas. Em contrapartida, o universal abrange tudo o que é imposto a todo ser humano, como por exemplo, a necessidade de socializar, a linguagem, a capacidade de inventar e o fato de sermos mortais e sexuados são questões que podem ser compartilhadas por todos os humanos.

Por sua vez a região do particular abarca aspectos que são próprios de alguns humanos, mas não de todos; deste modo é o território da cultura e das questões específicas de uma época. Isto explica porque nos deparamos tanto aqui com as questões da contemporaneidade, mas sem desconsiderar a história de vida do sujeito, o plano da singularidade.

Podemos observar então a complexidade do nosso objeto de pesquisa, que contém questões psíquicas e culturais, formando um caldo fervente e preparado com diversos ingredientes. Tomando esse exemplo, podemos dizer que muitos ingredientes/significados estão submersos e escondidos no fundo do caldeirão. Deste modo, a psicanálise, segundo Lino da Silva (1993), pode ser um importante instrumento que fará emergir os principais significados que estão submersos.

Assim, olhar e prestar atenção no que os sintomas das crianças estão querendo expressar, bem como escutar seus pais e professores em suas queixas e dificuldades pode nos oferecer pistas sobre o funcionamento psíquico dessas crianças e principalmente nos auxiliar a construir outras alternativas, diferentes da medicalização, que propiciem o desenvolvimento intelectual e acadêmico.

Porém, antes de adentrarmos na descrição da pesquisa de campo, primeiramente vou explicitar o caminho que possibilitou a escuta do material apreendido, parte principal deste trabalho. Este se enquadra em um modelo de pesquisa qualitativa, visto que neste enquadre o conhecimento tem um caráter interpretativo, na medida em que é construído em um processo de atribuição de sentidos. Em outras palavras, na pesquisa qualitativa o conhecimento não se dará de forma imediata, mas a partir da integração, construção e reconstrução de sucessivas configurações interpretativas (Gonzalez Rey, 2002 apud Stringheta & Costa-Rosa, 2007).

Como se trata de um campo onde a teoria tem um papel crucial, relevância que aqui é corporificada pela teoria psicanalítica, é importante delimitar os principais preceitos dessa construção metodológica. Segundo Mezan (2005, p.103),

a psicanálise pode ser compreendida como um método de investigação e teoria. Em virtude disso, ela pode ser comparada a um norte que direcionou a minha trajetória:

Na situação analítica, a teoria funciona como a estrela polar para o navegante: fornece coordenadas para o percurso, permite alguma idéia do rumo a tomar, mas não é o alvo que se quer atingir; Colombo não queria chegar à Ursa Menor, mas às Índias – e, como muitas vezes acontece na análise, chegou à América.

É, portanto, um modo de produção do conhecimento que caminha lado a lado com a incerteza; possui um efeito disruptor no campo do sentido comum (TANIS, 2004) e está articulado com a experiência subjetiva do pesquisador e totalmente aberto à força da criação.

Assim, tendo em mãos os conteúdos das entrevistas e técnicas aplicadas e principalmente o que foi vivenciado/escutado nas relações com as crianças, pais e professores, submeterei esse material a um processo de interpretação e integração, considerando também o que foi captado pela transferência. Esta, segundo Freud (1997), não é forjada pela psicanálise, mas apenas revelada, trazida à luz. E ainda, de acordo com Herrmann, em entrevista realizada por Lino da Silva (1993), a transferência, compreendida como reedições de experiências psíquicas do paciente para a figura do analista, não se confina apenas ao *setting* analítico, mas também pode ser evocada em uma pesquisa.

Em outras palavras, na pesquisa com o método psicanalítico são oferecidas as condições para que o sujeito transfira para o pesquisador suas vivências, sintomas e afetos inconscientes que serão atualizados na relação estabelecida. O pesquisador acolhe o material apreendido que deverá ser submetido à interpretação⁹. Deste modo, podemos verificar que sujeito e pesquisador têm uma participação ativa na pesquisa.

Aqui convém lembrar a referência, citada no início deste capítulo, ao processo de auto-análise. Mezan (2006) pontuou que o processo auto-analítico representou um dos momentos essenciais da invenção da psicanálise. Quando Freud descobriu as fantasias edípicas, ele percebeu a existência de tais fantasias

⁹ É importante ressaltar que o conceito de interpretação apropriado por esse trabalho pode ser compreendido de acordo com a definição de Herrmann (1991, p.92), o qual afirmou que “[...] a interpretação psicanalítica funciona através de rupturas de campo e não pela comunicação do ‘sentido correto’ inconsciente do material [...]. Herrmann (1991) também pontuou que a arte da interpretação exige que o analista utilize partes consideráveis de seu equipamento mental a fim de empregá-lo como instrumento de pesquisa e lugar de produção de sentidos.

em seus próprios sonhos. Assim, o que quero dizer com isto refere-se ao fato de que todo pesquisador que trabalha com o método psicanalítico não pode ignorar que suas investigações contém motivações que estão relacionadas ao desejo de se autoconhecer. Como afirmou Mezan (2006, p.23) em relação à sua tese de doutorado: “[...] esta tese é um fragmento de minha análise, tanto por ter sido redigida durante a mesma quanto por corresponder, sob a forma do conceito, a uma ordenação e a uma sistematização de idéias surgidas no seu decorrer e, em parte, devidas a ela”.

Esta imbricação entre sujeito e pesquisador, teoria e prática também podem ser percebidas no próprio ato de construir uma tese orientada pela psicanálise, pois, ao estudar os processos psíquicos envolvidos na produção do pensamento, pude perceber minhas próprias dificuldades, frustrações e crescimento no trabalho de redação e construção da presente pesquisa. Esta se apresentou, principalmente nos primórdios da construção da tese, uma conjugação de partes sem sentido, desconexas entre si. Assim pude me deparar com muitas perspectivas, livros, produções teóricas e pesquisas sobre TDAH e infância contemporânea. Isto é, apropriando-me dos conceitos de Melanie Klein, pude observar que neste início a posição esquizo-paranóide pareceu predominante, pois convivi com muitas partes aparentemente sem sentido e sem lógica.

O grande desejo é visualizar o trabalho pronto, único e coerente. Das partes, construir um todo, singular e fértil que possa oferecer um produto bom ao mundo. Porém, para se chegar a essa etapa final é preciso suportar muitas frustrações, renúncias e tristezas: ligar as partes que estão cindidas, tolerar a impotência de nunca alcançar o ideal perfeito, de ter um tempo finito e reduzido para realizar o seu objetivo.

No processo de superação da posição depressiva, um momento de dor e de muito esforço para todos, podemos visualizar os inúmeros pensamentos que nos atingem, que são involuntários e aparecem sem a nossa permissão. Podem ser pensamentos de cobranças, pessimistas, ou então fantasiosos e grandiosos. É necessário ter um equipamento mental capaz de conter os estímulos internos e externos que atravessam o pesquisador.

É também necessário um imenso investimento libidinal da dupla orientador-orientando, conforme Naffah Neto (2006, p.281-282):

Todo psicanalista que orienta dissertações e teses em psicanálise, em programas de pós-graduação, sabe que o aluno traz geralmente, como problema de pesquisa, algum tema bastante implicado em sua vida emocional e que se gasta bastante tempo nessa tarefa inicial de discriminar o sujeito e o objeto da pesquisa (que vêm bastante misturados). É essa implicação, entretanto, que mobiliza o desejo do pesquisador e o impulsiona rumo à investigação [...]

Isto é, ambos os processos descritos por Freud (1911/1996), primário e secundário, devem estar interligados na produção de um trabalho científico com o método psicanalítico: o desejo e o prazer impulsionando a busca e, um forte princípio da realidade tornando possível a gestação da pesquisa.

Ainda Naffah Neto (2006, p.284) aponta os cuidados que devemos ter para que o nosso trabalho não se torne uma mera repetição de arcaísmos teóricos. Pois seja, precisamos “[...] trabalhar num estado de *suspensão teórica*, permitindo que as interpretações sejam sempre sugeridas pelos próprios acontecimentos clínicos e tecidas cuidadosamente ao longo da escuta [...]”. (Grifos do autor).

É importante registrar que a pesquisa relatada a seguir procurou manter esse estado de *suspensão teórica* sugerido por Naffah Neto (2006). Além disso, considere também as sugestões de Lino da Silva (1993), que salientou a importância de iniciar a investigação renunciando aos conhecimentos prévios. Ou seja, antes de ir a campo procurei fazer uma breve revisão bibliográfica e, iniciada a pesquisa, construí um tempo de apreensão do desconhecido e de contato íntimo com os participantes deste trabalho.

Finalmente, não podemos desconsiderar as orientações de Bion (1967/1991) acerca da atitude do psicanalista diante do desconhecido. Segundo o autor, o acesso ao desconhecido somente poderá acontecer mediante a abstenção da memória e do desejo do analista. Em cada encontro, somente o presente deve imperar, exclui-se a história e o futuro e, deste modo, a memória compreendida como a recordação de fatos passados, precisa ser evitada, assim como os desejos de resultados e de compreensão também devem ser abolidos.

Não é fácil compreender e colocar em prática essas sugestões. Uma revisão bibliográfica sumária, a opacidade de memória e desejo; tais orientações, se forem mal compreendidas, podem fazer o pesquisador resvalar para a banalização de seu trabalho. Bion (2006) afirma que o esquecimento é tão ruim quanto a

memória, visto que ambos estão carregados de elementos perceptíveis aos sentidos. Desta forma, para termos acesso à realidade psíquica, precisamos desenvolver capacidades que não obstruam a nossa aptidão mental e nossa capacidade de intuir. O psicanalista lida com elementos que não podem ser “sentidos”:

O psicanalista lida com realizações que não podem ser vistas nem tocadas; a ansiedade não tem forma, cor, odor, ou som. Proponho, por conveniência, usar o termo “intuir” como um paralelo, no âmbito do psicanalista, ao uso de “ver”, “tocar”, “cheirar” e “escutar” (BION, 2006, p. 24).

Podemos observar, por meio dessas orientações, o quanto a psicanálise afasta-se do modelo positivista de ciência, do modelo médico. Este depende da experiência sensorial, mas o psicanalista - diferentemente do médico - investiga a realidade psíquica. É uma forma de investigação comprometida com o pensamento modernista, questionador do projeto da modernidade; uma forma de investigação que, nas palavras de Mezan (2002), tem também a responsabilidade ética e intelectual de procurar contribuir para a compreensão e, se possível, para a modificação das condições culturais e sociais em que vivemos.

Vale, enfim, salientar - que partindo desses pressupostos - passei praticamente um ano investindo na pesquisa e em minha análise pessoal, desta forma, o trabalho mais denso de leitura e escrita foi realizado após a conclusão da pesquisa. Assim, seguindo as orientações dos autores citados, passemos agora para a descrição do trabalho de campo, a fim de posteriormente enveredar para a escuta dos sujeitos envolvidos e, finalmente, adentrar nos ingredientes principais da nossa “iguaria”.

4. O PSICODIAGNÓSTICO COMO INSTRUMENTO DE PESQUISA: NOTAS SOBRE A TRAJETÓRIA ESCOLHIDA

*Dor, tormento, ardor
O que eu estou sentindo?
Qual o sentido disso?
É uma dor fabricada, inventada
Masoquista, desamparada,
Ou simplesmente é a dor
Do Viver;
Do Amor;
E do Fazer?
(SCHICOTTI, R.V.O.)*

Neste capítulo pretendo descrever os principais instrumentos que foram selecionados para realizar o trabalho de psicodiagnóstico com as crianças diagnosticadas com TDAH. Como o próprio título diz, o processo psicodiagnóstico realizado foi utilizado principalmente como instrumento de pesquisa. Neste sentido, o presente capítulo irá esclarecer alguns detalhes importantes para a contextualização deste trabalho: o local da pesquisa, seus participantes e o modo como a investigação foi levada a termo. Serão também esclarecidas as várias técnicas e procedimentos que auxiliaram para que meus objetivos pudessem ser atingidos neste trabalho de doutoramento.

4.1. O LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada em uma cidade do interior paulista de cerca de 24 mil habitantes, cujas atividades rurícolas constituem a força propulsora da economia. Esta é sustentada basicamente pela Agricultura e pela Pecuária. Nesta cidade ocupei o cargo de psicóloga, atuando na condição de funcionária pública municipal.

O trabalho de campo efetuou-se no Ambulatório de Saúde Mental, setor do Departamento de Saúde, Saneamento e Bem Estar Social do município. O Ambulatório de Saúde Mental realiza um trabalho preventivo e curativo, atendendo crianças e adultos, possui uma equipe técnica composta por um psiquiatra, uma

neuropediatra, duas assistentes sociais e quatro psicólogos. Estes, devido à falta de salas de atendimento na Unidade Básica de Saúde, estão locados (diferentemente dos outros profissionais da equipe técnica) em uma casa alugada pelo município. Nesta casa, trabalham: os quatro psicólogos, a equipe do SESMT (Serviço Especializado em Medicina do Trabalho) e os profissionais da Vigilância Sanitária. Deste modo, fiquei locada neste espaço, mais exatamente, ocupando a sala dos outros profissionais da psicologia quando os mesmos não estavam presentes. Além dos psicólogos, a médica do trabalho também atuou neste local em horários diferenciados.

É importante salientar que, apesar de ser funcionária pública do município, o Departamento de Saúde não era o meu setor de atuação. Deste modo, para realizar a pesquisa, precisei pedir a autorização da gestora da saúde e do chefe do meu departamento, para que eu pudesse ocupar esse espaço em horários diferenciados ao meu local de trabalho que estava ligado à área da Assistência Social. Tendo sido autorizada por todos os responsáveis e inclusive pelo Comitê de Ética de Pesquisa, iniciei o trabalho de campo que durou cerca de um ano, tendo, em média, um a dois encontros semanais com cada criança. Assim, fazer parte da rede de trabalhadores deste município facilitou o acesso aos vários profissionais que possibilitaram o encaminhamento das crianças ou que tinham informações sobre elas: psicólogos escolares, psicólogos clínicos, professores, instrutores de oficinas socioeducativas, entre outros.

No contexto espaço-temporal onde foi concretizada a pesquisa, o atendimento psicológico dirigido à criança e ao adolescente é geralmente realizado por meio de encaminhamentos médicos, do Conselho Tutelar, do Fórum, das escolas e de outras instituições. De acordo com as necessidades individuais, a criança ou o adolescente são direcionados às terapias individuais ou de grupos, realizadas na própria instituição e coordenadas pelos psicólogos que atuam na casa. Além das psicoterapias individuais e de grupos, os profissionais trabalham com psicoterapia de casal e serviço de orientação de pais. A média de atendimento de crianças, adolescentes e adultos pela equipe de psicologia é de cerca de 60 pessoas por semana.

Fiquei muito livre para estabelecer meus horários com todos os envolvidos na pesquisa: pais, crianças e professores. Posso até dizer que pude “subverter” as normas estabelecidas, visto que neste sistema público os psicólogos

ficavam restritos a realizar suas sessões em encontros de cerca de meia hora. Assim, organizei-me com os pacientes de modo a atendê-los em encontros semanais com duração de cerca de 50 minutos.

Também os recursos para o psicodiagnóstico infantil eram escassos, o que me obrigou a providenciar os materiais e brinquedos necessários. Cheguei a solicitar para a gestora da saúde tais recursos para realizar o trabalho com as crianças, porém não obtive resposta. Esse fato motivou-me a providenciar uma caixa lúdica privativa de uso comum para todos os pacientes da pesquisa.

4.2. PARTICIPANTES DA PESQUISA

Durante o trabalho de campo, atendi as crianças que foram direcionadas ao serviço de psicologia, todas oriundas de escolas públicas. Foram atendidos sete casos: três relativos às queixas de dificuldades de aprendizagem, sem o diagnóstico de TDAH e quatro casos de crianças com o diagnóstico de TDAH. Houve desistência de dois meninos. Um encaminhado em decorrência de dificuldades de aprendizado, sem diagnóstico de TDAH e outro com esse diagnóstico. É importante explicitar que não houve preferência por sexo, entretanto a grande maioria das crianças encaminhadas era do sexo masculino, entre os sete atendidos, havia somente uma menina, a qual tinha o diagnóstico de TDAH.

Inicialmente havia o desejo de trabalhar com as crianças em dois grupos: um com queixas escolares sem o diagnóstico do referido transtorno e outro grupo com o diagnóstico. Eu queria comparar ambos os grupos e investigar se havia diferenças significativas – relacionadas aos significados dos sintomas, aos processos psíquicos e às dinâmicas familiares e escolares – entre eles. Entretanto percebi que a grande maioria das crianças encaminhadas devido às queixas escolares tinha em seus relatórios e encaminhamentos sempre alguma queixa relacionada à sintomatologia do TDAH: a desatenção, a hiperatividade ou a impulsividade, principalmente o primeiro sintoma. Como vimos nos primeiros capítulos, é muito difícil a separação entre os diagnósticos de TDAH e Transtornos de Aprendizagem, ambas as histórias se confundem, resvalando em muitas polêmicas e contradições.

Além disso, ampliar e esclarecer instrumentos e estratégias de diagnóstico de TDAH, de modo algum fizeram parte dos meus anseios neste trabalho de doutoramento. Pelo contrário, esta tese procura também questionar esses diagnósticos que, na grande maioria das vezes, servem prioritariamente para construir uma identidade psicopatológica/cristalizada.

Para Vorcaro (2011, p.219), o diagnóstico psiquiátrico que compara as manifestações da criança com as manifestações catalogadas, transformando-as a partir daí em um código, constrói também uma identidade psicopatológica. Deste modo, a criança pode ficar reduzida “[...] a uma linhagem médica que lhe é alheia e não contempla seus laços primários”. Isto, de acordo com a autora, pode atingir a subjetivação da criança, na medida em que esta passa a ser reconhecida pelos seus agentes parentais e pelos agentes de seu tratamento por meio de um distúrbio:

Afinal, a estruturação do sujeito é o percurso desde o momento em que um adulto atribui significação para o organismo neonato, até o momento em que ela mesma, a criança, pode evocar e referir-se à sua significância, num laço social. Se seu maior atributo de reconhecimento é a insuficiência, ele pode solapar as operações regidas pela significação que constituem a estruturação subjetiva (VORCARO, 2011, p. 228).

Na mesma linha de pensamento, Janin (2010a) também nos orienta que detectar uma patologia ou um sofrimento psíquico não é a mesma coisa que apresentar um transtorno como uma marca inalterável, pois as manifestações das crianças podem ser efeitos do infantil, do psiquismo dos seus pais, avós, irmãos e também das situações sociais. A autora afirma que não há um diagnóstico único de TDAH, mas sim diversos transtornos de atenção e motricidade que são multideterminados.

Assim o que importa em um processo de investigação não é oferecer um rótulo psiquiátrico, mas sim compreender quais são as determinações a que os sintomas das crianças estão respondendo. Neste sentido, organizei-me de modo a estudar somente os casos de crianças que receberam o diagnóstico médico de TDAH, não para aprimorar formas de diagnóstico, mas sim para escutar a criança e as outras pessoas de seu entorno.

No contexto onde foi realizada a pesquisa, frequentemente as crianças que recebiam esse diagnóstico primeiramente passavam pelas psicólogas escolares

que fazem uma pré-avaliação. Estas levantavam a suspeita do TDAH e direcionavam para o neuropediatra que confirma ou não a hipótese das psicólogas. Após este trâmite, elas eram encaminhadas para o tratamento medicamentoso e psicoterápico. No início da minha pesquisa, todos os atendimentos psicoterápicos eram direcionados para o Ambulatório de Saúde Mental. Posteriormente houve uma mudança e o município criou um centro especializado só para as crianças que tinham queixas escolares e, a partir daí, as crianças com diagnóstico de TDAH passaram a ser encaminhadas para esse lugar.

Todavia, no período em que atendi, pude encontrar esses encaminhamentos no Ambulatório de Saúde Mental e, no final, dos sete casos atendidos, foram escolhidos somente três que receberam avaliação médica e psicológica. Além disso, outro ponto em comum entre as crianças atendidas foi o fato de todas serem medicadas com o metilfenidato e, estarem na faixa etária de sete a dez anos. Também ressalto que não levei em consideração a classe social dos sujeitos, porém a maioria das famílias era de classe média baixa. Seguem abaixo as tabelas com os dados principais das crianças. A primeira tabela expõe o total de casos atendidos e a segunda reflete os casos que foram escolhidos para análise:

TOTAL DE CRIANÇAS ATENDIDAS

Pacientes	Sexo	Idade	Diagnóstico	Psicodiagnóstico
Wendy	Feminino	Sete	TDAH	Concluído
Miguel	Masculino	Nove	TDAH	Concluído
João	Masculino	Nove	TDAH	Incompleto
Peter	Masculino	Nove	TDAH	Concluído
Pedro	Masculino	Nove	Dificuldades de Aprendiz.	Concluído
Jonas	Masculino	Dez	Dificuldades de Aprendiz.	Incompleto
Carlos	Masculino	Nove	Dificuldades de Aprendiz.	Concluído

TOTAL DE CASOS ANALISADOS

Pacientes	Sexo	Idade	Diagnóstico	Psicodiagnóstico
Wendy	Feminino	Sete	TDAH- tipo desatento	Concluído
Miguel	Masculino	Nove	TDAH- tipo hiperativo-impulsivo	Concluído
João	Masculino	Nove	TDAH- tipo hiperativo-impulsivo	Incompleto

4.3. INSTRUMENTOS E TÉCNICAS

Em todos os casos, procurei apropriar-me dos procedimentos abaixo, procurando utilizá-los no processo psicodiagnóstico. Para efeito didático, eles estão organizados numericamente:

- 1) Entrevista com os pais: queixa livre e anamnese;
- 2) Ludodiagnóstico com a criança;
- 3) Teste das Matrizes Progressivas Coloridas de Raven;
- 4) Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema;
- 5) Entrevista Familiar Diagnóstica (EFD);
- 6) Entrevista semidirigida com os professores;
- 7) Entrevista devolutiva

Elegi os procedimentos acima, característicos do psicodiagnóstico, porque objetivava conhecer um pouco do mundo interno das crianças, seus aspectos cognitivos e emocionais, bem como os psicodinamismos familiares. Todavia, convém aqui esclarecer que o trabalho de psicodiagnóstico não obedeceu uma sequência rígida de procedimentos, sem considerar a singularidade dos casos. Como veremos no próximo capítulo, o caso de João não pôde ser concluído e sua professora não pôde ser entrevistada. Desta forma, para complementar os dados relativos ao processo de escolarização, vali-me de fichas de acompanhamento escolar preenchidas pela sua professora e conversei informalmente com educadores que o atendiam em oficinas socioeducativas em um projeto social.

Tendo esclarecido esse ponto, passarei agora para a descrição dos instrumentos, iniciando pelas entrevistas. Estas foram utilizadas em três momentos

do trabalho de campo: com os pais da criança, com a família e com os professores. Ou seja, trabalhei com entrevistas semidirigidas com os pais isoladamente, e também com os docentes. Posteriormente, abordarei a Entrevista Familiar Diagnóstica (EFD), a qual foi utilizada somente com a família.

Segundo Ocampo; Arzeno (1985, p.23):

Uma entrevista é semidirigida quando o paciente tem liberdade para expor seus problemas começando por onde preferir e incluindo o que desejar. Isto é, quando permite que o campo psicológico configurado pelo entrevistador e o paciente se estruture em função de vetores assinalados pelo último.

Com efeito, esta forma de entrevista permite captar o que o paciente nos transfere, bem como o seu modo de vinculação com o outro. De acordo com as autoras acima, a entrevista semidirigida difere da entrevista totalmente livre porque o entrevistador pode intervir com as seguintes finalidades: para assegurar o cumprimento dos objetivos da entrevista, para indagar lacunas, contradições, ambigüidades e verbalizações “obscuras” nas informações fornecidas. Também a anamnese - entrevista que visa colher dados sobre a história de vida e desenvolvimento da criança - foi realizada com a técnica semidirigida.

Procurei realizar cerca de dois a três encontros com ambos os pais da criança, a fim de concluir os objetivos da escuta da queixa livre e da coleta de dados da anamnese. Todavia, na maioria dos casos, não foi possível a presença do pai devido a questões das mais diversas naturezas: trabalho, viagem, separação ou até mesmo ausência da participação paterna na vida do filho.

Durante as entrevistas com os pais, não usei o gravador a fim de facilitar o processo de transferência. Já com as professoras¹⁰, utilizei esse equipamento e construí um roteiro pré-estabelecido. Isto é, foi entrevistada uma professora de cada uma das crianças que participou do processo psicodiagnóstico, o critério de escolha dessa educadora foi o tempo de convivência com a criança em sala de aula e a aceitação em participar da pesquisa. O último critério valeu para todos os participantes deste trabalho, visto que os adultos assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido.

Com relação ao roteiro construído, é importante esclarecer que somente consegui utilizá-lo com uma das professoras que permitiu a gravação. Nos

¹⁰ Optou-se pela utilização do gênero feminino, visto que, todos os docentes, eram mulheres.

outros dois casos isto não foi possível porque em uma situação a professora não aceitou uma entrevista formalizada e então tivemos apenas uma conversa sobre a criança. Já no caso de João, a família desistiu do atendimento simultaneamente ao período em que a psicóloga escolar (responsável pelo seu encaminhamento ao Ambulatório) auxiliou na construção de um atendimento especializado às crianças da rede e, após as sucessivas faltas no atendimento comigo, João foi direcionado para o novo serviço oferecido. Deste modo, não houve tempo para entrevistar formalmente uma professora dele, mas consegui colher alguns dados de alguns educadores que trabalharam com ele.

Tendo em vista estas considerações, torna-se mais fácil explicitar que neste trabalho não realizei uma análise detalhada das questões do Roteiro de Entrevista. As falas das educadoras foram compreendidas somente como dados complementares do psicodiagnóstico, considerando a sua importância para a compreensão da queixa escolar.

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS PROFESSORES

- 1) Fale-me sobre a criança, como apareceram as primeiras dificuldades na escola?
- 2) De que modo se manifestam as dificuldades da criança em relação ao comportamento e a aprendizagem? Como essas dificuldades costumam aparecer?
- 3) Como a criança se relaciona com você e com os outros colegas?
- 4) Como você percebe a família da criança? A família parece presente na escola? Os familiares a acompanham?
- 5) Você já tentou alguma estratégia diferenciada de aprendizagem ou de relacionamento com seu aluno/a? A criança possui alguma forma peculiar de aprender?
- 6) Como a criança é percebida na escola? Há comentários de outros professores ou funcionários? Como a criança se comporta no recreio?
- 7) Quais seriam as mudanças necessárias para o bom aproveitamento escolar? Ouvir as sugestões do professor/a.
- 8) Que condições de trabalho são oferecidas a você para lidar com os desafios que aparecem em seu cotidiano?
- 9) Fale-me sobre a sua formação. Você acha que ela contribuiu com a sua prática?

Com relação à Entrevista Familiar Diagnóstica (EFD) podemos afirmar que é uma técnica bastante diferenciada que visa compreender o paciente e sua dinâmica familiar. É importante destacar que a clínica psicanalítica ou a pesquisa com crianças, no nosso caso, apresenta, segundo Zornig (2000), algumas peculiaridades. Esta autora afirma que a criança deve ser colocada em uma posição de sujeito perante sua história, de modo que devemos escutar suas produções fantasmáticas. Entretanto, não devemos desconsiderar sua inserção no discurso parental e social, deste modo, pretendemos, a partir da EFD, verificar o lugar que a criança ocupa em sua família.

Rojas (2009) nos esclarece que a família é uma organização aberta e complexa, articulada na rede sujeito/vínculo/cultura e que tem um papel fundamental na constituição do psiquismo. Segundo a autora é a partir da organização familiar que se coloca em jogo, de modo privilegiado, duas operações que são próprias desta instituição: continência e interdição, ou proteção e corte. Além disso, a família também vai atuar para a instalação da renúncia pulsional: a renúncia ao incesto e à violência.

Neste sentido, tendo em vista a grande importância que o estudo da família possui para o psiquismo infantil, optei por trabalhar com a EFD. Esta foi conduzida nos moldes de Soifer (1989), Souza (1995) e Watarai (2009) que se apropriaram de tal procedimento com a finalidade de observar como os pais e os filhos se relacionam dentro de um espaço fabricado pelo entrevistador. Deste modo, foi oferecida à família uma sala com os seguintes materiais: casa de madeira vazada, bonecos anatômicos em tecido, brinquedos diversos, jogos pedagógicos, papéis e lápis de cor.

Além desses materiais, procurei colocar ao redor da casa de brinquedo várias cadeiras, conforme o número de pessoas da família. Estas puderam manusear os materiais da forma como quiseram e assim ocupei a função de observadora participante, registrando os acontecimentos.

Tendo descrito a forma como foram realizadas as entrevistas, comentarei agora os procedimentos empregados com as crianças: o ludodiagnóstico, o Procedimento Desenhos-Estórias com Tema e o teste de avaliação intelectual.

Costuma-se utilizar o ludodiagnóstico ou hora de jogo diagnóstica no primeiro contato individual com a criança, ocorrendo logo após as entrevistas

semidirigidas com os pais. Seguindo essa tradição, foi oferecida à criança a possibilidade de brincar em um contexto temporal e espacial delimitado, onde foi possível ter contato com os seguintes materiais: massa de modelar, lápis, papel, lápis de cor, borracha, cola, alguns bonecos pequenos, paninhos, tesouras, barbante, carrinhos, figuras de animais e utensílios de cozinha.

Segundo Efron et al (1981), a diferença básica entre a hora de jogo diagnóstica e a hora de jogo terapêutica é que a primeira opera como uma unidade, englobando um processo que tem começo, meio e fim. Já a hora de jogo terapêutica é um elo a mais dentro do processo psicoterapêutico, visto que o terapeuta intervém por meio das interpretações e tem, portanto, um papel mais ativo. Efron et al (1981) esclarecem que o psicólogo não pode interpretar na hora de jogo diagnóstica, pois a função deste profissional, nesse momento, deve estar mais voltada para a observação, a compreensão e a cooperação com a criança.

O Procedimento Desenhos-Estórias com Tema, assim como o ludodiagnóstico, é uma forma de investigação da personalidade. Contudo, no primeiro instrumento, o sujeito fica focalizado nas atividades de desenhar e inventar estórias, enquanto que na hora de jogo diagnóstica, a criança fica livre para realizar qualquer atividade.

O Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema foi desenvolvido por Aiello-Vaisberg (1997) a partir do Procedimento de Desenhos-Estórias de Walter Trinca (2003). Este propõe que o sujeito faça uma série de cinco desenhos livres (cromáticos ou acromáticos), cada um deles representando o estímulo para que o sujeito conte uma estória e a associe livremente logo após o término de cada desenho. Assim, após concluir cada desenho-estória, o examinando deverá fornecer esclarecimentos (fase de “inquérito”) e o título da estória.

Baseei-me no procedimento acima e principalmente na proposta de Aiello-Vaisberg (1997) e solicitei às crianças que fizessem um desenho temático. Para tanto ofereci também os seguintes materiais: lápis de cor, lápis preto e folha sulfite branca. Posteriormente, foi pedido que as crianças desenhassem uma pessoa com dificuldades na escola e, após o término do desenho e da estória, foi também solicitado que escolhessem um título para a produção. A escolha do desenho temático justifica-se pela maior facilidade que pode proporcionar ao processo interpretativo, na medida em que permite focalizar mais claramente os objetivos desta pesquisa.

Todos os instrumentos que foram apontados inicialmente (ludodiagnóstico, Procedimento Desenhos-Estórias com Tema, EFD) baseiam-se nos conhecimentos adquiridos pela psicanálise. Como vimos, esta tem como objeto o inconsciente, cujo acesso é obtido por meio de técnicas que lhe são peculiares, tais como a livre associação e a atenção flutuante (LINO DA SILVA, 1993). Todavia, no trabalho com crianças o processo de investigação psicanalítico pode ocorrer, tendo em vista as descobertas de Melanie Klein, por meio de jogos e desenhos que são compreendidos por esta autora como associações livres.

Klein (1970) afirma que os métodos do jogo preservam todos os princípios da psicanálise propostos por Freud (fatos da transferência e da resistência, compulsão para a repetição, recalque, etc). Assim, a única diferença entre a técnica do brinquedo e a técnica clássica, é que a primeira se adapta melhor à mente da criança.

Ainda, tendo em vista que trabalhei com crianças que também possuíam dificuldades no processo de aprendizagem, considerei conveniente utilizar o Teste das Matrizes Progressivas Coloridas de Raven, objetivando assim avaliar os aspectos cognitivos dos sujeitos, mais especificamente o fator “g” (fator geral). Este, segundo Spearman (apud ANGELINI et al., 1999, p. 3), possui dois componentes: a capacidade edutiva que consiste em “[...] extrair novos *insights* e informações daquilo que já é percebido ou conhecido” e, a atividade mental reprodutiva que inclui a lembrança de materiais que fazem parte de uma base cultural.

O Teste das Matrizes Progressivas Coloridas de Raven foi interessante para esta pesquisa, visto que avalia apenas os constructos não verbais, isto é, a capacidade edutiva da criança. Esse teste, neste contexto, foi importante porque pôde contemplar também as crianças que não eram alfabetizadas.

Além disso, é importante destacar que, após a conclusão de cada psicodiagnóstico, foi dada uma devolutiva para a família, criança e educadores responsáveis, buscando também oferecer os encaminhamentos necessários para cada caso, por exemplo: terapia individual ou de grupo, orientação de pais e professores, etc.

Todos os pais ficaram cientes de que o processo psicodiagnóstico foi realizado com o objetivo principal de pesquisa, entretanto, responsabilizei-me por oferecer ao final do processo um espaço de orientação e diálogo, tanto com a família, quanto com a escola da criança. Penso também que tive a oportunidade de

problematizar com os adultos responsáveis pela criança (família e escola) a construção e os efeitos do diagnóstico de TDAH. Isto foi muito difícil de realizar com os três casos medicados, pois o rótulo já estava institucionalizado, mas a outra criança atendida (cujo caso não será estudado aqui, pois tinha apenas a suspeita da psicóloga), foi mais fácil retirá-la do circuito da medicalização, na medida em que pude oferecer outras possibilidades de escuta e intervenção para a queixa escolar.

Tsu (1984) esclarece que fazer um psicodiagnóstico infantil é uma tarefa muito complexa, visto que as crianças em nossa sociedade não são indivíduos psicossocialmente autônomos. Elas podem estar expressando por meio de seu sofrimento psíquico dificuldades que não são somente suas, mas de toda uma rede social:

A ajuda psicológica é buscada em função da criança, mas o problema a ser focalizado pelo profissional transcende a individualidade infantil. O que se focaliza, então, é um todo complexo, uma dinâmica de relacionamento entre interioridades (TSU, 1984, p.39).

Com efeito, todos os instrumentos que foram utilizados neste trabalho foram também compreendidos como artifícios que facilitaram a captação do mundo interno e dos fenômenos relacionais. Os aspectos que podem ser captados pelo psicodiagnóstico, como por exemplo, a inteligência e a agressividade, não devem ser investigadas como uma qualidade interior que aflora em alguns momentos, mas sim como emergem no campo relacional.

A ênfase na investigação da emergência dos fenômenos nas condições relacionais em que ocorrem tem por princípio considerar a transferência como uma questão fundamental do processo psicodiagnóstico do tipo compreensivo que, segundo Trinca (1984, p.19), “é uma síntese dinâmica e estrutural da vida psíquica”. Deste modo, consideraram-se as crianças, cujas histórias e vidas serão relatadas a seguir, não como meros objetos de investigação que foram submetidos a um exame psicológico, mas sim como pessoas que afetam e são afetadas pelas micro e macro relações que permeiam o mundo contemporâneo.

Assim, foram escolhidos como material de análise: as entrevistas, os jogos, os desenhos das crianças, os vínculos estabelecidos com os sujeitos e as leituras que foram realizadas. Mezan (2005, p.103) orienta-nos também que além da teoria consistir em uma espécie de bússola para o analista, outro aspecto

concernente a ela diz respeito a um trabalho de pensamento que ela propicia depois e a partir da experiência:

É o momento em que o analista já não se dirige ao seu paciente, já não deseja encontrar a interpretação adequada do que escutou, ou mesmo do que pensou a partir do escutado, mas busca dar conta em termos conceituais do modo pelo qual puderam se produzir tanto o que ouviu como o que o fez ouvir assim. Neste momento, a teoria tem por função vincular a singularidade do experimentado à universalidade dos conceitos, e no caso da psicanálise isto é realizado com a noção de *mecanismos psíquicos*. (grifos do autor)

A partir daí, segundo Mezan (2005), estamos adentrando no elo final de um processo. Assim, em cada caso procurei identificar as questões singulares que pertenciam à história de vida do sujeito, vinculando-as à universalidade dos conceitos. Por exemplo, na dinâmica familiar foram explicitados os psicodinamismos e vínculos familiares e sua possível influência na determinação dos sintomas. Na investigação do funcionamento psíquico da criança, analisei a forma de vinculação com o outro, ansiedades e defesas predominantes, a capacidade de simbolização. Com relação à escola, objetivei investigar principalmente o modo como o professor vivencia o seu ofício, como a criança é vista pelos professores, como estes descrevem seu comportamento e a forma peculiar de relacionamento com seus pares.

Deste modo, todo esse material foi pensado tendo como referenciais a psicanálise e as leituras que tratam do estudo da contemporaneidade. Além disso, realizei o trabalho interpretativo, de acordo com os temas/conteúdos/questões centrais que apareceram nos casos estudados, apropriando-me também do pensamento clínico utilizado no processo de integração dos dados do psicodiagnóstico (TRINCA; BECKER, 1984), visto que recorri a vários dos seus instrumentos. Desta forma, os significados predominantes foram identificados de acordo com as seguintes situações:

- a repetição e a intensidade com que os temas apareceram na relação com a criança, na dinâmica familiar e na escuta da professora;

- as questões e assuntos que mais mobilizaram a pesquisadora e os participantes da pesquisa;
- os sentimentos e formas de vinculação predominantes nas diversas relações que foram analisadas: pesquisadora-criança, pesquisadora-família, pesquisadora-professora, família-criança, professora-aluno(a), professora-família;
- queixas e dificuldades que mais apareceram;
- angústias e fantasias inconscientes predominantes nos sintomas apresentados pelas crianças.

5. OS SUJEITOS E SUAS HISTÓRIAS: ENTRE A FANTASIA E A REALIDADE

A medicina, já faz muito, não ouve o que o corpo diz. Não é mais capaz de decifrar as mensagens enigmáticas dos rostos. Na verdade, nem é preciso olhar para os olhos. Olha para os exames, examina os gráficos, apalpa os órgãos: mensagens bioquímicas, revelações elétricas, transparências de interiores ... Conhece a linguagem das máquinas; há muito desaprendeu a linguagem do rosto, dos olhos, da voz ... “Doutor, eu tenho medo ...” Aí as idéias se embaralham. Sobre isto nada se aprendeu [...] (ALVES, 1992, p.114).

Iniciarei agora o relato dos casos atendidos durante o processo psicodiagnóstico. Como já foi colocado, optei por estudar três casos de crianças medicadas e diagnosticadas pela psicologia e pela medicina, todas com TDAH. Os dois primeiros casos relatados a seguir tiveram seus psicodiagnósticos concluídos, porém o último não. Neste (o caso de João) vou descrever somente a entrevista realizada com a mãe, a hora lúdica e algumas colocações de educadores que trabalharam com ele. Também tive a oportunidade de observar João em um projeto social voltado para crianças e adolescentes, assim vou pontuar algumas questões que foram retiradas dessas observações.

Gostaria de esclarecer que, enquanto pensava nos nomes fictícios que daria aos participantes da pesquisa, pensei em nomes que pudessem representar os principais elementos deste trabalho, isto é, nomes que dessem indícios sobre o que foi apreendido e vivenciado durante a gestação desta tese. Neste sentido, apropriei-me da estória de Peter Pan e a Terra do Nunca, com personagens que não querem crescer, que estão protegidos no terreno da fantasia e da imaginação. Resolvi, então, rebatizar os participantes desta pesquisa com os nomes dos personagens da estória de Peter Pan: Wendy, Miguel e João.

5.1 - A HISTÓRIA DE WENDY

"Eu vi a cara da morte e ela estava viva" (CAZUZA)

Wendy foi encaminhada ao Serviço de Psicologia pela escola e pela médica do Programa de Saúde da Família. Na guia de referência consta que a criança possui o seguinte quadro clínico: Déficit de Atenção e Distúrbio Emocional. Iniciarei agora o relato das entrevistas com os pais da criança.

Por se tratar do primeiro contato com os participantes da pesquisa eu estava um pouco ansiosa. Li o ¹¹TCLE em voz alta com a mãe, sendo que a mesma acompanhou a minha leitura por meio de uma cópia que ficou com ela.

A mãe, que será aqui chamada de Rose, afirmou que havia compreendido a leitura e logo assinou concordando em participar da pesquisa. Então iniciamos a entrevista e perguntei se a escola havia encaminhado Wendy para o Serviço de Psicologia. Ela respondeu que sim, que a filha ficava nervosa para fazer as lições.

Rose pareceu-me verborrágica. Falava bastante, algumas vezes eu tinha que interromper sua fala para conseguir estabelecer um diálogo com ela. Uma das primeiras coisas que contou foi sobre o aborto espontâneo que sofreu havia poucas semanas. Coçava os olhos, chegou a perguntar-me se eu tinha prestado atenção nesse ato e também se eu tinha observado que seus olhos estavam inchados como de quem chorou muito. Seria o primeiro e único irmão de Wendy que neste momento tinha sete anos. A ansiedade da mãe era perceptível. Ela relatava diversos fatos sem muita demonstração de emoção. Por outro lado, mostrava-se simpática e preocupada com a filha.

Seus comentários iniciais também giraram em torno do marido, pai da Wendy. Contou que o mesmo *"foi criado igual batata: plantou, nasceu, cresceu sem muito limite"*.¹² A mãe dele era alcoólatra, engravidou de cinco gestações e ela abortou as cinco, somente ele conseguiu vingar. Pareceu-me que o marido, às vezes, discordava da forma como ela punha limites na filha.

¹¹ Todos os participantes adultos da pesquisa leram e concordaram com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o qual constava que os dados provenientes dos atendimentos, desde que resguardada a identidade dos sujeitos, poderiam ser utilizados para fins de pesquisa e ensino.

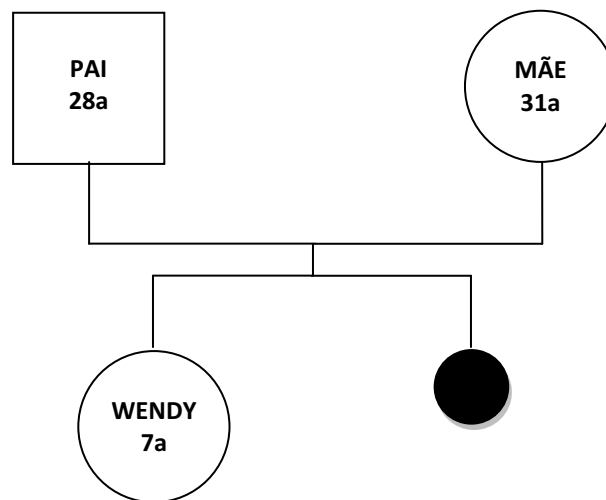
¹² Todas as falas dos sujeitos estão em itálico.

Várias críticas foram direcionadas ao marido que foi identificado como alguém que bebe todos os finais de semana. Segundo a mãe, a filha observa esse comportamento e, além disso, presencia algumas brigas que ocorrem entre o casal. Rose relata que costuma fazer a seguinte observação para o esposo: “*Você nasceu perfeito fisicamente, mas devido à sua mãe beber, faltou alguma coisa na sua cabeça [...]*”. Diz que o mesmo é filho único, não consegue ficar dentro de casa e assim anda pela cidade inteira. Percebi que Rose compara a filha ao pai, visto que o último nunca foi bem na escola. Ela relata que o pai, ao ser comunicado que a filha não interagiu com as outras crianças na escola, afirmou que isto era normal porque ele também era assim.

É interessante relatar ainda que neste primeiro encontro Wendy ficou aguardando na sala de espera. Ao final da sessão, decidi chamá-la na sala de atendimento para explicar que inicialmente conversaria com seus pais e, posteriormente, teríamos os nossos próprios encontros. Quando Wendy entrou na sala¹³, ela olhou para o guarda-roupa velho, embutido na parede que havia ali, e perguntou se era um caixão. Eu fiquei surpresa, respondi que não era isto e sim um guarda-roupa, posteriormente pensei que poderia ter investigado melhor o sentido de sua pergunta, mas ali no contexto do encontro com ela e a mãe não foi possível. Neste primeiro encontro com ambas, mãe e filha, veio em mim uma impressão de perceber uma mãe muito preocupada em corrigir a filha.

¹³ É importante lembrar que os psicólogos do município atuam em uma casa que foi alugada pela prefeitura, a qual aloca diversos departamentos da prefeitura: Departamento de Saúde, Vigilância Sanitária e Serviço Especializado em Medicina do Trabalho

5.1.1. COMPOSIÇÃO FAMILIAR



Legenda :

Aborto



5.1.2. A ANAMNESE COM OS PAIS

Durante todo o processo psicodiagnóstico, o pai de Wendy, que aqui será designado por Thomas, compareceu somente uma vez. Por mais que fosse convidado, não pôde comparecer na Entrevista Familiar Diagnóstica e nem na Entrevista de Devolutiva. Sempre havia algum motivo, geralmente associado às dificuldades para afastar-se do trabalho. Vou relatar agora o único encontro que tive com ele e a mãe.

Neste dia ambos compareceram para anamnese e foram atendidos por volta das 14h10 e permaneceram até as 15h25. A princípio Thomas ficou bastante quieto, por mais que eu e sua esposa o encorajássemos, ele não dizia uma palavra. Pareceu-me um homem bastante imaturo e maltratado pela vida, apesar de ser mais jovem do que a esposa. Esta disse: “*Peguei pra criar*” devido ao fato de ele ser três anos mais jovem.

Em um momento da entrevista, ele me perguntou se ali havia “*oculista*”. Investiguei, pois a pergunta parecia fora do contexto e assim percebi que ele estava olhando um quadro comumente utilizado em exames de acuidade visual que estava pregado na parede da sala. Desta forma, ele nos esclareceu que estava enxergando

“*embaçado*”. Esta fala do pai levou-me a refletir sobre suas dificuldades para entrar em contato ou mesmo enxergar sua própria história e a de sua família. Na entrevista mostrou-se muito passivo, chegando a ser inexpressivo, deixando que a esposa falasse praticamente sozinha.

Durante a anamnese chamou-me a atenção que a criança nasceu diferente dos pais, principalmente do pai - que é negro. Ela nasceu branca com olhos esverdeados, depois, segundo a mãe, ficou com os olhos cor de mel, “*Parecia filho de rico*”, ela verbalizou e assim imediatamente complementou que o pai chegou a duvidar de sua paternidade. A mãe justificou que na família dela há pessoas muito claras, apesar de ela também ser morena.

Outro assunto que apareceu foi a ausência do pai quando a menina tinha cerca de quatro anos. Neste período ele foi trabalhar em outra cidade, ficando ausente de casa durante um ano, todavia vinha visitar a família mensalmente. Na entrevista, percebi que existia possibilidade de ele trabalhar fora novamente e a esposa não pareceu muito satisfeita com essa perspectiva.

Enquanto Rose foi ao banheiro, Thomas falou que ela não tinha muita paciência com a filha. Também contou sobre a própria infância que não foi boa, pois a mãe bebia e ele não teve pai, foi criado pelos “*outros*”: a tia e os vizinhos. Hoje, de acordo com ele, a mãe dele não bebe mais, porém vive dependente de remédios e quase não é possível entender o que ela diz.

Pude perceber em sua história suas próprias dificuldades para amadurecer e exercer sua função paterna. Após essa sessão, não consegui mais vê-lo e, em vários momentos do psicodiagnóstico, ficou bastante presente a solidão e a conseqüente fixação de mãe e filha.

Outra questão observada na anamnese foi a dificuldade com o desmame. Rose relatou que “*passou muito nervoso*” na gravidez, visto que tinha “*pedra na vesícula*” e não podia operar até que Wendy nascesse. Assim, aos oito meses da filha, Rose foi submetida à cirurgia, fato que, segundo ela, quase a levou a morte, pois houve complicações no momento da operação. Pude constatar, por meio do relato de Rose, que foi um período de grande sofrimento para ela, visto que sentiu muita dor durante a gravidez e no período de amamentação da filha. Além disso, Rose também descobriu uma anemia neste período, fato que levou a suspeitar que a anemia prejudicou a cirurgia. Registrei o seguinte comentário: “*A minha anemia passava pra ela. Já era pouco o que eu comia, eu comia pouco*”

porque atacava a dor.” Fiquei com a impressão de que a amamentação durante os oito meses de Wendy tirou-lhe o pouco que tinha de energia e alimento para si mesma. Também o desmame parece que foi acelerado devido à eminência da cirurgia. Ela contou que demorou uma semana para tirar o peito e substituí-lo pela mamadeira. Rose relatou “*que foi uma luta!*” e que Wendy “*chorava até!*”. A filha queria bater na mamadeira e assim para conseguir alimentá-la e evitar que batesse na mamadeira, a mãe segurava e prendia a mãozinha dela em seu corpo. Logo depois, a mãe foi para o hospital, ficando cerca de uma semana longe de Wendy, neste período ela foi cuidada pela avó.

De acordo com a mãe, o desenvolvimento de Wendy, excluindo o período do desmame ocorreu, sem maiores incidentes. Entretanto, algo que também chamou atenção diz respeito ao sono da criança. Rose relata que, às vezes, Wendy parece fazer as coisas dormindo, isto é, quando muito sonolenta, ela não lembra do que fez, como, por exemplo lembrar-se de que saiu quase dormindo do sofá e foi para a cama. Ou ainda, que saiu sonolenta da casa da vizinha com a mãe e voltou para casa. A mãe esclarece, após a minha pergunta, que Wendy não é sonâmbula. Também questionei se esta sonolência não estava relacionada com algum medicamento. Ela respondeu que não, que antes da medicação ela já agia assim. Neste ínterim, Rose esclareceu que a filha começou a tomar Imipramina em novembro de 2010 e Ritalina após fevereiro de 2011¹⁴.

Rose também contou que aos quatro anos (nesta época já ia para creche e o pai trabalhava fora) Wendy tinha pesadelos. De acordo com o relato da mãe, as duas dormiam juntas porque o pai não estava na casa e porque ela mesma não se sentia muito segura na casa onde moravam, pois os cômodos da casa ficavam no fundo, distantes da rua e perto de um pasto. Entretanto, desde que o pai voltou, Wendy não dormia mais na cama dos pais. É interessante observar que, de acordo com o relato da mãe, a criança chupa o dedo desde os quatro anos.

Quanto ao desenvolvimento psicomotor, registrei os seguintes aspectos: Wendy engatinhou e andou quando tinha um ano e um mês, mais ou menos. Ela usou andador e fralda de pano. A mãe relata que não houve dificuldades na educação da higiene da criança e nem com o controle de seu intestino, visto que com um ano já não usava mais nenhuma fralda. Todavia a mãe relata como um

¹⁴ É importante esclarecer que a anamnese foi realizada no período de março de 2011.

período “ruim” a época em que a criança foi para creche. Wendy tinha cerca de dois anos e chorou quase três meses porque não queria ir. Rose tentava dialogar com ela, explicando que “*era preciso ficar*”, pois ela precisava trabalhar para auxiliar no orçamento da casa, mas a situação era percebida “*como se fosse um abandono*”.

Como já foi citado anteriormente, devido ao fato de a mãe ser bastante prolixa durante a entrevista, senti a necessidade de marcar mais um encontro para finalizar a anamnese. Isto foi importante porque pude ter acesso a dados importantes sobre a dinâmica familiar, principalmente em relação ao estado de saúde da mãe. Esta chegou, em uma sessão, apresentando uma fisionomia bastante abatida. Deste modo, explicou-me que foi detectada em seus exames atuais uma forte anemia, a tal ponto que tivera que tomar sangue. Ela já havia relatado que, após o recente aborto, sua menstruação não parava de vir, todavia Rose parecia se recuperar, já estava trabalhando normalmente e nos encontros comigo demonstrava estar bem de saúde.

O que me chamou atenção é que a gravidade de seu estado só foi percebida pelo resultado dos exames, isto é, Rose trabalhava normalmente sem nenhum sintoma ou queixa mais específica. Ela relatou que, a médica viu que seus exames revelaram uma forte anemia, ficou bastante admirada pelo fato de ela estar realizando seus afazeres normalmente. Além de ter que tomar sangue, Rose foi submetida a outra curetagem. Ela também relatou, após eu questionar se ela fazia seus hemogramas regularmente, que depois do nascimento de Wendy (período em que foi submetida à uma cirurgia da vesícula e também foi constatada uma anemia) nunca mais realizou um exame de sangue.

Seu relato e aspecto físico provocaram em mim preocupação, cuidado e um receio de que estivesse com alguma doença grave. Pareceu-me também que Rose tinha pouca percepção de seu próprio corpo, visto que não conseguiu dar-se conta de sua fragilidade física ou de seu adoecimento.

5.1.3. A HORA DE JOGO DIAGNÓSTICA

Quando fui buscar Wendy na sala de espera, ela estava com sua babá e chupava o dedo. Cerca de três vezes por semana Wendy ficava meio-período na casa de uma pessoa, visto que sua mãe trabalhava fora. Rose trabalhava em casa

de família, mas não levava a filha com ela. Então, algumas vezes Wendy ficava com a babá e nos outros dias ia para um projeto do município.

Levei Wendy até a sala e, assim que entrou, viu os brinquedos e perguntou se eu estava brincando com eles. Respondi que os brinquedos eram para ela, daí sentamos nas poltronas, uma de frente para outra e eu lhe expliquei que ela estava ali para eu conhecê-la e procurar compreender porque ela estava apresentando algumas dificuldades na escola. Ela então comentou que sua professora fica na sua frente, assim ela não enxerga direito a lousa e - quando a professora termina de escrever - a lousa está cheia.

Sentamos no chão. Logo ela me dá o dominó de fazer frases e diz que aquilo era para eu brincar. Wendy vai pegando os objetos que estão no chão. Também havia brinquedos sobre a mesa. No chão estavam o avião e os carrinhos de madeira, apetrechos de médico, jogos diversos, animais selvagens e domésticos e os utensílios de cozinha. Sobre a mesa ficaram os brinquedos não estruturados e os materiais mais associados à escola: papel, lápis de cor, massinha, borracha, etc. Também no chão havia um kit de beleza.

Logo no início, Wendy assumiu o papel da mãe, eu era a filhinha. Ela pegou alguns animais, mas firmou-se nos utensílios de cozinha: “*Brinca filhinha enquanto a mamãe faz comida.*” Deu-me alguns animais para eu brincar: “*brinca com o seu cavalo rosa*”. Deu-me também outro cavalo que não se equilibrava sozinho para eu deixá-lo em pé. Assim eu tive que encostá-lo em outro cavalo, ela quis consertar, mas ele não ficava parado.

Parecia que Wendy não queria me ver só observando, pois me solicitava que sempre fizesse algo. Examinou-me com os apetrechos médicos, disse que eu não tinha nada, mas me aplicou uma injeção. Viu que eu tinha sido furada no braço, pois nesse dia, coincidentemente, eu havia feito um exame de sangue, Wendy observou a marca.

Eu continuei, mas na posição de observadora. Todavia logo Wendy dirigiu-se à mesa e me perguntou se eu queria brincar com um jogo. Eu devolvi a pergunta e pude perceber que ela ficou indecisa, parecia que seu maior interesse era que eu brincasse com ela, não importando muito o brinquedo ou o seu próprio desejo.

Brincamos uma vez de jogo da memória e eu acabei ganhando. Percebi que ela foi bem neste jogo e pareceu-me uma criança muito observadora.

Ela abriu o quebra-cabeça e pediu para eu montar. Novamente é importante assinalar que foi frequente a percepção de que ela sempre estava “mandando” eu fazer alguma coisa.

Logo desistiu do quebra-cabeça, talvez porque viu que eu estava demorando para montar as peças, pois questionou-me: “*não está conseguindo?*” Tentou ajudar-me, mas não teve paciência para procurar as peças. Foi para o chão e começou a mexer com o dominó de formar frases. Perguntou-me como jogava. Então eu a convidei a sentar-se à mesa para tentarmos jogar. Entretanto, para jogar era necessário ler, expliquei isto a ela e daí Wendy respondeu que não sabia ler. Assim, pude observar que ela tentava adivinhar a palavra de acordo com o desenho do dominó. Logo a sessão terminou, disse-lhe que nosso tempo tinha acabado, ela questionou e eu pude perceber que queria continuar mais um pouco. Todavia não mostrou resistência e se propôs a guardar os brinquedos, agradei a ela por isto.

Neste encontro fiz algumas hipóteses, levando em consideração a ideia de Aberastury (1992) de que a primeira sessão tem uma importância especial, visto que a criança mostra sua fantasia inconsciente de enfermidade e de cura. Neste sentido, o modo como solicitava a minha participação soava como uma forma de sempre buscar uma parceria, ou seja, ela não se isolou, queria companhia. Wendy também propôs uma dramatização, um faz de conta: ela era a mãe e eu a filhinha. Como mãe parecia querer cuidar de mim, pois me ofereceu alimento, comida (um prato de camarão e suco). Também no papel de mãe parecia um pouco rígida em suas atividades cotidianas, demonstrando um perfeccionismo no cuidado com os afazeres domésticos. Wendy buscava suprir uma demanda de atenção e cuidado, demonstrando uma expectativa de ser acolhida. Além disso, parecia espelhar para mim uma mãe introjetada como cuidadora eficiente, mas pouco continente.

Enquanto nos despedíamos, ela fez planos de brincarmos na próxima sessão de boneca, deste modo, perguntou-me se eu tinha boneca ali e eu respondi que no próximo encontro faríamos algo diferente.

Não percebi Wendy chupar o dedo enquanto estava comigo na sessão. Entretanto, após eu deixá-la na sala de espera e constatar que a babá não estava lá, ela quis voltar pra sala, mas como não concordei, ela logo pôs o dedo na boca e começou a chupá-lo. Fiquei com ela ali um pouco, vimos uma revista até a babá voltar.

5.1.4. O TESTE DAS MATRIZES PROGRESSIVAS COLORIDAS DE RAVEN E O PROCEDIMENTO DE DESENHOS – ESTÓRIAS COM TEMA.

Em uma mesma sessão foram aplicados o Teste das Matrizes Progressivas Coloridas de Raven e o Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema. Wendy apresentou uma boa colaboração para participar de ambos os procedimentos, apesar de logo no início demonstrar que o seu maior desejo era de brincar comigo.

Wendy compreendeu rapidamente as instruções do Raven, realizando o teste em mais ou menos oito minutos, e os resultados obtidos indicaram um desempenho “Definidamente acima da média na capacidade intelectual”. Com relação ao Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema é importante detalhar um pouco mais o que foi vivenciado nesse dia.

Wendy pareceu ficar um pouco decepcionada quando informei que o desenho não era livre como ela imaginava. Isto é, o desenho foi aplicado no mesmo dia que o Raven e assim, logo que terminamos o referido teste, ela verbalizou: *“Vou fazer uma casa!”*

Então eu respondi que agora ela iria fazer um desenho com um tema: desenhar pessoas com dificuldades na escola. Wendy posicionou-se: *“Não sei desenhar pessoas!”*

Disse-lhe que poderia desenhar da forma como quisesse. Assim ela iniciou o desenho e falou bastante durante a aplicação. Enquanto ela desenhava, eu fazia anotações, procedimento que a fez questionar a minha atitude. Eu respondi que escrevia as coisas que dizia para mim, que eu anotava o que ela fazia.

Senti certa resistência ou falta de motivação para fazer o desenho. Percebi também que ela estava insegura e questionava-se sobre a qualidade do que fazia. Registrei o seguinte diálogo entre nós duas:

Wendy: *Tá feio, não tá?*

Wendy: *Não sei desenhar pessoas.*

Wendy: *Queria desenhar uma casa...*

Wendy: *Desenhei.*

Pesquisadora: *Já?*

Wendy: *Vou desenhar você e não a escola. Você já estudou?*

Eu respondi que sim e procurei escutar e registrar o que ela dizia.

Wendy: *Esqueci de desenhar o sol. Vou desenhar três sol!* - Ela pergunta para mim se está bom.

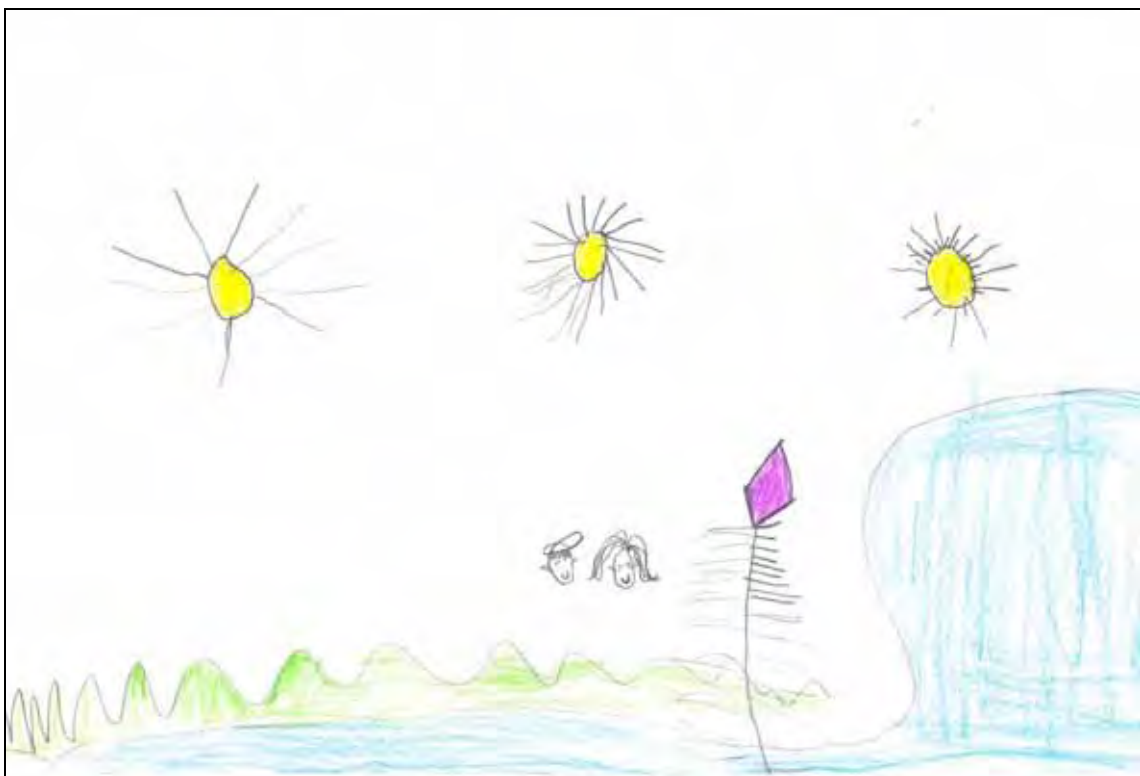
Wendy: *Pronto. Agora vou desenhar ... Não! Vou pintar!*

Ela achou feio quando pintou o sol de amarelo devido a uma mancha que ficou do lápis preto. Depois que começou a pintar, lembrou que não fez a grama, posteriormente também fez a cachoeira.

Wendy perguntou-me se eu iria dar o desenho para a mãe dela. Eu respondi que não, mas poderia mostrá-lo se ela quisesse. Ela coloca que sempre faz desenhos para sua mãe e que a mesma sempre gosta deles.

A ponta do lápis quebrou e ela pediu para apontá-lo. Wendy perguntou se eu estudava de manhã. Depois questionou se eu tinha mãe, se minha mãe morrera. Disse a mim que queria ver a mãe, falou sobre o trabalho dela, que sua mãe ia de perua ao local de trabalho e que sentia falta dela.

Após terminar o desenho, pedi para que contasse uma estória. Entretanto ela respondeu que não sabia ler. Disse-lhe então que não precisava ler, era só falar. Assim, Wendy não construiu exatamente uma estória, apenas relatou-me o que desenhou:



- Desenhei uma ponte, um pipa, uma grama, um menino, uma menina, um sol, outro *sol e outro sol*. Só.

Deste modo, resolvi fazer algumas perguntas.

Pesquisadora: O que eles estão fazendo?

Wendy: *Ele tem sete anos e ela tem dez anos, eles estão olhando a paisagem, as coisas.*

Pesquisadora: *Por que tem três sóis?*

Wendy: *Para clarear muito a paisagem. Ela é Gabriela e ele é Gabriel.*

Pesquisadora: *Onde está a escola?*

Wendy: *Esqueci de fazer. Ela não tá na escola, ela só tá vendo a pipa voando. Ela não gosta da escola. (Wendy chupa o dedo). Ela não gosta porque a professora passa muita lição e ela não copia. Ele copia.*

Pesquisadora: Quem são eles?

Wendy: *São primos. Pronto.*

Após este diálogo, solicitei que desse um título para a estória. Ela então colocou o seguinte título: “A menina e o menino.”

COMENTÁRIOS

Para não perder alguns conteúdos que emergiram durante a produção de Wendy, gostaria de adiantar aqui algumas reflexões.

Primeiramente o que chama a atenção no desenho desta criança são as duas cabeças soltas no espaço e os “três sóis”. Além disso, podemos observar uma imensa onda indo na direção das duas cabeças que foi nomeada por Wendy como “cachoeira”.

Wendy também desenhou uma pipa pontiaguda, sozinha e em pé, como se fosse uma lança, sem ninguém a segurando. Sua produção gráfica, associada ao material da anamnese leva-me a sugerir que esta criança parece estar a mercê de suas pulsões sádicas-agressivas, bastante desvitalizada, com a necessidade dos “três sóis”. Estes também podem estar representando a presença de objetos idealizados e persecutórios/vigilantes.

As duas cabeças solitárias, sem corpo, podem também estar significando o quanto a escola e a família estão preocupadas somente com sua cabeça (a aprendizagem, a desatenção), desconsiderando que a emoção e

cognição são processos indissociados. O intelectual é o sintoma, visto pelas instituições - família e escola - apenas como algo a ser combatido, mas não compreendido e pensado. Desta forma, Wendy expõe ainda sua resistência para desenhar a instituição escolar, projetando seus conflitos e dificuldades para este lugar, que poderia estar mais conectado com a vida e o pensamento.

Além da resistência de Wendy é importante esclarecer que após a realização do procedimento, percebi que poderia tê-la deixado mais livre para fazer o desenho que desejou inicialmente: uma casa. Penso que esta atitude minha revelou as diversas questões que atravessam o trabalho psicodiagnóstico como instrumento de pesquisa. O pesquisador - no intuito de realizar seus objetivos e cumprir prazos de trabalho - pode correr o risco, inconscientemente, de ficar “engessado” e não estar aberto aos imprevistos. Mesmo assim, a produção de Wendy revelou um material importante para a análise.

5.1.5. ENTREVISTA FAMILIAR DIAGNÓSTICA

Quando entro na sala de espera, as duas estão chegando. Rose logo justifica o atraso do marido, afirma que ele vem, tenta falar com ele pelo celular, mas não consegue. Como ele não apareceu posteriormente, decidimos fazer a sessão mesmo com sua ausência.

As duas entram na sala e Wendy logo quer mexer nos brinquedos. A mãe e eu pedimos para ela esperar um pouco, pois eu iria estabelecer o enquadre. Após as minhas explicações sobre os nossos objetivos Wendy toma a iniciativa da brincadeira e convida a mãe para cozinhar, ela afirma que a mãe era cozinheira. Rose fica então mexendo nos utensílios de cozinha e vai organizando a casa.

Logo em seguida, Wendy decide pentear meus cabelos, diz que já tinha pensado em fazer isto antes de chegar na sala. Surpreendo-me com sua atitude. Em sequência, ela diz que vai cuidar da fazenda, assim deixa a casa para mãe e vai para o chão mexer nos animais maiores (domésticos), brinca principalmente com os cavalos. Percebo que os animais são colocados com seus pares.

A mãe acompanhava aparentando cansaço. Em mim veio um sono muito intenso e um grande receio de não conseguir registrar os aspectos principais da sessão.

Depois Wendy voltou para mesa e ficou bastante tempo brincando com a casinha e os bonecos que representavam a família. Procurou o pente de brinquedo que utilizou para pentear o meu cabelo, a princípio a mãe não concordou com sua atitude, mas eu coloquei que não tinha problema e acabei pegando o pente que estava próximo de mim. Wendy penteou o cabelo da personagem “mamãe”.

No início as crianças da casa estavam deitadas na cama de casal, o avô e a avó foram colocados na sala assistindo TV. O pai e a mãe ficaram juntos com o bebê. Este a princípio estava no berço e depois virou o bebê arteiro! Wendy colocou-o em cima do armário e depois passou o ferro em cima dele. Rose interveio: “Coitado do bebê!” “Não faz isto!” e Wendy respondeu: “Quem manda ele ser arteiro!” O bebê se escondia e foi procurado pelo pai, mas o primeiro acabou subindo em cima da casa.

Wendy fez as crianças dormirem em pé no banheiro. Várias vezes ela disse que as crianças iriam “cagar”. A mãe tentou corrigir dizendo que ela deveria dizer: “fazer cocô”. Pareceu-me que algumas vezes a mãe assumia o papel de normatizadora, pois parecia muito preocupada em corrigir a filha e ensinar-lhe o que era correto.

Wendy deixou os animais selvagens em pares e depois colocou as fêmeas em cima dos machos, depois questionou: “Quem agüenta quem?”. A mãe perguntou o que era aquilo e ela disse que os dois estavam brincando, a mãe perguntou: “Está na garupa?” Ela respondeu que sim.

Já no final da sessão, as duas brincaram de jogo da memória. Wendy ganhou da mãe e se dispôs a ajudá-la no jogo, como se estivesse cuidando de tudo, assumindo o papel dela e da mãe. Ao terminarem o jogo, a mãe prometeu comprar o jogo da memória para filha.

Foi interessante observar que Wendy não quis ir embora e que, ao chupar o dedo já no término do encontro, a mãe interveio dizendo que a filha estava com sono.

5.1.6. ENTREVISTA COM PROFESSORA

Quando entrei em contato com a professora pelo telefone, logo percebi que ela não parecia muito interessada em conversar comigo. Disse-me que Wendy já estava em tratamento, como se afirmasse implicitamente que a criança não precisasse de mais auxílio do que o medicamentoso. Todavia insisti em dialogar e ela concordou em conversar comigo por volta do meio-dia – horário em que encerrava sua aula.

Ao chegar à escola, entrei em sua sala e ela já foi logo falando que havia entregado um relatório sobre sua aluna, perguntou-me se eu não tinha esse relatório. Eu respondi que não. Então me mostrou seus registros e afirmou que Wendy havia melhorado após o tratamento medicamentoso. Ela relatou que Wendy, às vezes, era agressiva, respondia à professora e não queria fazer a lição. Wendy reconhecia as letras e lia com muita dificuldade, frequenta a antiga primeira série, agora denominado 2º ano do Ensino Fundamental I, e está em processo de alfabetização.

Foi contando essas coisas muito rapidamente, até que eu intervi e tentei explicar sobre a minha pesquisa. Ou melhor, logo que cheguei procurei explicar sobre o que eu pretendia fazer, esclareci meu trabalho e minha pesquisa, mas a professora parecia não querer ouvir. Uma faxineira entrou na sala pedindo licença para limpar. Ela aceitou e ficamos conversando com a faxineira na sala.

Logo caíram as defesas da professora e seus olhos pareciam brilhar/lacrimar. Ela comenta que não tinha condições de fazer a entrevista, estava desanimada com a turma em que ministrava suas aulas e pensava em afastar-se da escola. Disse-me também que já fizera terapia com a psicóloga do posto, demonstrando sentir necessidade de retomar a terapia para assim ter um espaço para desabafar com alguém.

A professora apresentou-se como uma profissional experiente com vários anos de experiência na educação. No entanto, contou que estava tendo muitas dificuldades com a turma de Wendy, pois havia muitas crianças sem limites, que não obedeciam e não tinham interesse em aprender. Perguntei sobre o número de crianças e ela respondeu que a turma no início do ano letivo tinha cerca de trinta e três crianças, mas atualmente está com vinte e nove.

Assim que deu 12h30, tivemos que deixar a sala, pois seria ocupada por outra professora. A partir desse momento, pude constatar o quanto era difícil encontrar um lugar privativo e silencioso para conversarmos na escola. Ela sugeriu a biblioteca e assim nos dirigimos para lá. Esperamos um pouco até que alguém abrisse a sala, já estávamos quase desistindo quando uma pessoa chegou e abriu a biblioteca. Enquanto esperávamos a professora continuou falando. Eu acabei ficando na posição de escuta e continência. A professora mostrava-se muito decepcionada com a escola e com os pais dos alunos de sua turma. Isto é, disse-me que os pais não aceitavam suas queixas ou reclamações a respeito das crianças. Estas, segundo a professora, não tinham limites (esta fala foi repetida diversas vezes) e ainda, alguns alunos falavam em beijar o colega. Ela questionou: “*Como eu posso aceitar isto?*” Complementou ainda que os valores estavam muito modificados, na biblioteca, por exemplo, ela apontou pra mim certos livros ali, as crianças de sete anos já pensavam em pegar livros sobre sexualidade.

A professora afirmou que a escola estava parecendo uma creche. “*A função da creche não é cuidar?*” Com este questionamento ela colocou que a escola havia adquirido esta função, pois lhe atribuíam tarefas que não eram de sua responsabilidade, mas sim dos pais.

Pude perceber, também, que em sua sala havia crianças com dificuldades de relacionamento e de aprendizagem maiores do que as de Wendy. Esta não lhe preocupava tanto quanto outros alunos e seus respectivos pais. Estes, segundo ela, prefeririam tirar seus filhos da escola a tentar resolver o problema ali. Eu comentei: “*Você sente como se lhe tirassem a autoridade?*” Ela então respondeu que não possuía autoridade nenhuma e também não se sentia apoiada pela direção e coordenação, pois a escola parecia somente preocupada em não perder alunos.

Em relação à Wendy, a professora relatou que a mãe também lhe atribuíam obrigações que eram responsabilidade materna. Por exemplo, Wendy traz para sala de aula a toalhinha e uma chupeta, a mãe solicita que a professora não deixe a aluna chupar chupeta ali, porém a professora não concorda e questiona pra mim: “*Como vou fazer isto? Se ela traz a toalhinha pra cheirar? Ela que devia ter tirado este hábito da menina quando ela tinha dois anos!*”

É importante esclarecer que não foi possível utilizar o gravador com essa professora e nem valer-se do roteiro de entrevista que foi elaborado para entrevistar as educadoras. A professora não permitiu que eu utilizasse o gravador,

demonstrando implicitamente que não estava em condições emocionais para falar sobre seu trabalho. Demorou um pouco até conseguirmos ter um diálogo e, quando consegui a confiança da professora, não encontramos um local adequado na escola para conversarmos. Apesar disso, penso que esse encontro foi bastante significativo e pôde representar a posição e as representações da escola acerca das queixas em relação às dificuldades de Wendy.

5.1.7. ALGUMAS CONSIDERAÇÕES A PARTIR DO CASO

Em todos os instrumentos aplicados no psicodiagnóstico de Wendy, apareceu de forma intensa a fantasia da morte da mãe, o medo e as angústias em relação a essa possibilidade e a conseqüente adesão à figura materna. Estas questões também se configuraram de forma bastante significativa no dia em que dei a devolutiva para a criança.

No nosso último encontro, iniciei apontando os aspectos positivos que percebi a respeito de suas potencialidades. Fui apontando que ela tinha boa memória, foi bem no teste cognitivo, mostrando para mim que tinha inteligência e potencial. “O que será que, às vezes, dificultava sua aprendizagem na escola?” Perguntei-lhe. Wendy ficou em silêncio e então eu continuei: “Parece que tem uma parte sua que quer crescer e outra que quer continuar bebezinho, que chupa o dedo, usa paninho.” Wendy respondeu: “*Eu não!*” e foi brincar na casinha. Nessa brincadeira ela pegou o pai, a mãe e o bebê. O pai foi atropelado pelo avião, pois não se cuidou – segundo ela. O bebê também foi espremido por um carro. Era interessante porque ela fazia o bebê entrar na barriga da mãe, depois dizia que ele estava morto e assim ficou nesta condição dentro de um berço. A mãe, esta foi deixada viva olhando pela janela da sacada da casinha de madeira. A cena representada provocou em mim paralisação e uma sensação de não-sentido e incompreensão. Apenas perguntei se o bebê estava vivo ou morto e ela respondeu que ele estava morto. Em seguida, Wendy dirigiu-se à mesa onde estavam as folhas, lápis de cor e massinha. Lembro-me que ela fez alguns objetos que a princípio não consegui identificar, mas logo ela esclareceu que eram objetos de natal e eu pude perceber que ela estava fazendo bengalinhas de natal para enfeitar. Depois, ela quis desenhar e deu-me também uma folha para que eu a

acompanhasse. Ela fez um desenho com flores e quis levá-lo para a mãe. Eu escrevi na folha: “natal” e “nascimento” e ela tentou ler estas palavras. Wendy verbalizou as sílabas “na”, “ta” e aí ela apressou-se em dizer que estava escrito “Natália”.

Eu respondi que não estava escrito Natália, mas sim natal. Entretanto, reconheci que ela estava aprendendo as sílabas e quase aprendendo a ler. Tentei lhe dizer que natal significava nascimento e que ela podia brincar, aprender e inventar brincadeiras novas.

Pude pensar, principalmente após o término do psicodiagnóstico e enquanto realizei o processo de integração dos dados, o quanto foi intensa nas relações vivenciadas neste caso, a angústia da morte e separação, prefigurada na realidade e na fantasia. Wendy verbalizou sua angústia desde o primeiro encontro quando enxergou no guarda-roupa embutido um “caixão”. Creio que esta verbalização estava relacionada também ao aborto de sua mãe, à morte de um possível irmão e à fragilidade da mãe que teve uma forte anemia e precisou de uma transfusão de sangue durante o período das entrevistas iniciais. Todavia não podemos esquecer que a forte anemia da mãe era uma reincidência, ela já tivera esse problema durante o desmame da filha.

Podemos conjecturar que o significante “morte” ronda o seu psiquismo desde os tempos remotos; ou seja, sabemos que tal sentido faz parte de toda a vida humana, porém nessa criança ficou fortemente vivificado, bem no período do desmame. Pareceu-me também que a criança, para lidar com seus sentimentos de desamparo, medo e ansiedades, uma hora assume a fantasia onipotente de que é uma mãe zelosa, que alimenta e cuida da filha, em outros momentos é um bebê que ainda se satisfaz parcialmente com uma parte do seu corpo (o dedo), que não aprende e atua quando se depara com seus sentimentos agressivos: cospe na coleguinha, bate, evacua.

As experiências de separação foram vividas de forma drástica, fazendo com que o medo da perda ficasse muito presente, levando a um funcionamento psíquico em que prevaleciam elementos para abrandar esta angústia: dedo na boca, desejo de chupar chupeta, agressões, etc.

Ainda, gostaria de salientar que a morte também pode carregar o sentido de perda e abandono. Desta forma, o conjunto do material de Wendy leva-me a sugerir que esta criança está sozinha e sem continência para lidar com seus

impulsos sádico-anais. Este modo de funcionamento e o sintoma da desatenção parecem mais condizentes com uma inibição intelectual. Souza (1995, p. 92) aponta que foi observado em sua pesquisa com crianças que apresentavam queixas de inibição intelectual, uma dinâmica familiar com predomínio de “[...] pais distantes e impossibilitados para acolher as angústias de seus filhos, por estarem narcisicamente envolvidos com suas próprias angústias, ideais ou necessidades”.

Esta dinâmica foi observada no caso de Wendy, consubstanciando um funcionamento mais regredido. A infantilização da criança foi denunciada também pela professora. Esta afirmou que algumas vezes a criança levava paninho e chupeta para a escola. Isto não foi observado no psicodiagnóstico, mas a mãe revelou que costumava dar uma toalhinha para a criança utilizar na escola e que também Wendy tinha expressado o desejo de usar chupeta. Gouveia (2004, p. 70), ao estudar o caso de um menino de sete anos e meio, diagnosticado com TDAH, que ainda usava chupeta e paninho, fez a seguinte afirmação: “[...] a chupeta e o paninho podem assumir a função de obturar a falta do seio ou da mãe, na medida em que estão demasiadamente colados a eles, estancando o processo de constituição psíquica”.

O fato de Wendy sugar o dedo fez-me recorrer aqui a Winnicott (1975, p.14). Este utiliza “[...] os termos ‘objetos transicionais’ e fenômenos transicionais’ para designar a área intermediária de experiência, entre o polegar e o ursinho, entre o erotismo oral e a verdadeira relação de objeto [...]”. Assim podemos refletir que no caso desta criança, ela ainda necessita de experiências auto-eróticas para lidar com situações de frustração ou privação. O paninho, sugar o dedo e o desejo pela chupeta parecem revelar uma fixação à figura da mãe, de modo que ainda não foi possível construir plenamente em sua subjetividade uma área intermediária de experiência que vai sendo gradativamente ampliada para todo o campo cultural.

Winnicott (1975) afirma que esta área intermediária constituída inicialmente nos primórdios da vida, por meio dos fenômenos transicionais, é conservada nos interesses culturais. Porém, para que isto ocorra, é necessário ter vivenciado condições ambientais adequadas que permitam ao bebê progredir do princípio do prazer para o princípio da realidade. No caso de Wendy parece-me que as separações vivenciadas em relação à mãe talvez tenham sido demasiado traumáticas, pois durante a anamnese pude observar, através do relato da mãe, o quanto as separações adquirem, para Wendy, o sentido de abandono e perda.

Foi bastante significativo o último encontro com Wendy quando foi apontado que havia dentro dela uma parte que não queria crescer. Após ter escutado estas palavras, imediatamente ela verbalizou: “*Eu não!*”

Freud (1925/1996, p.269) afirma que: “Não há prova mais contundente de que fomos bem-sucedidos em nosso esforço de revelar o inconsciente, do que o momento em que o paciente reage a ele com as palavras “não pensei nisso” ou “Não pensei (sequer) nisso”. Foi o que aconteceu no encontro com Wendy, a partir dessa interpretação, ela pôde revelar muito da sua dinâmica familiar: uma família com funcionamento predominantemente oral, de pessoas com dificuldades de cuidarem de si mesmas e de alcançarem autonomia e crescimento. Concomitante a isto, a existência de um superego rígido, devido ao pouco espaço oferecido, nas relações familiares, para a construção do modelo continente-contido.

Também na escola, a criança parece não encontrar o apoio necessário para o desenvolvimento de suas potencialidades. A professora demonstrou bastante insatisfação com o seu ofício, sentindo-se sobrecarregada e confusa com as funções pedagógicas, afirmando que o trabalho no Ensino Fundamental estava sendo confundido com o trabalho da Educação Infantil (creche). Ela também verbalizou queixas em relação aos pais das crianças que não a apoiavam e percebeu Wendy como uma criança imatura, às vezes agressiva e com baixa tolerância à frustração, necessitando do remédio para atingir uma maior concentração e empenho em suas atividades escolares.

Convém aqui complementar que fora essas questões concretas da dinâmica escolar as quais pouco contribuem para o desenvolvimento de Wendy, temos também uma possível representação da escola como uma instituição que propicia uma ruptura com a mãe, bem como o movimento de independência e crescimento que Wendy tenta negar. Isto pode ser ilustrado com o dado de que esta criança, já no início de seu processo de escolarização, quando ingressou na educação infantil, apresentou dificuldades de adaptação.

5.2. A HISTÓRIA DE MIGUEL

*Sei que há léguas a nos separar
Tanto mar, tanto mar
Sei também quanto é preciso, pá
Navegar, navegar
(Chico Buarque)*

A anamnese da criança foi realizada principalmente com a mãe, visto que o pai da criança, na verdade padrasto, pai adotivo, encontrava-se fora do país. A avó também compareceu na primeira entrevista, justificando que a mãe não pôde vir nesse dia porque estava trabalhando.

Segundo a avó, a mãe parece rejeitar o filho, sendo a relação mãe-filho muito conturbada. Em seguida, ela complementa que o neto praticamente foi “criado” por ela, avó materna e pelo seu esposo, avô de Miguel. A mãe de Miguel foi mãe-solteira e casou-se com o atual padrasto da criança quando o filho tinha cerca de dois anos.

Posteriormente, quando a mãe compareceu para a anamnese da criança, muitos aspectos que a avó havia contado foram confirmados, isto é, Miguel ficou com os avós até os quatro anos de idade, sendo que neste período foi afastado dos pais durante cerca de dois anos, já que os mesmos emigraram para o Japão por motivos de trabalho.

A vida familiar da criança mostrou-se muito instável, pois por volta dos quatro, cinco anos de idade, Miguel saiu da casa dos avós e foi viver com os pais no exterior. Logo após a mudança, nasceu o irmão do meio e, em seguida, a irmã caçula. Na entrevista, a avó relatou que o neto nunca teve a devida atenção, pois teve que morar em um país diferente, acostumar-se com os pais e logo depois lidar com o nascimento dos irmãos, que vieram um após o outro.

Toda a instabilidade da vida familiar de Miguel parece afigurar-se como um emblema daquilo que Bauman (2009) denominou de mundo líquido-moderno. Expatriado, “exilado” aos quatro anos de idade, longe dos avós que o criaram, ele teve que conviver com muitas mudanças e separações em tenra idade. Nunca conheceu o pai biológico e - no período em que nos conhecemos, então com nove anos - estava sem a convivência do padrasto havia cerca de um ano e meio. Este, segundo a mãe, estava em uma missão em outro país. O pai adotivo era missionário

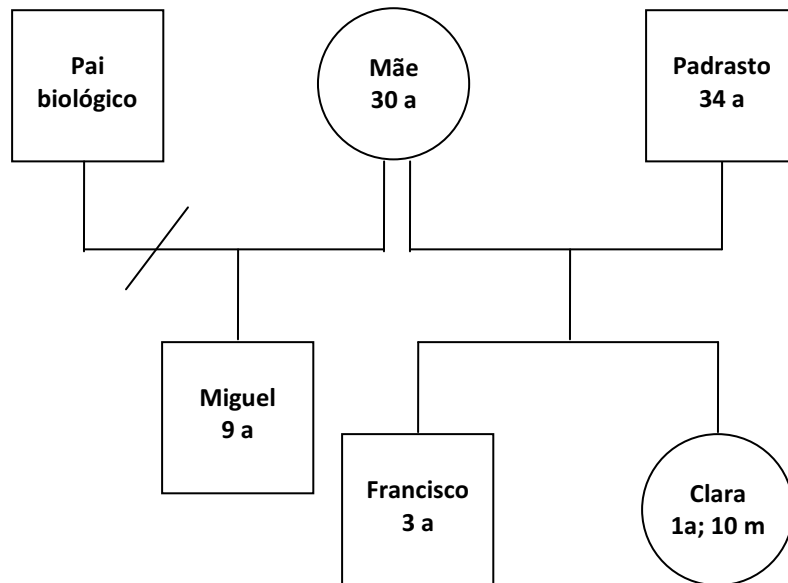
de uma igreja evangélica e naquele período pouco contribuía financeiramente com o orçamento da família. Bauman (2009, p.11) assim sintetizou as formas de relações predominantes da sociedade líquida-moderna: “Ligações frouxas e compromissos revogáveis são os preceitos que orientam tudo aquilo em que se engajam e a que se apegam”.

Miguel recebeu o diagnóstico de TDAH no país onde viveu por quase três anos. Segundo a mãe, o garoto teve dificuldades na escola japonesa e - com esse diagnóstico - foi inserido em uma classe especial. Após retornar para a cidade natal, apresentou dificuldades de relacionamento na escola e agressividade exacerbada. Todavia, não apresentava dificuldades de aprendizagem, apenas em Português logo no início de sua adaptação à escola brasileira. A mãe e a professora afirmaram que as notas da criança eram todas ótimas: “*É uma criança inteligente, só que preguiçoso*” – disse-me a professora.

Deste modo, principalmente devido às queixas de relacionamento e falta de controle da agressividade, Miguel foi direcionado ao setor de Psicologia Escolar, que o avaliou e o encaminhou para avaliação médica e ambos, psicóloga e neurologista, o diagnosticaram como portador do TDAH. No período em que foi realizado o psicodiagnóstico tomava três comprimidos de Ritalina e dois de Risperidona, com acompanhamento médico.

Encontrei a ficha de encaminhamento de Miguel na lista de espera para psicoterapia no departamento de saúde do município e assim obtive a autorização da psicóloga clínica do respectivo departamento. Conversei, ainda, com a psicóloga escolar que o encaminhou para mim e, posteriormente, recebi o consentimento da família para realizar o psicodiagnóstico e obter as informações para a presente pesquisa. Após ter recebido o aval de todos os envolvidos, iniciei o trabalho de avaliação.

5.2.1. COMPOSIÇÃO FAMILIAR



Legenda:

Separação: /

5.2.2. A ANAMNESE COM A MÃE

A mãe, que aqui batizarei de Marion, compareceu a todas as sessões e colaborou bastante com o processo psicodiagnóstico. No nosso primeiro contato percebi uma mulher descuidada, com pouca autoestima. O foco da sessão foi a relação com o pai; Marion verbalizou a grande admiração que tinha por seu pai, apresentando-se ainda como uma menina que ainda necessitava do amor, reconhecimento e atenção paternos. Ela também relatou o ciúme que sentiu do filho Miguel ao ver que seu pai direcionou todo o carinho e atenção para o neto.

A princípio o pai de Marion não aceitou a gravidez dela, então ela pensou em abortar o filho. Em sua fala foram presentes várias perdas "paternas" durante o período de gestação: a rejeição do tio, a falta de apoio do namorado (pai biológico de Miguel), a morte do padrinho e o afastamento do pai.

No tocante à queixa principal da criança, foram detectados vários aspectos: Miguel é arredio, já tentou agredir a mãe com uma cadeira, faz desenhos "macabros" de penetração de faca. Há ainda muitas queixas em relação à

sexualidade: na escola tentou abusar do colega, forçando uma penetração anal; já foi visto navegando em sites pornográficos e também há suspeita da mãe de que ele tentou manipular os órgãos genitais dos irmãos.

Algo que pareceu constante na anamnese foi a história de ciúmes e rivalidade entre irmãos que se repete na família. Marion apresentou dificuldades de relação com sua mãe e irmã mais velha. Esta teve muitos problemas de saúde na infância e, deste modo, a mãe era obrigada a viajar para a capital com a filha para obter um atendimento mais especializado. Marion e o pai ficaram mais próximos, pois era ele quem ficava com ela nas ausências de sua mãe.

Também a irmã teve um importante papel no cuidado de Miguel quando este era bebê. Marion confessou que para ela era cômodo ter a irmã como babá do filho nos momentos em que ficava com o noivo/namorado. Desta forma, pude perceber que os vários cuidadores de Miguel (avô, avó, tia, mãe, padrasto) muitas vezes tinham atritos e discordâncias com relação à sua educação.

Outro aspecto que se destacou em sua história foi também o período do desmame. Miguel mamou até um ano na mãe e esta me relatou que seu peito foi feito de “chupeta”. Como o bebê não aceitava mamadeira e chegava a vomitar o leite que provinha deste substituto, a mãe começou a colocar pimenta no seio e, posteriormente, boldo. Somente assim Miguel aceitou a mamadeira, fazendo então uso deste substituto até os cinco anos de idade.

5.2.3. A HORA DE JOGO DIAGNÓSTICA

Após eu fazer o enquadre e convidá-lo a usar o material do modo que quisesse, Miguel ficou olhando fixo para mim e depois me disse que só brincava de vídeo-game ou computador. Falou também que de vez em quando jogava bola e que os carrinhos em sua casa eram de enfeite. Procurei motivá-lo dizendo-lhe que na sala também havia alguns jogos (quebra-cabeça, jogo da memória e Resta Um).

Miguel olhou para o chão e perguntou o que era aquilo. Fui observar e vi que ele estava perguntando sobre o jogo Resta Um. Expliquei o jogo, mostrando-lhe como jogava. Ele jogou comigo e o resultado foi a sobra de seis a sete pinos.

Ele pareceu-me tranquilo, ficou mexendo com um bonequinho jogador de futebol, procurando descobrir o mecanismo que fazia este brinquedo movimentar

a perna e acertar uma bola. Posteriormente, viu uma caixa de massinha e perguntou-me o que era. Então o pino do jogo Resta Um e a massinha foram transformados em bola e assim ficamos um tempo mexendo com a massinha. Eu fiquei acompanhando-o pegando uma hora ou outra um pedaço de massinha colorida.

Miguel fez um homem de vermelho e amarelo e transformou-o em um jogador do Barcelona. Também fez uma trave e citou vários jogadores de futebol. Perguntei-lhe se ele jogava futebol e ele respondeu que havia parado porque machucou o joelho. Ele também fez perguntas a mim, perguntou-me se na cidade onde eu morava, eu conhecia seu padrinho que era também seu tio-avô materno. Miguel também quis saber se os brinquedos ali eram feitos ou comprados. Entendi que ele queria saber se os brinquedos eram feitos artesanalmente, pois alguns eram de madeira e não eletrônicos ou de plástico como ele estava acostumado a ver.

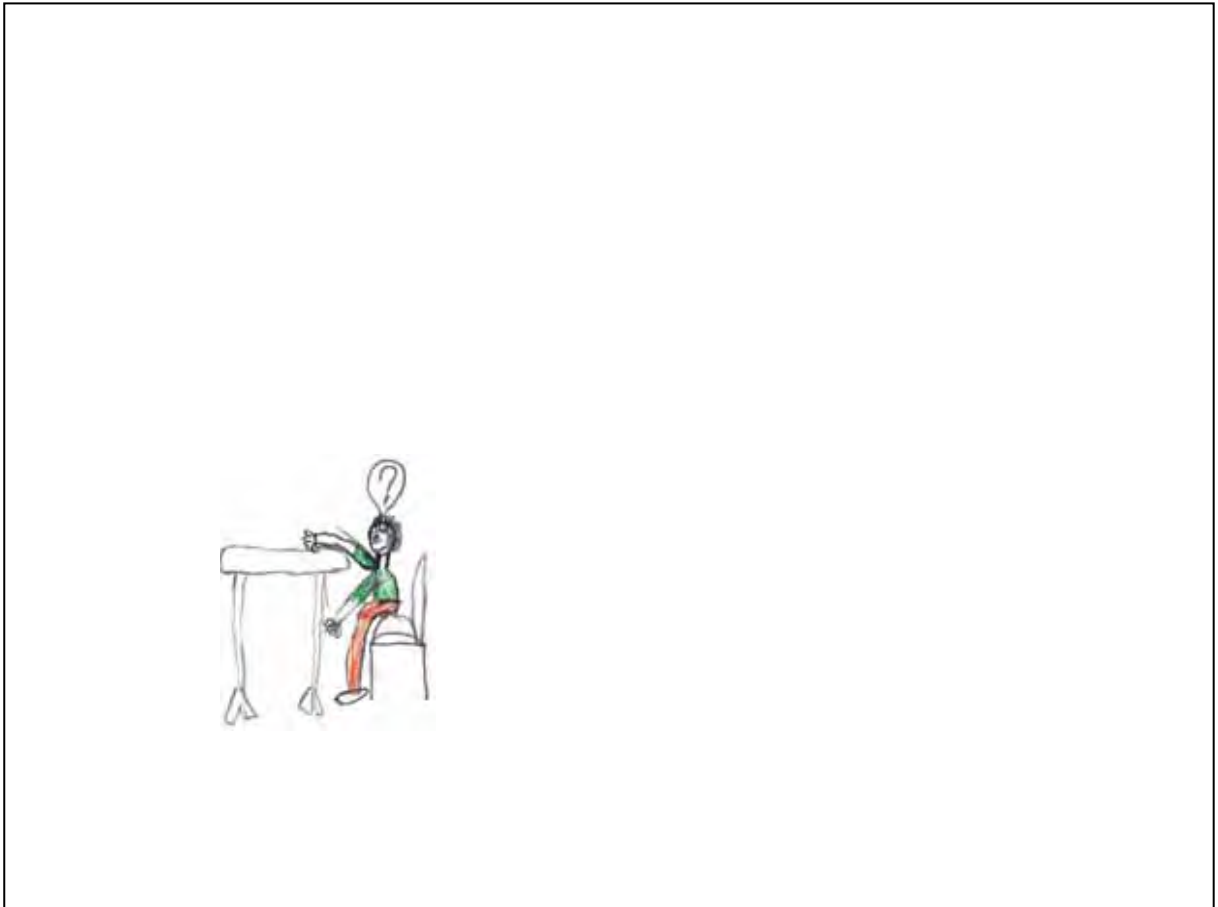
Miguel brincou mais uma vez comigo de Resta Um e depois começou a se interessar pela família, bonecos de pano que ele reparou e comentou que eram artesanais e feitos com isopor na cabeça e dentro havia arame. Pegou todos os bonecos e falou que eles precisavam de sapatos, pois estavam descalços. Montou junto comigo uma família mais extensa com bisavô, bisavó, avó, avô, pais, filhos e bebês. Interessou-se pelos retalhos de pano e juntos cortamos algumas tirinhas. Miguel colocou toda a família no avião de madeira. Eu perguntei para onde a família iria viajar e ele respondeu-me que iria para a Itália.

No final, Miguel pegou os apetrechos de médico e lembrou da tia (podemos dizer que também foi sua mãe substituta) que era da área da saúde, tirava a pressão e auscultava o coração.

5.2.4. O TESTE DAS MATRIZES PROGRESSIVAS COLORIDAS DE RAVEN E O PROCEDIMENTO DE DESENHOS-ESTÓRIAS COM TEMA.

No dia em que foi aplicado o Teste das Matrizes Coloridas de Raven e o procedimento de Desenhos-Estórias com Tema, Miguel estava sério e foi muito prático e objetivo em tudo o que fez. O Raven foi feito em oito minutos e ele atingiu o resultado “Intellectualmente Superior”, demonstrando possuir um bom raciocínio lógico. No Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema, ele se projetou bastante,

apresentando um menino que só tirava notas altas. Estava muito “educado” comigo, parecia um “homenzinho”.



A estória inventada

“Um menino tinha dificuldades na escola. Um dia chegou o dia da prova e ele tirou oito na prova e ele, desse dia em diante, ele só fazia lição, ele não teve mais dificuldades na escola. Só ...”

Como a estória de Miguel foi muito curta, resolvi fazer um breve inquérito, fazendo as seguintes perguntas:

Pesquisadora: Qual era a dificuldade dele?

Miguel: *Ele só conversava.*

Pesquisadora: Por quê?

Miguel: *Porque ele não gostava de fazer muita lição.*

Pesquisadora: Como conseguia tirar essas notas?

Miguel: *Só de vez em quando eu não escrevo, mas eu presto atenção e guardo na cabeça.*

Pesquisadora: O que é o ponto de interrogação na cabeça dele?

Miguel: *Que ele não sabe [...] não sabe fazer a matéria de geografia.*

Tal resposta me fez associar com o país onde habitou por cerca de três anos, separando-se do resto da família. Como a geografia, a distância, o longínquo território, pôde ter lhe causado sofrimento. Perguntei-lhe sobre esse país e ele respondeu que não se lembrava mais, colocando-se na defensiva.

COMENTÁRIOS

Posteriormente, analisando com mais cuidado a produção de Miguel, pude observar que ele fez um menino somente com objetos concretos de sua sala de aula: cadeira e mesa. O desenho mostra a imagem de um aluno sozinho, sem solo firme e sem contato com outras pessoas: apenas ele e os objetos característicos de um ambiente escolar. Os braços parecem mecanizados, um está sobre a mesa e o outro, mais abaixo.

A história contada por Miguel, bastante sintética, com um aparente final feliz deixou-me em dúvida se isto significava um bom prognóstico ou, inspirada em Steiner (1991), levantar a hipótese de que a produção desta criança expressa uma espécie de pseudo-integração que mascara uma organização patológica com sabor perverso. Desta forma, deixarei aqui esta dúvida, juntamente com o ponto de interrogação deste desenho, para no final – a partir do material coletado – falar com um pouco mais de propriedade sobre o funcionamento de Miguel.

5.2.5. ENTREVISTA FAMILIAR DIAGNÓSTICA

Compareceram à entrevista: a mãe, Miguel, a bebê de cerca de um ano e dez meses e o irmão de cerca de três anos. Como já foi esclarecido inicialmente, o padrasto de Miguel não pôde comparecer porque se encontrava fora do país. Os caçulas chegaram bastante espontâneos e foram logo para os brinquedos antes que eu fizesse o enquadre. A mãe quis colocar limites e então eu estabeleci o enquadre. Marion mostrou-se, a princípio, muito negativa e restrita. Quando, por exemplo, Miguel e o irmão foram brincar na casinha de madeira

vazada, Marion verbalizou: “*não dá para mexer na casinha ou colocar brinquedos dentro.*” A casinha podia facilmente ficar em duas posições: fechada, ou aberta mostrando os cômodos e os móveis que havia dentro dela. Assim, desconsiderando a fala da mãe, os meninos abriram a casinha e começaram a explorar os brinquedos que estavam sobre a mesa, ao lado e dentro da casinha: móveis, família de bonecos, paninhos, massinha, etc.

A irmãzinha parecia tranquila, explorava sozinha os lápis de cor, os utensílios de boneca e outros objetos coloridos. O irmão falava com muita dificuldade e era difícil entender o que ele dizia. Pareceu-me que Marion esforçou-se para brincar e estar ali com os filhos, porém veio em mim a impressão de que era autoritária e estressada. Miguel arrumava a casinha, ela auxiliava, porém praticamente impondo aonde deveriam ficar os móveis. Miguel parecia querer um quarto só pra si, no entanto ela intervinha questionando onde ficaria o irmão, pois queria que ambos dividissem o mesmo quarto.

Observei que Miguel lembrou-se do nosso primeiro encontro em que ele brincou de massinha comigo. Ele então pegou a massinha e fez uma cama. A mãe critica e faz um comentário: “*Que cama, hein?!*”

Miguel demonstrava querer ficar perto da mãe: ele a convidou para brincar de jogo da velha, ela aceitou e jogou com ele, Miguel também lhe penteou os cabelos e disse-lhe que queria ter a mesma profissão que a dela.

Não percebi Miguel ficar agressivo com os irmãos, o que vi foi sua mãe repreendê-lo por ele não considerar a presença dos irmãos ou não tomar cuidado com eles na hora de transitar pela sala.

O irmão sempre cantava uma música: “*Delícia, delícia [...] ah! se eu te pego!*”. Marion parecia mais espontânea com os caçulas, na hora em que o menor cantava, ela o abraçou e também cantou junto com ele.

Já no final, enquanto a mãe ajudava a arrumar a casinha, Miguel fez um comentário de que a mãe já era operada. Escutei da seguinte forma o comentário de Miguel: “*O que você vai fazer com o pai se você já é operada?*” Após ouvir isto a mãe não respondeu nada, apenas olhou para ele. Naquele instante fiquei surpresa com a fala da criança e demorou um pouco para que pudesse compreender o sentido daquilo. Também a família logo foi embora e daí fui guardar os brinquedos, principalmente a casinha de madeira vazada. Foi nesta hora que percebi que dentro do quarto da casinha, sobre a cama, o personagem “pai” havia

sido colocado em cima da personagem “mãe”, dando uma conotação de uma relação sexual entre eles. Pareceu-me que Miguel queria invadir a vida sexual dos pais e principalmente conhecer os desejos da mãe, a qual já era “operada” e não podia mais ter filhos.

5.2.6. ENTREVISTA COM A PROFESSORA

A professora de Miguel concordou em realizar a entrevista utilizando o gravador. Também conseguimos uma sala no departamento de saúde, privada e tranquila, com todas as condições necessárias para conversarmos sobre a situação escolar de Miguel.

Logo no início, a professora afirmou que “[...] *o problema maior dele é o relacionamento, ele é agressivo, ofende, parece que, sem ele perceber, ele ofende as pessoas, ele agride na brincadeira, ele ofende, ele machuca até, né?*”

Após conversarmos sobre as principais queixas da escola em relação à criança, a entrevista foi bastante focada em um acontecimento em que Miguel tentou “abusar” de um colega, seu melhor amigo na escola. A professora contou que após este acontecimento, Miguel deu uma melhorada, pois o fato mobilizou a todos: família, funcionários, professores e alunos. A professora assim relatou o ocorrido:

“Ele deu uma melhorada depois do último acontecimento. Ele pegou o menino no recreio e tentou estuprar o menino lá, né? [...] nem sei se falo [...] foi um alvoroço! [...] pai veio, mãe do menino [...] As crianças tudo em volta, começaram a falar [...] e aí acho que ele sentiu, a mãe também ficou muito chateada, todo mundo ficou chateado. Aí ele sentiu [...] Aí pegou firme com ele mesmo. Aí ele deu uma melhorada.[...]”

A professora estava com receio de relatar o acontecimento, porém eu a encorajei e procurei investigar quem viu e como a escola trabalhou e compreendeu o fato. Ainda, procurei questionar se o fato não teria sido uma “brincadeira entre meninos” ou uma forma de descoberta do corpo e do prazer:

“As crianças que viram [...] daí chamaram a inspetora, né, [...] o menino só chorava, o outro que ele pegou, só chorava, só chorava, só chorava [...] foi o melhor amigo dele, sabe? Deu muito trabalho o Miguel.”

“Parece que ele pegou na marra o menino. Segurou. Pôs assim [...] Parece [...] prendeu o pescoço. Derrubou ele no chão [...] e tava arrancando a roupa, o menino mandando ele parar e ele não parava (eu também não vi, foi o que me falaram, tá?). Ele queria pegar o menino à força mesmo. Não era assim uma brincadeira. Depois os amiguinhos começaram a falar que ele era a mulher do Miguel.”

Com relação à aprendizagem, a professora afirma que ele não tem dificuldades: na prova do SARESP, chegou a “gabaritar” em matemática. Entretanto ela frisou que se Miguel não for medicado, ele não tem concentração. No tocante ao relacionamento com a professora, ela afirmou que era bom, que conversava bastante com ele. Uma vez ele foi agressivo com a professora, isto aconteceu quando ela foi apartar uma briga dele: *“[...] ele veio para acertar em mim [...] aí desviou e não acertou [...]”. A professora disse que talvez essa atitude de Miguel fosse ocorrer com qualquer pessoa que tentasse segurá-lo naquele momento de raiva. Ela complementou que com ela, ele não é agressivo, somente com os colegas: “Alguém falar alguma coisa ele vai em cima [...] ele passa, puxa o cabelo, chuta, hoje mesmo chutou [...] assim [...] do nada, chutou o outro”. Diante da colocação da professora, perguntei-lhe como aparecia a agressividade e ela respondeu:*

- “Às vezes acontece [...] assim [...] alguma coisa. Mas assim [...] do nada mesmo [...] na brincadeira mesmo ele é agressivo”.

A professora também foi questionada a respeito da participação da família na vida escolar de Miguel. Neste sentido ela relatou que *“[...] a mãe até tenta [...] vem em reunião”*. Porém, Miguel não faz a lição de casa e a mãe só percebeu isto no final do ano. Também a professora observa que o relacionamento familiar é complicado: *“A mãe fala uma coisa, aí vem a tia, a avó e fala outra coisa [...] acho que é muita gente que não fala a mesma língua pra ele, né.”*

Na sala de aula, ela afirmou que procura resolver os problemas *“[...] na base da conversa, conversando, fazendo um debate, pensando e refletindo [...]”. Mas tem coisa que vai pra diretoria, aí manda chamar a mãe, também.*

Questionei ainda sobre como Miguel é percebido na escola e ela respondeu que: *“Ele é mal. [...] mal assim [...] mal visto, ele já era [...] porque todo recreio ele briga mesmo, aí ele é conhecido por todo mundo agora, depois disso ele é conhecido [...] tem até apelido na escola [...]Jeu ouvi assim entre os funcionários [...]*

e dos outros meninos da outra sala, que ele é assim chato, briguento [...] não é apelido bonito, não [...] é alguém que pega o outro.”

Diante desse quadro, questionei com a professora sobre as mudanças e sugestões que ela sugeria para o próximo ano, visto que já caminhávamos para o final do ano letivo:

“Tem que ser mais firme, a professora tem que ser firme, a mãe tem que ser firme. No começo a gente foi mole com ele [...] as regras têm que fazer com que ele siga porque demorou bastante para que ele respeitasse [...]. E ele não pode ficar sem o medicamento dele [...] porque ele é uma pessoa que realmente precisa porque senão eu acho que ele vai para um outro caminho. A vida dele toma um outro caminho. Porque ele fala muito [...] que nem ontem [...] mesmo depois do recreio [...] ele veio falando pra mim que na hora do recreio [...] o efeito do remédio passou [...]. Neste ínterim, a professora relatou que Miguel havia inventado uma estória sobre uma colega de classe, dizendo sobre a mesma: “[...] que ela vendia maconha, que ela fumava maconha [...] que ela usava droga [...] ela veio me falar [...] falou isso pra menina. Tem umas coisas assim que ele fala [...] já falou também quando aconteceu aquela chacina na escola, né [...] ele falou assim [...] tipo brincadeira [...] que iria arrumar uma metralhadora pra tátátá [...] pra metralhar a escola [...] daí a gente tem que conversar.

Em relação ao desenvolvimento cognitivo:

Miguel “ele vai e depois ele para. Em matemática ele vai vai vai [...] porque ele gosta muito de matemática ele vai, vai, vai e aí depois acho que cansa [...] não quer mais saber”. A professora comenta que ele poderia ir além e que ela poderia dar todas as oportunidades para ele desenvolver suas potencialidades, porém Miguel parece perder a motivação muito facilmente. Posteriormente, ela complementa que: “Ele gosta de desenhar bastante, desenha carro, monstro, preto [...] vem desde [...]. A professora cita que tais atitudes vinham desde o país onde ele morou por cerca de três anos, visto que foi lá que recebeu o diagnóstico de TDAH. Ainda fez o seguinte comentário: “O neuro falou que ele realmente ele precisa, que ele precisa ser medicado [...] quem me falou isso foi a mãe [...] ele pode virar para o outro lado, usar essa a inteligência dele para o mal [...] ele é muito inteligente mas ele pode usar pro mal. É isso!”

Durante a entrevista, também ficou evidente o quanto a professora valoriza o tratamento medicamentoso:

“Igual hoje mesmo [...] ele sempre toma duas ritalinas: uma antes [...] a mãe dele que dá, né? [...] e outra depois do recreio [...] aí não é sempre que ele quer tomar depois do recreio [...] aí tem vez que ele dá muito trabalho. Senão ele não realiza nenhuma atividade”.

Mais uma vez a professora relatou o modo como Miguel lida com sua sexualidade, parecendo algo descontrolado, sem limites, vergonhoso e escancarado:

“Lógico que ele tem umas dança [...] quando ele tá [...] começa aquela dança sensual lá dentro da sala. Ele fica se esfregando assim na frente dos outros, se esfregando mesmo [...] no da frente [...] em quem estiver perto e eu não posso deixar, dentro da sala eu não posso!”

Foi bastante expressiva a forma como a professora comentou as mudanças na vida de Miguel, bem como a separação do pai, que naquele período ainda estava fora do país:

“Mas como eu falei pra ele [...] a vida é assim [...] a gente vai ter que se adaptar nos locais [...] trabalhar, mudar de emprego [...] mudou daqui pra outro país [...] ele falou que tinha mudado para um monte de casa [...] cada lugar que você vai é uma turma diferente [...] você tem que ir acostumando. [...] No começo também ele falava muito do pai [...] porque disse que esse pai é muito bom pra ele [...] aí com o passar do tempo o pai não viria [...] eles vieram na esperança que o pai viria [...] aí ele parou de falar no pai. Tirou o sobrenome do pai em uma produção, sabe? [...] Agora ele nem fala mais do pai [...]. Agora acho que vai ter problema quando o pai voltar!”

5.2.7. ALGUMAS CONSIDERAÇÕES A PARTIR DO CASO

*Quero ficar no teu corpo feito tatuagem
Que é pra te dar coragem
Pra seguir viagem
Quando a noite vem
(Chico Buarque)*

O nome de Miguel estava tatuado no corpo da mãe, mas será que também estava fixado em seu coração? Que lugar essa criança ocupava na vida de sua mãe?

Nos vários momentos do psicodiagnóstico, pude perceber o quanto os lugares e as funções parentais estavam confusos na história de Miguel. Afinal, de quem ele era filho: do avô? Do pai biológico? Ou do padrasto? Por outro lado também é possível questionar: quem exercia a função materna: a mãe, a tia ou a avó?

A mãe relatou o quanto ficou emocionada ao ver que o filho parecia com seu pai, foi um misto de alegria, ciúmes (porque o pai amou aquela criança desde então) ou culpa? Miguel era seu filho ou seu próprio irmão?

Fronteiras que às vezes pareciam muito esparsas ou rigidamente fixadas “a ferro e fogo, em carne viva”? A necessidade de firmeza em terreno tão fluido, flutuante como as águas que separaram pai-filho, avô-neto, avó-neto. Referências morais e parentais cambiantes e por vezes, contraditórias. Estas foram as percepções que emergiram a partir do encontro com a família, com a criança e com a escola.

Os impulsos sexuais e agressivos aparecem muitas vezes sem medida e sem contenção. Na relação ambígua com a mãe, quer estar com ela e até ser como ela, as relações sádicas e agressivas podem ser uma defesa de Miguel contra os desejos sexuais-homossexuais que aparecem com toda a força e sem a interdição paterna. Foi bastante interessante a colocação da professora quando contou que Miguel havia retirado o sobrenome do pai em uma produção da escola. Sem pai e sem Lei, o que lhe restava para “não virar bandido” eram os medicamentos prescritos pela medicina.

No dia de sua devolutiva, comentei com Miguel a respeito dos remédios que tomava e ele colocou que também a avó havia dito que: “[...] *prefere me ver tomando remédios do que eu virar bandido [...] só que o remédio é uma droga*”. Também foi bastante significativa a fala da mãe a respeito dos medicamentos: “[...] *o risperidona murcha a bola dele*” – pois diminuía a agressividade e o fazia dormir, ficar quieto.

A fala da avó, *virar bandido*, e de sua professora que percebera uma insensibilidade de Miguel diante da notícia de uma chacina em uma escola, era uma profecia fantasiosa ou uma intuição baseada em fatos da realidade? Eis uma questão difícil de responder, visto que Miguel era uma criança com um psiquismo em estruturação. Além disso, seu potencial cognitivo e o modo como brincou comigo, na hora de jogo diagnóstica, demonstrou plasticidade e criatividade. Na hora

de jogo, ele transformou a massinha de modelar em vários personagens e brinquedos, além de criar uma história.

Não obstante, de acordo com a teoria do pensar de W. R. Bion, emoção e cognição não estão desconectados, pelo contrário, O'Shaughnessy (1990,p. 197) explica que o pensar para Bion: “Não significa algum processo mental abstrato. Sua preocupação é com o pensar como ligação humana – o esforço para compreender a si próprio ou o outro [...]”.

Com efeito, o que pude perceber no caso de Miguel foi uma cisão entre afeto e cognição, falta de preocupação com o outro e uma labilidade na relação com o objeto de conhecimento. Apesar de ter um potencial cognitivo, sua professora colocou que facilmente ele perdia a motivação e o interesse pelos conteúdos da matemática, disciplina que tinha mais facilidade de aprender. Neste sentido, minha hipótese é de que Miguel apresenta uma pseudo-integração, uma aparente integração da posição depressiva, mas que mascara uma organização patológica.

No nosso último encontro, Miguel chegou falando que não queria vir, que o seu desejo era ficar com uma prima da idade dele que havia chegado de viagem. Não sei se disse isto após eu falar que era nosso último dia, porém, transferencialmente, eu senti uma rejeição da parte dele e em mim, veio um sentimento de culpa por ser mais uma pessoa que iria “passar” pela vida dele, visto que eu o encaminharia para psicoterapia com outra psicóloga.

Baseando-me em Bauman (1998) eu não queria ser mais uma “turista” que havia passado pela vida dele, sem compromisso ou ligação. Todavia, naquele momento, eu estava ocupando aquele lugar. A dor da separação foi forte, assim como o medo de que, no município, não houvesse um profissional que realmente pudesse ajudá-lo a se desenvolver e a se conhecer. Corria o risco de que ele fosse inserido em um projeto onde as crianças diagnosticadas com TDAH eram atendidas em grupo: “Grupo de crianças com TDAH”. Tentei impedir isto, encaminhando-o para um atendimento individual, mas a lista de espera era grande e os profissionais tinham o costume de agrupar as crianças com o objetivo de dinamizar o serviço. Penso que o maior problema dessa modalidade de atendimento não era o atendimento grupal em si, mas a tendência de cristalizar a identidade subjetiva em um rótulo, oficializando a existência do transtorno e a ideia do tratamento desta “patologia” por meio do controle químico.

Deste modo, gostaria de salientar que o conceito de organização patológica utilizado por Steiner (1991), do qual me apropriei para compreender o funcionamento de Miguel, não tem a intenção de fixar a identidade desta criança em uma patologia, mas sim esclarecer que é importante saber em que nível o sujeito funciona e qual é o seu estado mental predominante. Essas questões são de suma importância para que o terapeuta possa dirigir-se ao paciente de uma forma que possa ser compreendido.

A dinâmica familiar de Miguel e toda a instabilidade que vivenciou em tão tenra idade, levou-me também a recorrer ao trabalho de Minerbo (2009, p.399). Esta levanta a hipótese de que “[...] a realidade vem sendo convocada a dar sustentação e credibilidade ao símbolo [...]” visto que as instituições (família, escola, Estado, Direito) estão frágeis e não oferecem representações suficientes para dar sustentabilidade ao símbolo. Por isso uma busca contínua por vivências concretas e reais: uso de tatuagens, *reality show*, músicas e danças erotizadas, atuações, entre outros. Vários desses aspectos foram detectados na biografia de Miguel. Assim, de acordo com meu ponto de vista, penso que seu principal sintoma - a impulsividade - é um transbordamento pulsional que não encontrou representações suficientes para a sua contenção.

5.3. A HISTÓRIA DE JOÃO

*Mama África, tem
Tanto o que fazer
Além de cuidar neném
Além de fazer denguim
Filhinho tem que entender
Mama África vai e vem
Mas não se afasta de você...
(CHICO CÉSAR)*

No encaminhamento da psicóloga escolar para o Ambulatório de Saúde Mental constava a seguinte descrição: “*Em 2007 foi diagnosticado com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade associado a Impulsividade, já fez tratamento psicológico e parou. Solicito dar continuidade ao tratamento*”. Tendo esse encaminhamento em minhas mãos, entrei em contato com a mãe de João e marquei a primeira entrevista.

Em nosso primeiro encontro, percebi que não seria fácil para a mãe recontar a história do filho para uma nova psicóloga, visto que João já havia passado por outras profissionais (três). Isto foi verbalizado na entrevista e ela concordou, dizendo para mim que não sabia mais o que fazer e que estava cansada de tanto ser chamada para resolver os problemas que o filho causava.

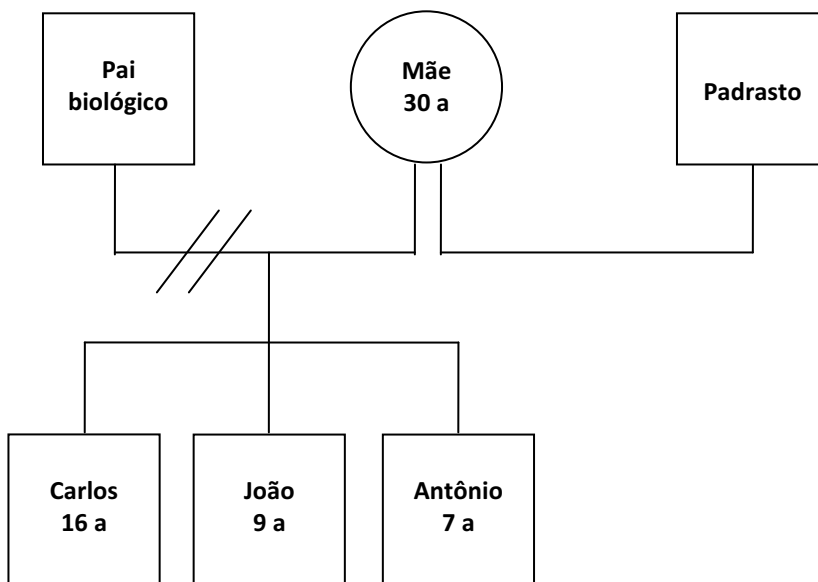
Lia - que assim será chamada por mim neste trabalho - relatou que há um tempo atrás, quando o filho tomava os medicamentos, ficava mais quieto. Porém, atualmente (mesmo tomando os medicamentos) estava muito agitado e agressivo: batia na cabeça dos colegas, esfregava o pênis nas meninas e fingia que desmaiava. As outras mães da escola não o queriam mais lá.

Neste dia também relatou que abandonou o tratamento do filho com a última psicóloga porque não percebia resultado. Antes de dizer isto, perguntou-me se eu fazia a mesma coisa que essa profissional (usava brinquedo e desenhava), desta forma expliquei-lhe qual seria o meu papel com João, um trabalho principalmente de investigação e assim ela concordou em participar.

A mãe pareceu-me um pouco descrente em relação à mudança do filho, em um ano chegou a tirá-lo da escola, pois não aguentava mais ouvir reclamações. Contou que em casa era a mesma coisa, ele não parava quieto e vivia brigando com o irmão mais novo.

No tocante ao pai da criança, ela contou que o mesmo sempre fora ausente, além de não pagar os alimentos para os filhos. Atualmente João tinha um padrasto, cuja relação com a mãe dele despertava-lhe muito ciúmes, isto é, chamou a atenção o fato de João dizer agressivamente que se a mãe tivesse outro filho, ele iria matá-lo. Segundo a mãe, o padrasto ficava bravo e dizia: “*Olha a conversa deste menino!*”, mesmo assim era o filho quem queria mandar na casa.

5.3.1. COMPOSIÇÃO FAMILIAR



Legenda:

Divorcio: //

5.3.2. A ANAMNESE COM A MÃE

No primeiro dia marcado para a anamnese, a mãe falou mais a respeito do pai biológico de João, relatando para mim como fora a relação com ele. Este usava drogas, chegou a ser preso, teve amantes e um filho com outra mulher. Lia questionou-me se o filho “*era assim*” porque o pai biológico tinha sido usuário de drogas. Da linhagem paterna e principalmente da história do casal, somente vieram experiências negativas: a gravidez precoce (14 anos), a experiência de ter morado em uma favela, abandono do marido, nas palavras de Lia: “*um casamento mais de brigas do que de paz*”.

A temática que mais me mobilizou durante a anamnese foi o modo como João foi amamentado. Lia relatou que amamentou o filho no peito normalmente, até que engravidou do caçula quando João tinha cerca de um ano e três meses e o leite secou. Mesmo assim Lia dava o peito para o filho mamar, disse-me que chegou uma época em que “*teve nojo*”, mas como João insistia, ela ofereceu-lhe o peito durante toda a gravidez e ao nascer o irmãozinho resolveu amamentar os dois concomitantemente, cada filho em um peito diferente. Justificou tal situação com uma fala de sua avó: “*Eu falei pra você tirar o peito antes do bebê nascer, sua safada! Agora você aguenta!*”.

Excluindo a questão do desmame, os outros pormenores do desenvolvimento infantil aconteceram sem maiores dissabores. De acordo com Lia, aos dez meses João começou a andar sem precisar do uso de andador, engatinhou no chão; porém, a respeito do início do desenvolvimento da linguagem, a mãe não se recordava muito bem. O que ficou muito presente foram as dificuldades de João com a escola desde sua entrada na Educação Infantil, aos três anos. Sua adaptação foi difícil e ele parecia chorar muito mais do que as outras crianças. A mãe muitas vezes tinha que ficar na sala das crianças até a orientação da professora para que saísse escondido. No Jardim a mãe era chamada frequentemente: João era muito agressivo, batia nos colegas e não queria fazer nenhuma atividade.

Com efeito, as dificuldades no processo de escolarização sempre foram muito presentes na vida da criança. Lia informou-me que João ainda não sabia ler e que para fazer as lições de casa, ela “*tinha que ficar no pé dele*”. Deste modo, a mãe não acreditava que ele pudesse melhorar com aulas tipo reforço escolar, em grupo, pois ele precisava de atenção exclusiva de um educador.

Outra questão verbalizada pela mãe que chamou a atenção foi o enfrentamento do menino diante das figuras de autoridade. Nas palavras de Lia, João parece “*peitar*” a diretoria e os professores. O filho costuma falar quando está diante de alguma pressão ou limite: “*eles podem chamar quem eles quiserem: Conselho Tutelar, a mãe, a polícia, a diretora [...] ele conhece os direitos dele.*”

Ainda, no que diz respeito à sexualidade de João; Lia, ao ser questionada sobre este tema, contou-me que - naquela mesma semana - o filho trouxe um saco de camisinhas e explicou que eram para a mãe e padrasto. Lia disse-me que ficou muito envergonhada e que também perguntou ao menino onde ele havia conseguido aquilo. João contou que havia ganhado no “*posto de saúde*”. Ela então respondeu ao filho que não utilizava “*aquilo*”.

Em outra ocasião, João - quando estava com aproximadamente oito anos - perguntou-lhe sobre como nasciam as crianças. Ela também ficou envergonhada e não respondeu, explicando-me que hoje as crianças aprendem essas coisas sozinhas, complementou que os outros filhos são mais tímidos, mas João fica “[...] *oiando tudo – os parentes se beijarem – agora diz que está namorando, que namorar é beijar na boca.*”

Novamente, em relação à dinâmica familiar, outro dado importante diz respeito às relações fraternas. João é o filho do meio e sente mais afinidade com o irmão caçula, apresentando, segundo a mãe, muita afeição por ele. Todavia, tudo parece ser muito intenso: amor e ódio sempre permeando as relações fraternais. Lia explica que: “[...] *ao mesmo tempo que ele gosta desse irmão, às vezes judia dele*”.

Finalmente, pareceu-me que as intensidades de João são cuidadas principalmente por meio de medicamentos. A criança era acompanhada pela neuropediatra fazia cerca de quatro anos e era medicada com os remédios Ritalina e Risperidona.

5.3.3. A HORA DE JOGO DIAGNÓSTICA

Após a última entrevista com a mãe (tivemos, no total, três encontros) - marquei o primeiro encontro com João. Como ele faltou duas vezes seguidas, entrei em contato com a mãe pelo telefone para saber o que estava acontecendo. Lia justificou que ele ficava com a avó enquanto trabalhava e parecia que a mesma não

estava conseguindo trazê-lo – João estava se escondendo da avó – pois não queria vir para o atendimento.

Finalmente João compareceu, ainda assim, atrasado para a sessão. Quando entrou na sala, encontrou uma mesa com quebra-cabeça, Jogo Resta Um, jogo da memória, dominó educativo, utensílios de cozinha, objetos de beleza, material escolar, trapinhos e barbante. No chão havia carrinhos de madeira, aviãozinho do mesmo material, animais domésticos e selvagens, apetrechos de médico, uma caixa aberta e ao lado, a tampa da caixa.

Eu o convidei a sentar-se em uma das poltronas para que eu fizesse o enquadre. Apresentei-me e perguntei se ele sabia o motivo de estar ali comigo. João respondeu que não. Então expliquei o motivo, que gostaria de conhecê-lo melhor e também tentar compreender suas dificuldades na escola.

João ficou quieto. Então coloquei que os brinquedos estavam ali para que ele pudesse utilizá-los da forma como quisesse, podia ficar à vontade e brincar. A partir daí ele foi logo para o chão e pegou primeiramente alguns animais. Eu também sentei alguns minutos no chão e fiquei observando-o.

João tomou um casal de porcos e os colocou dentro da tampa da caixa lúdica. Foi mexendo em diversos animais, pegou outros dois pares e perguntou-me se eram dois hipopótamos. Respondi que sim: era um maior e outro menor, um com a boca fechada e outro com a boca aberta. Ele foi fazendo separações entre os animais, alguns colocava dentro da caixa, formando cercadinhos, e outros ficavam soltos.

Mobilizou minha atenção o fato de que os dois hipopótamos ficaram dentro da caixa junto de uma lagosta amarela. A lagosta lembrou-me um escorpião, o que me fez associar com uma história contada por sua mãe, de que ele tinha sido mordido por um escorpião. Assim perguntei-lhe que animal era aquele, mas ele respondeu que não sabia.

João pegou os carrinhos de madeira, andava com eles calmamente e também fazia o avião voar, caminhando pela sala com ele. Pareceu-me um menino tímido e franzino – totalmente diferente da forma como a escola descreveu. Essa imagem fez-me questionar se sua presente calma era efeito dos medicamentos.

Ele quase não interagiu comigo, brincava sozinho. Fiquei observando, tentando aguardar os sentidos que poderiam brotar daquele encontro. Resolvi perguntar se os porcos eram um casal, ele também respondeu que não sabia.

João levantou-se e observou os brinquedos da mesa e questionou-me se o Resta Um era brinquedo de menina. Daí eu reparei que sem querer eu havia deixado os brinquedos considerados mais femininos sobre a mesa e os “masculinos” no chão. Respondi que não, mas também questionei: “O que seria brinquedo de menina ou de menino? Disse-lhe que poderia mexer em todos e fui pegando alguns e questionando o gênero: “Isto é de menina?” Em relação aos materiais escolares ele respondeu que não, mas quando mostrei um bolo rosa, João respondeu que aquele brinquedo era de menina.

Também neste íterim ele me perguntou sobre os apetrechos de médico, como colocava um crachá de brinquedo e como era possível auscultar o coração com o estetoscópio. Fui mostrando pra ele, fazendo hipóteses sobre como funcionava aquele instrumento, porém disse-lhe que eu mesma não sabia exatamente como era o seu funcionamento, perguntei-lhe: “O que você acha? Como será que escutamos o coração?” Ele repetiu o que eu disse e comentou: “*Parece fios que vão até o ouvido.*”

No início da sessão expliquei-lhe sobre o nosso espaço ali, disse-lhe que ia deixar a porta aberta que dava acesso a uma varanda da sala de atendimento e também ao quintal da instituição, mas se aparecesse alguém lá fora (algo que era difícil de acontecer) eu fecharia a porta. João - primeiro que eu -percebeu alguém se aproximar para varrer o quintal e avisou-me; resolvi, então, fechar a porta. Neste momento ele havia começado a mexer no quebra-cabeça, colocando-o no chão. O brinquedo possibilitou-me interagir mais com ele, pois fiquei ajudando-o a encontrar as peças.

João faz um comentário a respeito do sexo dos porcos que ele havia brincado, diz que eram macho e fêmea. Como eu não nunca tinha observado esse detalhe naqueles brinquedos, peguei-os na mão e vi que realmente tinham sexo.

Durante o quebra-cabeça observei que João tinha uma certa dificuldade para encontrar as peças e encaixá-las, parecia não ter muita familiaridade com este tipo de brinquedo, ou ainda, poderia também ser uma dificuldade para ver/imaginar o desenho em sua totalidade. Ali comigo, em alguns momentos, virava a peça diversas vezes até encontrar a forma correta de encaixá-la. Era um quebra-cabeça de 60 peças. Todavia João não abandonou o brinquedo e ficamos juntos até conseguirmos montar tudo.

Chegando ao final da sessão, questionei a ele sobre as diversas divisões que fizera com os animais. João então explicou a sua organização:

- os dois hipopótamos com a lagosta são animais da água;
- os porcos ficaram no chiqueiro;
- os animais eram da floresta;
- os animais no pasto com um cachorro tomando conta.

5.3.4. ALGUNS APONTAMENTOS SOBRE A VIDA ESCOLAR E SOCIAL

Como não foi possível realizar a entrevista com a professora de João, posteriormente, após a desistência da criança e da família, resolvi pesquisar alguns documentos (prontuários) que relatavam a situação do menino na escola e também no programa social que frequentava. Desta forma, colocarei abaixo o relatório de uma professora que trabalhou com ele:

*“O aluno João recebe medicamento ao chegar na escola (Ritalina).
Entra na sala, não cumprimenta ninguém.
Senta-se, deita-se na carteira e lá permanece até o fim da aula.
Não consegue acompanhar as atividades, pois é pré-silábico e não sabe ler.
A professora propõe atividades de alfabetização, mas ele recusa-se a fazer. Joga as atividades no lixo.
Não interage com os colegas. Não participa oralmente.
Até hoje, só apresentou um quadro de agressividade, em um dia em que ficou sem medicamento.
Não há queixas do aluno durante o recreio ”.*

Podemos observar, por meio do relatório da professora, o quanto a escola associa o medicamento à contenção da agressividade. Na perspectiva da escola, sem a Ritalina ou a Respidona, a criança fica agressiva e perde o controle.

Também chama a atenção o fato de a criança frequentar o 4º ano do Ensino Fundamental e ainda não ser alfabetizada.

Segue abaixo agora o relato de uma estagiária do Serviço Social, a qual observou seu comportamento em um programa social:

[...] João não quis entrar na atividade de capoeira onde está matriculado no primeiro horário nos dias de terça e quinta feiras, no primeiro horário ele ficou no laboratório de informática, quando acabou o primeiro horário da turma que estava na sala ele não queria sair. A Psicóloga foi até a sala conversar com ele e ele disse que não iria sair. Falou então para ele que iria desligar o computador e ele a ameaçou dizendo: “desliga para você vê”.

A diretora do programa foi até lá e desligou, o chamamos em uma sala e conversamos que ali tinha regras e que ele tinha que respeitar. Logo após ele bateu em uma criança. Então ligamos para a mãe que veio até o programa junto com o padrasto, conversamos com eles e o que ficou claro é que a mãe não aceita que o padrasto corrija o menino e nem a família da mãe, falam que ele não é o pai dele.

O relato acima retrata melhor o modo como João relaciona-se com o seu meio e a forma como lida com as frustrações. No programa em que frequentava tinha atividades de capoeira e informática, também, a psicóloga que foi chamada neste contexto, não tinha a função ali de realizar psicodiagnóstico ou atender em psicoterapia, pois suas atividades estão mais ligadas a projetos socioeducativos e acompanhamento dos trabalhos de outros educadores que trabalham na instituição.

5.3.5. ALGUMAS CONSIDERAÇÕES A PARTIR DO CASO

Fiquei em silêncio, como o caçador que espera o vôo da caça, pois esta é a minha profissão: sou um caçador de palavras. (RUBEM ALVES)

Infelizmente não foi possível finalizar o psicodiagnóstico de João porque depois da hora de jogo ele não voltou mais, também a mãe não compareceu pessoalmente para conversarmos sobre a desistência, dissera-me apenas que o filho estava mais tranquilo na escola e não queria vir ao atendimento psicológico. Cheguei a pedir auxílio para a psicóloga escolar que o encaminhou, mas não percebi interesse da parte dela em motivar a família para finalizar o trabalho que fora iniciado. A profissional informou que o município agora contava com um atendimento especializado para as crianças que tinham o diagnóstico de TDAH e Transtornos de Aprendizagem; ela mesma ia começar a trabalhar neste local atendendo as queixas escolares e provavelmente João seria transferido para lá.

Depois disso tive a oportunidade de observar João em um programa social voltado para crianças e adolescentes. Pude conversar com os educadores que trabalharam com ele, os quais me disseram que João era extremamente agressivo, facilmente se envolvia em brigas e parecia não ter medo de ninguém. Quando ficava bravo, não tinha quem o segurasse, ele enfrentava os meninos mais velhos, os adultos e batia no primeiro que aparecesse em sua frente. Uma educadora pensou em convocar o pai que morava no município, já que a mãe dele afirmou que João sentia raiva desse pai e, para essa educadora, a ideia de convidar o pai para participar da vida do filho era uma tentativa de recuperar o vínculo paterno.

Janin (2010b) afirma que algumas crianças consideradas hiperativas, mas que apresentam algumas questões peculiares, como desafiar a autoridade e rebelar-se diante das normas, podem possuir um déficit na introjeção de normas e proibições. Para a autora, tais crianças são submetidas a uma força que não podem controlar, é como se tivessem parado em um momento anterior à estruturação do superego como instância psíquica.

Creio que podemos utilizar a hipótese de Janin (2010b) para investigarmos os determinantes da sintomatologia de João. Pudemos verificar em

sua biografia como funcionou o processo de desmame, que segundo Winnicott (1975) não se confunde com o simples término da alimentação ao seio e pode ser compreendido como a reunião das frustrações, um processo gradativo de desilusão.

Ainda para Winnicott (1975, p.70), a mãe suficientemente boa “[...] se acha num permanente oscilar entre ser o que o bebê tem capacidade de encontrar e (alternativamente) ser ela própria, aguardando ser encontrada.” Deste modo, baseando-me nesses autores, posso inferir que - no caso de João - sua mãe não conseguia ser ela própria, mas sim toda para o filho. Ela alimentou João ao seio, concomitantemente com o filho caçula, até os cinco anos do primeiro.

Foi também muito marcante a fala da mãe de que João “peitava” a diretora e os professores, expressando um destemor diante de qualquer figura de autoridade, principalmente quando se encontrava invadido por sentimentos de ódio e frustração. Neste sentido resolvi pesquisar a etimologia da palavra “peito” e o que encontrei foi o seguinte:

Do lat. Pectus-oris. Expecto. ação. Do fr. Expectoration. Expecto. ante. Isto é, a palavra “peito” tem uma forte ligação com a palavra “expectorar”, que traz o seguinte significado no dicionário Aurélio: 1. Expelir do peito; escarrar 2. Proferir, dizer, com ira ou violência.

Penso que investigar a polissemia da palavra “peito” pode nos ajudar a compreender os vários aspectos do funcionamento psíquico de João. É bastante interessante observar a variação do significante “peito” que simultaneamente pode significar alimentação (alimentar ao peito) e eliminação (de dejetos, escarros, palavras proferidas com violência). É o que acontece nos primórdios do desenvolvimento infantil, o bebê sob a vigência dos processos primários, introjeta o leite bom e projeta para dentro de sua mãe aquilo que ele não pode digerir. Bion e Winnicott, cada um à sua maneira, vai dizer da importância do ambiente para que entre em cena o processo secundário e o nascimento de uma capacidade de pensar. Nas palavras de Winnicott (1975, p. 25): “Não há possibilidade alguma de um bebê progredir do princípio de prazer para o princípio de realidade ou no sentido, e para além dela, da identificação primária [...] a menos que exista uma mãe suficientemente boa”.

A mãe suficientemente boa é aquela que também proporciona a desilusão, ajuda a construir um psiquismo que pode transformar frustração em pensamento ou em outros termos, possibilitar que o bebê transforme o não-seio em

pensamento. Assim, se o bebê não é colocado em situações gradativas de frustração, de modo que aprenda a tolerá-las, ele pode ficar na ilusão de que tem um seio inesgotável ou de que é o próprio seio onipotente.

Deste modo, podemos compreender os sintomas de João, suas dificuldades para ler e escrever, a impulsividade e hiperatividade como frutos de uma mente que não desenvolveu a tolerância à frustração, que funciona predominantemente sob o regime do princípio do prazer: “[...] uma psique que opera sobre o princípio de que a evacuação de um seio mau é sinônimo de obter alimento de um seio bom”. (BION, 1991, p. 187).

6. ANÁLISE E INTEGRAÇÃO: A INTERPRETAÇÃO

A essência da sabedoria da psicanálise não está neste ou naquele autor; está entre eles. O maior mal da humanidade está no problema do mal-entendido da comunicação entre as pessoas.

(ZIMERMAN, 2004, p.31)

Ao me apropriar de todos os casos atendidos e em particular dos três atendimentos que foram escolhidos para análise, torna-se bastante complexo relacionar e articular as diversas questões e sentidos que apareceram nesta pesquisa. Assim, para efeito didático, sintetizarei aqui os principais aspectos que foram levantados entre os casos de crianças diagnosticadas com TDAH, articulando-os aos referenciais teóricos estudados, de modo a discriminar os determinantes e as singularidades das modalidades subjetivas. Desde o início deste trabalho, procurei demonstrar o meu interesse em compreender o entrecruzamento entre o psíquico e o social, o que me levou a dialogar com vários autores diferentes, inclusive da psicanálise. Desta forma, este capítulo pretende realizar uma síntese das principais questões apreendidas por este trabalho e refletir sobre os significados e os sentidos da sintomatologia do TDAH em um percurso que se inscreve na interface entre a psique e o mundo.

Foi interessante observar que nos três casos estudados houve dificuldades da dupla mãe-bebê para lidar com as angústias infantis de separação. Isto foi claramente denunciado pela relutância da dupla em finalizar o processo do desmame: ou a mãe finalizou o processo de forma abrupta por doença ou por aplicação de produtos aversivos no seio (como pimenta ou boldo com caráter punitivo) ou o oposto, a mãe retardou ao máximo a interrupção do aleitamento materno.

Cintra e Figueiredo (2004, p.69) assim descreveram suas impressões a respeito da teoria kleiniana acerca da importância do período do desmame para a constituição do psiquismo infantil:

Em nossa compreensão, Melanie Klein pôde ler melhor que seus contemporâneos o próprio texto freudiano, e pôde perceber que já nesse momento precoce, de constituição do objeto como objeto total, forma-se uma triangulação entre criança, mãe e ausência desta, sendo que a ausência da mãe se torna mais claramente perceptível com o aparecimento de um objeto estranho, o qual pode nem estar sendo investido ainda como objeto, mas vem marcar o sentimento de perda do objeto familiar, instalando o que será chamado mais tarde de “a primeira posição depressiva”. (Aspas dos autores)

De acordo com esta ótica, o complexo de Édipo é constatado desde a época do desmame e é apresentado, segundo os autores acima, em seu sentido mais metafórico e simbólico, em uma dinâmica de inclusão-exclusão, presença e ausência. Como vimos, também Winnicott (1975) vai afirmar que a desilusão é tarefa preliminar ao processo de desmame, o qual pode ser compreendido como um conjunto de frustrações.

Os vários autores que trabalham com a perspectiva psicanalítica compreendem que o lactente se encontra, a princípio, indiferenciado à pessoa que lhe oferta os cuidados necessários a sua sobrevivência, conforme Winnicott (1975, p. 27): “Psicologicamente, o bebê recebe de um seio que faz parte dele e a mãe dá leite a um bebê que é parte dela mesma”.

De acordo Winnicott (1975), é muito importante que o bebê tenha a possibilidade de vivenciar a ilusão de que existe algo que possa atender à crescente demanda que se origina da tensão instintual. O bebê alucina a mãe e esta se apresenta, pois inicialmente a mãe está bem adaptada às necessidades de seu filho, acompanhando intimamente os seus movimentos. Acontece assim uma sobreposição, um encontro entre o controle mágico da criança e a oferta da mãe.

Bion (1991) por sua vez vai falar do movimento dialético entre as vivências de satisfação e frustração que vão emergir da relação mãe-bebê e produzir a partir daí um terreno fértil para a construção de uma capacidade de pensar. Segundo o autor, a preconcepção de um seio associada a uma experiência de satisfação (a experiência do seio real) produz uma concepção, que é uma forma de pensamento. Por outro lado, a preconcepção de um seio associada a uma frustração (a realização negativa ou o seio ausente) pode produzir um pensamento ou uma evacuação da frustração vivenciada.

A produção de pensamentos vai depender, para Bion (1991) não apenas da capacidade de frustração do neonato, mas também da capacidade de

reverie da mãe. O *pectus* humano/materno não pode ser apenas um órgão que proporciona introjeções e projeções, mas algo que produza um “entre”, uma mediação na relação eu-objeto, por meio da produção de representações dentro de uma condição predominantemente amorosa:

Segue-se um desenvolvimento normal se a relação entre o bebê e o seio permite ao bebê projetar um sentimento, por exemplo, de que está morrendo, para dentro da mãe, e reintrojá-lo, após a permanência no seio tê-lo tornado tolerável para a psique do bebê. Se a projeção não é aceita pela mãe, o bebê sente que seu sentimento de estar morrendo é privado do significado que possui. Consequentemente o bebê reintrojeta, não um medo de morrer que se tornou tolerável, mas um terror inominável (BION, 1991, p. 190).

Winnicott (1975) contribui com o conceito de mãe suficientemente boa, aquela que é capaz de possibilitar a ilusão e a desilusão, acompanhando sempre a evolução de seu filho, em um processo contínuo que o leva a suportar a percepção de que sua mãe constitui um objeto separado de si. Para atingir essa condição materna, não importa tanto o esclarecimento intelectual da mãe, mas sim um certo estado de devotamento ao cuidado com seu filho.

Assim, levando em consideração as experiências mais prementes que surgiram nos psicodiagnósticos realizados, podemos pensar que as crianças diagnosticadas com TDAH não conseguiram vivenciar plenamente a separação em relação à mãe nas fases iniciais do desenvolvimento psíquico. O processo de separação não foi propiciado em função do modelo continente-contido, visto que as mães ora ofereceram uma vivência de separação de forma brusca e “violenta” para o psiquismo infantil, ora colocaram-se frente ao filho como uma fonte inesgotável de alimento e afeto, dificultando a criação de uma mente preparada para lidar com a ausência. Tal dinamismo foi constatado no próprio funcionamento psíquico dessas crianças, onde foi observado: descontrole dos impulsos sexuais e agressivos, evasão das situações que exigem esforço, pensamento e concentração.

Janin (2010a) afirma que não há um diagnóstico único de TDAH, mas sim diversos transtornos de atenção e motricidade. Estas manifestações nas crianças podem estar expressando: dificuldades na estruturação da subjetividade, dificuldades na libidinização do mundo, na constituição da curiosidade ou um transtorno narcisista.

A meu ver, apesar de as crianças que participaram desta pesquisa apresentarem algumas semelhanças quanto à dinâmica familiar, na relação com a mãe e também quanto à predominância dos processos primários em seu psiquismo - suas configurações psíquicas pareceram-me muito distintas.

Wendy apresentou um funcionamento mais regredido, que ainda emprega satisfações auto-eróticas para lidar com suas ansiedades. Em seu brincar foi evidenciada uma dependência em relação ao olhar do outro, necessitando sempre da minha participação para envolver-se em uma brincadeira. A sintomatologia de Wendy mostrou-se mais associada a uma inibição intelectual, pois na fantasia ela sentia que sua agressividade poderia destruir o corpo da mãe.

Klein (1931/1996, p.276) afirma o seguinte: “[...] para que haja um desenvolvimento favorável do desejo de conhecimento, é essencial que a criança sinta que o corpo da mãe está bem e não foi ferido”. Como vimos, na análise do caso de Wendy, sua história de vida revelou que sua mãe não pôde ocupar um lugar de continência para seus impulsos agressivos. Concretamente a mãe estava doente durante o período de amamentação da filha e durante a anamnese também demonstrou uma saúde frágil. Além dessas questões concretas, simbolicamente a genitora de Wendy mostrou-se como uma mãe eficiente, mas pouco continente.

Miguel tivera uma mãe mais melancólica nos primórdios de sua vida, não foi desejado, pelo contrário, foi uma criança associada às perdas e frustrações de sua mãe. Apesar de não apresentar uma inibição de sua função intelectual, sua inteligência pareceu-me desvinculada do afeto, configurando um ego que não se vincula com o objeto e com tendência a um funcionamento perverso.

João, por outro lado, vivenciou em sua singularidade uma mãe submetida às suas necessidades, com muitas dificuldades de frustrá-lo. Sua brincadeira mostrou-se mais empobrecida do que das outras crianças e suas ansiedades, defesas e relações de objeto denotaram uma maior predominância da posição esquizo-paranóide.

Estas questões corroboram a ideia do “TDAH guarda-chuva” que abarca sintomatologias bastante genéricas que não dão conta de compreender a complexidade dos processos subjetivos. Externamente as crianças estudadas apresentaram pontos em comum que se entrelaçam com as dimensões particulares e universais das modalidades subjetivas. Estas podem ser determinadas pelo contexto social mais amplo que configura novos arranjos familiares e certos modos

de existência. Não obstante, no plano singular, as crianças puderam demonstrar suas próprias especificidades. Em suma: elas possuem uma dimensão subjetiva que pode ser determinada por sua história familiar e cultural, mas isto não encobre seu universo psíquico.

Rojas (2009, p.83) aponta o importante papel que a família dispõe para a constituição do psiquismo; para constituí-lo a família se apropria de duas operações que lhe são peculiares: continência e interdição ou proteção e corte. Para esta autora: “A família também atua na instalação da renúncia pulsional: a renúncia ao incesto e à violência.”

Deste modo, de acordo com os dados que levantei, as famílias estudadas apresentaram dificuldades com relação às funções maternas e paternas. A figura paterna pareceu-me ausente tanto no sentido concreto quanto em sua função simbólica. Haja visto que, em nenhuma das E.F.Ds. (Entrevista Familiar Diagnóstica) realizadas eu consegui que algum pai participasse. Segundo Dor (1991) a dimensão do Pai simbólico transcende a presença do homem real, não sendo necessário que haja um homem para que haja um pai. A ordem edípica se define como o lugar do conflito natureza-cultura, é através da função paterna – um terceiro mediador da mãe e do filho – que o sujeito acede ao registro do simbólico/da cultura. Estas questões apresentaram-se mais claramente no caso de João, pois, de acordo com o material levantado, sua mãe não autorizava que o pai (padrasto) ocupasse o lugar de mediador e de autoridade. Principalmente nos casos de crianças do sexo masculino, observaram-se muitos conflitos edípicos; um forte desejo da criança de ocupar o lugar de objeto de gozo da mãe.

Nos casos atendidos foi muito difícil conseguir a participação do pai no psicodiagnóstico. Somente no caso de Wendy o pai biológico estava presente na família, porém se apresentou como uma figura frágil e imatura, participando do processo psicodiagnóstico somente em uma das entrevistas. Também Wendy foi a única criança do sexo feminino que participou da pesquisa. Essa tendência já foi apontada por outros estudos (KUPFER; BERNARDINO, 2009; MANO, 2009; LEGNANI, 2003), os quais pensaram a problemática do TDAH sob um viés lacaniano. Tais autores constataram também uma dificuldade de separação entre a mãe e a criança, visto que a função parental não foi bem estabelecida nas relações familiares das crianças que possuíam o referido diagnóstico. Legnani (2003, p.161), por exemplo, afirma que a criança encontra-se em uma “[...] posição na qual a *falta*

na relação com o Outro é vivida como uma privação.” Kupfer; Bernardino (2009, p.51) apontam, por sua vez, que: “Estamos diante do TDAH, ou simplesmente da hiperatividade, entendida pelos médicos como uma síndrome orgânica, mas que a psicanálise pode ler como uma reação, corporal e não simbolizada, ao declínio da função paterna”.

Pude também perceber nos psicodiagnósticos realizados uma forte ligação, porém ambivalente, da criança com a mãe, demonstrada por meio de sentimentos de desamparo, de medo da perda do vínculo com a mãe ou de desejos intensos de ter uma relação exclusiva com ela. As angústias ligadas à separação foram intensas e apresentaram-se também nos sentidos da morte e da viagem (geografia-distância).

Em relação à sexualidade, também foi comum a observância de sentimentos de ciúmes e curiosidades em relação à vida sexual da mãe. Um dos meninos afirmou que se a mãe tivesse um filho com o padrasto, ele mataria o irmão, chegando a “dar de presente” para a mãe, de acordo com o relato dela durante a anamnese, um saco de camisinhas. Miguel, por exemplo, questionou durante a Entrevista Familiar Diagnóstica o que sua mãe fazia com o pai dele, visto que a mesma era “operada”. Podemos também pensar que tais fatos indicam uma relação mais corporalizada com a mãe.

A dinâmica familiar dos casos atendidos reflete o estado atual das relações contemporâneas. Como já foi apontado, as crianças nasceram em uma sociedade caracterizada por vínculos fugazes e instáveis e que tem dificuldades para oferecer referenciais sólidos de moralidade, bem como experiências de continência e tolerância à frustração. Debord (1997, p.28) assinala:

O mundo presente e ausente que o espetáculo *faz ver* é o mundo da mercadoria dominando tudo o que é vivido. E o mundo da mercadoria é assim mostrado *como ele é*, pois seu movimento é idêntico ao *afastamento* dos homens entre si e em relação a tudo que produzem. (Grifos do autor).

Ou seja, para Debord (1997, p.24) vivemos atualmente em uma sociedade mediada por imagens e tudo o que era vivido concretamente tornou-se representação devido à dominação da mercadoria sobre a economia. O comportamento hipnótico e alienado é propositalmente fabricado na sociedade do espetáculo. O sujeito alienado não cresce e não é capaz de alcançar a autonomia,

está sempre apartado do que produz e “[...] menos compreende sua própria existência e seu próprio desejo”.

Foi com essa intenção que utilizei a história de Peter Pan: para representar a experiência vivida pelos sujeitos da pesquisa. No mundo atual, crianças convivem com adultos infantilizados, incapazes de se cuidarem sozinhos e principalmente de oferecer modelos estáveis e seguros para seus filhos. Foi frequente a observação da falta de discriminação entre os lugares de pais e de filhos, da indiferenciação entre o mundo adulto e infantil. Observou-se:

- mãe que compete com o filho pelo amor do pai-avô;
- crianças que invadem a vida sexual dos pais;
- pais que ainda dependem financeiramente-emocionalmente do auxílio dos avós;
- pais que abandonam seus filhos e deixam de cumprir o dever de alimentos;

Vale dizer que tais traços presentes nas famílias estudadas fazem parte também de um contexto social mais amplo. Vários autores que trabalharam com a infância, asseguram que as manifestações da criança são efeitos da sociedade da qual fazem parte e que as demandas referentes à criança não partem somente dos pais, mas da sociedade como um todo (ROJAS, 2009; ZORNIG, 2000).

Como também já foi apontado neste trabalho, entendo que o sujeito é atravessado por várias linhas de força que se imbricam nos planos singular, particular e universal (MEZAN, 2002). Penso que, a particularidade da infância investigada aqui carrega as determinações de uma cultura que, como vimos, transformou a imagem na principal forma de relação do indivíduo com o mundo. Deste modo, fica difícil realizar em nosso meio aquilo que Winnicott (1975) afirmou ser uma das principais missões dos pais e educadores: propiciar a desilusão.

Partindo desses pressupostos é possível problematizar: como podemos empreender esta tarefa sugerida por Winnicott diante de uma sociedade que fabrica ilusões cotidianamente? Pois vivemos em uma cultura onde todos devem parecer mais jovens, ricos e bem-sucedidos. Ainda podemos também questionar: como crescer em um espaço no qual Bauman (1998) afirmou ter valores líquidos e ser mais ocupado por turistas do que por peregrinos?

São várias as metáforas que tentam traduzir o mundo em que vivemos, a maioria delas exprimem os sentidos de rapidez, fluidez, instabilidade, competição, mudanças, entre outras. Birman (2006) pontua que é o excesso (de mãos dadas com o estresse) o fundamento do mal-estar contemporâneo. Há um excesso de excitação instalado no psiquismo, de modo que as subjetividades contemporâneas não conseguem contê-lo por meio de formas psíquicas de simbolização.

No capítulo 1 discutimos sobre as características da infância contemporânea, espaço onde dialogamos com Postman (1999), Steinberg; Kincheloe (2001) e Elkind (2004). Estes autores perceberam na condição infantil atual questões ligadas ao estresse precoce, saturação da mídia, desamparo e o mais radical: o fim da infância. As crianças, assim como os adultos, estão estressadas e não é difícil encontrar nas notícias de jornais e revistas, crianças que assumiram papéis e funções que antes só pertenciam aos adultos: meninas que ganham concursos de *Miss*, que trabalham como sacerdotes em igrejas pentecostais, que desfilam nas passarelas, etc.

Podemos observar que há um contexto cultural onde é muito claro distinguir os traços do desamparo e da ausência de limites ou de leis que norteiam a convivência entre os sujeitos. Birman (2006) muito bem colocou que foi nos anos 1990 que as novas modalidades de mal estar se apresentaram com todos os seus signos. Se antes o sofrimento psíquico estava localizado no conflito entre impulsos e interdições morais, hoje o excesso implode no organismo devido à ausência das formas psíquicas de simbolização.

Desta forma, não é por acaso que tantos trabalhos fundamentados pela psicanálise lacaniana perceberam a problemática do TDAH associada ao declínio da função paterna. Segundo Dor (1991, p. 9) “[...] a *função paterna* constitui um epicentro crucial na estruturação psíquica do sujeito” (grifos do autor). Ou seja, a figura do pai sempre foi muito importante para a teoria freudiana, tanto que Birman (2006), inspirado em Lacan, discorre que a emergência da psicanálise como discurso é o correlato da humilhação à figura do pai no Ocidente. A psicanálise tentaria restaurar por meio da metáfora do Édipo algo da figura humilhada do pai pela modernidade.

É bastante interessante a reflexão tecida por Birman (2006, p.156) de que o discurso freudiano descreveu através da obra “Totem e Tabu”:

[...] a emergência e a constituição da modernidade na tradição ocidental. A sociedade moderna se teceu, com efeito, pela derrocada definitiva do poder absoluto e monárquico, que teve na decapitação do rei no contexto da Revolução Francesa, o seu símbolo maior e a sua ritualização efetiva [...]

Em “Totem e Tabu”, assim como na Revolução Francesa, o pai, aquele que detinha o poder absoluto, é morto. A partir daí, os filhos assassinos (o povo) estabelecem uma nova forma de governo, elaboram novas leis que são baseadas em acordos fraternais, proibi-se o assassinato e as relações incestuosas. Esse mito, elaborado por Freud, expressa de forma metafórica o que aconteceu com a tradição ocidental após a derrocada do rei: o surgimento de governos mais democráticos e representativos e a institucionalização de um quadro jurídico igualitário.

Basta então, fazermos uma leitura histórica, para observarmos as várias transformações que ocorreram após a emergência da modernidade: as mudanças na estrutura familiar, a restrição do poder paterno e do poder divino, metaforizado pela morte de Deus. Perdemos a proteção do pai, e o poder, como pontua Foucault, tornou-se disperso e microfísico.

Com efeito, o que vivenciamos hoje pode ser a intensificação de tudo o que foi propiciado pelo advento da modernidade, porém em uma escala inimaginável. Importantes instituições como a família e a escola tiveram mudanças estruturais no século XX, como vimos; hoje a criança convive com novos arranjos familiares e as relações hierárquicas foram profundamente afetadas pelas novas invenções tecnológicas, pelo movimento feminista, pela liberação sexual, enfim pela expansão do capitalismo.

As novas formas de ser e de sofrer tem sido o grande mote de divergência, segundo Birman (2006), entre psicanálise e medicina. Esta, segundo Guarido (2011) concebe os sinais e sintomas do TDAH enquanto desvio ou doença, já a psicanálise os concebe como alternativas construídas pelo sujeito para dar sentido à angústia e ao desejo.

Ainda, para a medicina, a doença está no corpo, no cérebro. Barkley, um renomado neurocientista, afirma que o TDAH é um transtorno de desenvolvimento do autocontrole, onde certos neurotransmissores (dopamina e norepinefrina) se encontram diminuídos nos portadores de TDAH. Para o autor, como a dopamina tem sido compreendida como uma importante substância química que está envolvida na inibição da atividade de outras células nervosas, a marca

registrada do referido transtorno é o problema de inibição ou autocontrole. Deste modo, são administrados estimulantes para ativar certas áreas do cérebro que se encontram diminuídas nos portadores de TDAH.

Os estimulantes são assim denominados devido à sua capacidade de aumentar o nível de atividade ou excitação do cérebro. Então, por que não tornam as pessoas mais hiperativas? Pois parece que a área do cérebro que eles ativam é responsável pela inibição do comportamento e pela manutenção dos esforços de atenção para lidar com diversas situações e coisas. De alguma maneira, eles aumentam o freio do cérebro sobre o comportamento (BARKLEY, 2002, p. 284).

Em outras palavras, para Barkley (2002) o cérebro dessas crianças apresenta uma imperfeição nas áreas responsáveis pelo autocontrole, atenção e inibição. O TDAH é comparado pelo autor ao diabetes, pois assim como o diabético necessita de insulina para compensar sua deficiência no pâncreas, uma criança portadora do TDAH poderá utilizar os medicamentos estimulantes durante toda a sua vida.

Para Caliman (2006), apesar de Barkley considerar a capacidade de autocontrole como algo genético/herdado, a teoria neuropsicológica do TDAH é uma teoria moral, visto que o tratamento do TDAH inclui a difícil tarefa de reestruturação do lar. Isto é, para os pais que querem solucionar a dificuldade de autocontrole do filho, é oferecido a eles um *kit* completo, contendo estimulantes e um manual de autoajuda.

Morin (1975) demonstra a relação dialética entre cérebro e cultura, apontando que foi a evolução natural do cérebro que produziu e desenvolveu a cultura, mas que por outro lado foi também a cultura que estimulou o hominídeo a desenvolver seu cérebro. Como vimos no Capítulo 1, no processo complexo de evolução biossociocultural do *sapiens*, a novidade que o mesmo traz ao mundo é a sepultura e a pintura. Para o autor, surge a partir dessas invenções, uma brecha entre a visão objetiva e subjetiva do mundo, a qual é preenchida com os mitos e ritos da sobrevivência (os símbolos).

Podemos refletir então, apropriando-nos das contribuições dos referidos autores, que a teoria neuropsicológica do TDAH desconsidera a complexidade das questões humanas, ao rejeitar uma leitura das interrelações entre indivíduo e cultura, supondo que o cérebro humano não sofra os efeitos das

mudanças culturais mais amplas. Na realidade, os neurocientistas podem até considerar implicitamente o valor da cultura, na medida em que oferecem orientações educacionais aos pais de crianças com TDAH, porém partem de uma visão reducionista e simplista da importância dos mecanismos simbólicos. Provavelmente isto se deve à própria formação desses profissionais – que não são da área de humanas -, porém é necessária, a meu ver, uma visão mais integrada do corpo humano. Segundo Sacks (apud CALIMAN, 2006), a epidemia de Encefalite Letárgica no início do século XX possibilitou um desenvolvimento da fisiologia humana, a qual passou a ser vista de um modo mais flexível e integrado à esfera psíquica. Neste período da história médica, o corpo foi “[...] descrito como um todo físico, químico, biológico, psicológico e sociológico”. (SACKS, 1990 apud CALIMAN, 2006, p. 122).

Durante o trabalho de campo para a realização desta pesquisa, em meus primeiros contatos com a escola que me encaminhou a maioria dos casos para o psicodiagnóstico, a psicóloga afirmou que a equipe da Psicologia Escolar prestou um excelente serviço aos professores, tirando-lhes a responsabilidade pelo fracasso das crianças que vieram pela ocasião da proposta de inclusão no município. Ela colocou que durante o período de implantação da proposta de inclusão foi “*uma loucura! Eles não aceitavam que as crianças não aprendiam!*” e todos (família, direção e coordenação escolar) culpabilizavam o professor pelas dificuldades do aluno.

Enquanto eu conhecia a escola, a psicóloga ia me apresentando os professores e as crianças, falava com muito orgulho de sua história de cerca de cinco anos ali e defendia que nesse período tudo mudou: “*Agora a criança recebe um diagnóstico e é medicada, elas melhoram!*” Chamou-me bastante a atenção a atitude dela, pois, ao encontrar uma criança diagnosticada, dirigia-se a ela e dizia na minha presença: “*Que lindo! Você está tomando o seu remédio! [...] A medicação mudou a vida dele!*”

A escuta dos professores e de outras pessoas que participaram da pesquisa e que fazem parte do cotidiano escolar, expressou de modo recorrente, muitas angústias em relação ao processo de inclusão e da diversidade de alunos que atualmente se apresenta na instituição escolar. Podemos perceber, na situação apresentada, que surgiram dificuldades e ansiedades dos professores diante do processo de inclusão. De acordo com a perspectiva inclusiva, todas as crianças,

independente de suas dificuldades e necessidades educativas devem estar na escola e ter o direito de aprender. No entanto, muitas delas não o faziam de acordo com o esperado e a solução encontrada pela instituição escolar foi recorrer ao raciocínio medicalizante, realidade que pode ser corroborada por meio das palavras de uma das professoras entrevistadas:

Aquela sala tinha de tudo e mais um pouco! [...] 50% da sala com problema: ou problema de indisciplina, ou problema que tomava medicação, ou problema de mãe presa, drogada, ou problema de , [...] Eu tinha quase metade da sala na psicóloga. Eu tinha alunos que não podia virar as costas porque batia, brigava, mordida [...] Hoje em dia, porque hoje em dia não é mais como era antes. Antes você entrava pra ensinar [...] Hoje não. Você tem que separar briga, você tem que ouvir relato de mãe, é muita coisa [...]

Boto (2002) afirma que a grande referência de compreensão da criança construída pela modernidade é a construção da categoria aluno. A autora, baseando-se em bibliografias da história e da filosofia da educação, esclarece que foi no Renascimento que se projetou na criança a base para a construção de um modelo de maturidade. A educação moderna foi pensada para formar a criança civilizada, o que demandava ensinar-lhe alguns códigos de boas maneiras que eram favoráveis à acumulação do capital. Dentre algumas das condutas incentivadas pelos educadores modernos estavam: a disciplina, o autodomínio e a racionalidade.

Boto (2002, p. 55) ainda concorda com Ariès, afirmando que o último destacou “[...] a correlação entre o moderno sentimento de infância e a moderna constituição de uma família progressivamente nuclearizada [...]”. Pois bem, se a escola e a família modernas formaram as bases para a noção de infância, atualmente o que podemos dizer a respeito deste conceito construído pela modernidade?

Sarmiento (2001, p.15) pontua: “[...] o que contemporaneamente se afigura como o traço mais marcante da infância é a mudança e pluralização das suas identidades, por efeito da globalização”. Desta forma, podemos compreender muitas das dificuldades dos educadores que participaram da pesquisa, como efeito da reinstitucionalização da infância, fruto, segundo o autor de três principais

mudanças: a globalização social, a crise educacional e as mutações do mundo do trabalho.

Assim, as repetidas queixas dos educadores frente aos casos de indisciplina referem-se, para Sarmiento (2001), aos modelos estáticos de socialização da escola, que oferecem condições pouco favoráveis à integração das diferenças dos alunos. A escola também deveria recusar o estatuto de transmissão de saber para se constituir em um lugar propício à interpretação.

Entretanto, o que temos visto como resposta para a solução dos problemas escolares é a prática da medicalização, nada de questionamentos institucionais ou políticos, mas uma epidemia de diagnósticos e encaminhamentos para profissionais parapedagógicos. Vários autores verificaram na proliferação dos diagnósticos de TDAH a representação de um processo de biologização da vida, mais especificamente nas palavras de Caliman (2006), o transtorno referido faz parte de um processo de biologização e cerebrização da moral e da vontade.

Para mim, a fala de Miguel, criança diagnosticada com TDAH, foi bastante reveladora. Durante a devolutiva do psicodiagnóstico ele verbalizou que sua avó o incentivava a tomar os medicamentos prescritos, no caso, ritalina e risperidona, porque preferia vê-lo medicado a tornar-se um bandido no futuro. Suas fragilidades psíquicas e o modo como funciona psiquicamente, foram compreendidos e solucionados pela família, medicina e escola por meio de um raciocínio medicalizante.

Ficou evidenciado, assim, o quanto a instituição escolar acredita ser indispensável a medicação para o desenvolvimento dos processos mentais superiores na criança diagnosticada com TDAH. Na perspectiva da escola, sem a medicação, esta criança não desenvolve a atenção e o controle voluntário e pode, ainda, ficar sujeita à delinquência.

Neste sentido, penso que muitas das questões que discutimos até agora podem ser ilustradas por meio desta citação de Minerbo (2009, p.29):

Entenda-se “cultura” no sentido amplo: a cultura de uma dupla (cada dupla mãe-bebê tem sua cultura), de uma família, de um grupo, de uma civilização. O inconsciente materno, e depois as instituições, oferecem os símbolos mediante os quais a criança vai “ler” o mundo, atribuindo-lhes sentido. A criança internaliza essas significações e, em seguida, a própria função simbolizante, que cria novos símbolos. É o processo de subjetivação.

Podemos observar que essa forma de captar a cultura e o processo de apreensão da função simbolizante pela criança favorece uma compreensão mais clara para compreendermos certas dificuldades das crianças na contemporaneidade. Em outros termos, podemos pensar que os processos mentais superiores (atenção, pensamento, linguagem, memória) desenvolver-se-ão em uma cultura que propicie uma matriz favorável para tal desenvolvimento.

Didaticamente, Minerbo (2009) explica que as novas formas de ser e de sofrer na contemporaneidade podem ser abarcadas em duas modalidades subjetivas: neurose e não-neurose. As primeiras apresentam uma mente em que predominam representações simbólicas excessivamente rígidas, mais propensas em sociedades de instituições mais sólidas. Desta forma, a análise de subjetividades neuróticas visa principalmente afrouxar os laços simbólicos para que os significantes sejam ressignificados.

Já a não-neurose é mais frequente em instituições enfraquecidas, como a escola e a família contemporâneas, onde os sujeitos estão perdidos entre seus papéis e suas funções. Atualmente, como vimos, presenciamos constantemente uma grande confusão entre os genitores para exercerem suas funções maternas e paternas, pois os adultos são sempre aprendizes na sociedade líquida e fugaz. Também os professores não se sentem valorizados e nem reconhecidos em um ambiente onde a tradição não é considerada e o que importa é a constante novidade trazida pelas novas tecnologias.

Penso que definir as estruturas psíquicas das crianças que participaram desta pesquisa como estruturas características de subjetividades não-neuróticas pode ser apressado e principalmente enviesado, visto que as crianças possuem um psiquismo que ainda está em estruturação. Isto é, corremos o risco de atribuir-lhes mais uma entidade nosológica. Todavia, pareceu-me que as crianças estudadas apresentaram dificuldades na constituição da função simbolizante, pois não tiveram recursos psíquicos para vivenciar a dor mental e a ansiedade da posição depressiva.

No brincar de quase todas as crianças, repetiu-se uma necessidade de separar os brinquedos e fazer classificações como: animais da água, animais selvagens e domésticos, separações por sexo, separações em dupla, expressando talvez uma necessidade de desenvolver processos de discriminação e generalização, funções específicas do pensamento. A fusão com a mãe e o

desamparo paterno, presentes na maioria dos casos, propiciam a proeminência dos mecanismos de cisão, demandando um trabalho analítico de coesão e integração:

[...] e, nos casos em que o problema não é o excesso de rigidez, mas sim o esgarçamento essencial do tecido psíquico, o trabalho da análise deve buscar uma cerzidura desse tecido, o que pode exigir *mais*, e não *menos*, coesão e integração, *menos*, e não *mais*, mobilidade e inquietação (MEZAN, 2002, p. 269). (Grifos do autor).

Como já foi contextualizado pelas leituras que tratam da sociedade contemporânea, estamos diante de um quadro que tende a produzir sujeitos imaturos e psiquismos caracterizados por inscrições inconscientes que imobilizam o desenvolvimento das potencialidades criativas. Mesmo assim, foi possível escutar as crianças e colocá-las como narradoras da própria história. No contato individual com elas, consegui encontrar sentidos singulares que denunciaram o modo como vivenciavam suas relações e seu sofrimento.

Miguel, que a princípio mostrou rejeição pelo material oferecido (dizendo que só brincava com brinquedos eletrônicos) brincou com a massinha e colocou toda a família para viajar no avião de madeira. Em cada caso estudado, o sintoma da criança assumiu um sentido diferente: em Wendy, a angústia de separação da mãe, bem como os ataques fantasiados a ela configuraram-se em uma inibição intelectual; em Miguel, sua história de separações e privações afetivas e a agressividade exacerbada expuseram uma relação ambígua com a mãe e a ausência paterna. Em suma, em todos os casos foi possível encontrar elementos que se repetiram nos diferentes instrumentos do psicodiagnóstico, de forma que puderam oferecer as pistas para encontrar o motivo latente de cada queixa particular, sem precisar que eu recorresse às pré-concepções cristalizadas de um diagnóstico psicopatológico.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

*Quem faz um poema abre uma janela.
Respira, tu que estás numa cela
abafada,
esse ar que entra por ela.
Por isso é que os poemas têm ritmo
- para que possas profundamente
respirar.
Quem faz um poema salva um afogado.*

(MARIO QUINTANA)

Este trabalho objetivou principalmente compreender os significados da sintomatologia do TDAH, investigando a biografia dos sujeitos, bem como os traços culturais da sociedade atual que trazem questões peculiares em relação ao conceito de infância, ao processo de escolarização, aos novos arranjos familiares, entre outros. Os sujeitos investigados foram as crianças diagnosticadas com esse transtorno, as quais, como vimos, podem ser os porta-vozes de um mal-estar na contemporaneidade. Desta forma, este trabalho não pretendeu questionar a existência ou a validade do diagnóstico de TDAH; entretanto, a variedade das manifestações sintomáticas e das dinâmicas psíquicas apresentadas pelos casos estudados demonstraram as fragilidades e incongruências deste transtorno, revelando assim a urgência de novas pesquisas e questionamentos acerca desta problemática.

Vincent (2003), psicanalista francesa, mostrou que mesmo um país como a França – considerada pelos não-franceses uma nação onde se vive muito bem - tem enfrentado suas mazelas em relação à falência da autoridade em geral e aos novos sintomas escolares. Ela discorreu que, ali, o médico generalista costuma nomear como depressão tudo aquilo que não vai bem com a criança. Em decorrência de minha pesquisa e de minha experiência, posso afirmar – parafraseando a autora – que, no contexto onde trabalhei, o TDAH tem sido a nomeação mais frequente utilizada pela medicina para expressar o sofrimento infantil.

Na realidade, pouco importa a nomenclatura; por meio deste estudo pude verificar que essa forma de compreender os problemas da criança e seu

entorno faz parte de um profundo processo social de medicalização do Ocidente, iniciado há cerca de duzentos anos, e que atualmente, está em seu ápice. Em linha oposta a essa postura, a psicanálise tem outra proposta para a escuta do mal-estar expresso pela criança ou pelos adultos mais próximos a ela, os pais e professores. Os sintomas da desatenção, da impulsividade e da hiperatividade investigados nas crianças diagnosticadas puderam exprimir - por meio do método psicanalítico - angústias de separação, falhas na constituição do eu e do superego e, conseqüentemente, denotaram falhas na capacidade de pensamento.

Além disso, pude perceber que tais modos de subjetivação são mais propensos em uma cultura na qual, de acordo com autores que me acompanharam, as proibições são cada vez menos respeitadas, a escola não assegura mais a disciplina e os laços familiares não desempenham seu papel regulador. (VINCENT, 2003; GUARIDO, 2011).

Com efeito, em determinado contexto cultural, não é possível dar uma resposta rápida ou apressada às diversas questões que têm afligido a todos. Em verdade, nosso compromisso ético (enquanto educadores, pesquisadores, psicólogos, psicanalistas, etc) nos obriga a dizer que temos mais perguntas do que respostas e, diante de tantas dores, uma das saídas é resgatar a função do pensamento e aprender com a experiência. Entretanto, há muitas lacunas entre a nossa análise - ainda insuficiente - sobre os problemas que vivenciamos e a possibilidade de ação no combate às dificuldades que vemos. Sendo assim, colocarei a seguir alguns exemplos ilustrativos, de modo que facilitem a compreensão dessas proposições.

Primeiramente gostaria de enfatizar que uma instituição voltada para a criança e o adolescente precisa renunciar ao apelo medicalizante e tornar-se um lugar mais propício à criação e à interpretação. Como vimos, há uma tendência dos educadores de fixarem-se na patologia dos alunos buscando principalmente estratégias individualizantes para lidar com os comportamentos desviantes que percebem em seu meio. Em outras palavras, é muito difícil para a equipe escolar rever suas estratégias pedagógicas e propor novas formas de atuação e de relacionamento com sua clientela. Se na escola houver um espaço maior para as manifestações culturais e criativas, os professores terão mais instrumentos para lidar com a heterogeneidade de seus alunos.

Winnicott (1975, p. 9) afirma que: “A experiência cultural não encontrou seu verdadeiro lugar na teoria utilizada pelos analistas em seu trabalho e em seu pensar.” O trabalho de discriminação entre aquilo que é objetivamente percebido e aquilo que é subjetivamente concebido é para a vida inteira. Para o autor, o alívio desta tensão, isto é, de relacionar a realidade interna e externa, é proporcionado por uma área intermediária de experiência que não é contestada. Esta área abrange as artes, a religião, os jogos, a literatura, e outras formas de diversão e ocupação reflexiva.

O pensamento de Winnicott (1975) também nos remete à ideia de que nossa cultura - predominantemente imagética e produtora de ilusões – não facilita o alívio da tensão apontada pelo autor, pelo contrário, acentua. Assim, assistimos cotidianamente ao surgimento de constantes “epidemias”: de TDAH, de anorexia e bulimia, de adicção às drogas, de violência, de dislexia, etc. (A lista é infinita e a nova versão do DSM promete muito mais!).

Birman (2006) também demonstrou que a modernidade forjou mitos que desafiam o criador e reafirmam a autonomia e soberania do indivíduo. O autor cita os mitos de Fausto, Prometeu e Frankenstein, todos eles simbolizando a força do humano e sua capacidade ilimitada de realização e transformação do mundo. Esses mitos também sinalizam a onipotência da ciência enquanto estatuto da verdade e trazem em seu bojo a ideia de que tudo é possível em uma sociedade onde reina a racionalidade científica. A modernidade faz os indivíduos pensarem que o sujeito é o único responsável por suas conquistas e assumir que, quando seus planos não se realizam, ele é um derrotado. O sujeito moderno pensa (ou é levado a pensar) que as possibilidades são infinitas.

Se sugiro que na escola haja um espaço maior para as manifestações culturais e criativas, é porque também acredito que a arte tem o poder de expressar e ajudar a resolver nossos conflitos contemporâneos de um modo bastante significativo. Por exemplo, o filme de Almodóvar - “A pele que habito” - expõe claramente o mito de Frankenstein. Roberto Ledgard (Antonio Banderas) é um conceituado cirurgião plástico que, após a morte de sua esposa, interessa-se em criar uma pele sintética, cultivada em laboratório. É um filme bastante rico em sentidos e representações, o qual denuncia a negação da morte na sociedade contemporânea, a negação da distinção entre os sexos, a busca da perfeição estética e corporal e outros fatores cuja análise não é o foco dessa tese. Em suma,

Ledgard cria uma Afrodite a seu bel prazer, ele é o próprio doutor Frankenstein, o cientista todo-poderoso.

Há “doutores Frankenstein” por toda parte. Implicamente esta pesquisa e os autores que me acompanharam neste trajeto trouxeram um pouco desta problemática. A questão da otimização da atenção, ideal buscado por acadêmicos ou executivos que buscam uma melhora da função atenta por meio de medicamentos, trazida por Caliman (2008), é um modo “Frankenstein” de solucionar as impotências ou procurar um desenvolvimento maior de nossas faculdades mentais.

Também as crianças que participaram desta pesquisa puderam expressar - por meio de seus desenhos - suas dores e horrores diante da negação da nossa humanidade. Wendy fez um desenho onde duas crianças foram representadas somente com suas cabeças, sem corpo e sem vitalidade; demonstrando talvez que todos só estavam preocupados com a cabeça dela. Miguel fez um menino pequeno, solto no espaço e com braços mecanizados. Ele sinalizou o quanto a inteligência pode ficar dissociada do afeto em nossa sociedade narcisista.

Buchianeri colocou na introdução de sua tese de doutorado que “[...] em 25 anos, os *chips* de computadores serão milhões de vezes mais poderosos que os atuais, tornando-se comparáveis em eficiência a setores do córtex humano”. (OLIVEIRA, 2007 apud BUCHIANERI, 2012, p.1). É o homem querendo ocupar o lugar do Criador e, para realizar o seu intento, ele não tem medido esforços; nem respeitado regras.

Estas questões nos colocam novamente com o tema da função paterna, compreendido por Vincent (2003, p.73-74) da seguinte forma: “Pode-se dizer que o papel do pai consiste em dizer e mostrar que nem tudo é possível. O interdito do incesto é o primeiro de todos estes interditos.”. Ou seja, tal papel entra em contradição com o ideal moderno, pois contraria o desejo de tornar-nos um sujeito capaz de solapar todas as impotências humanas.

Todavia, gostaria de pontuar o seguinte: se a ideia de declínio da função paterna faz sentido em nossa cultura atual, isto não deve ser tomado como um chavão que explica todos os quadros sintomatológicos do TDAH. Se pensarmos assim, corremos o risco de nos distanciarmos do papel que tem a academia: o de pensar sobre os múltiplos fatores que geram um problema e de buscar formas que, considerando a complexidade da situação e não isolando um elemento, amenizem

as angústias sociais que vivemos ou, ao menos, apontem caminhos biopsicossociais para isso.

A psicanálise não pretende eliminar a dor humana, mas sim capacitar o sujeito para tolerá-la, poder pensá-la e suportar o desconhecido. Nas palavras de Salomonsson (2008), o psicanalista não pode ter uma posição baseada fundamentalmente na etiologia, tal como definida na ciência natural. Os sintomas da criança com diagnóstico de TDAH devem ser vistos como qualquer outro sintoma; eles refletem conflitos e a maneira da criança responder a eles. Os mundos internos dessas crianças podem ter aparências muito diferentes e a homogeneização do diagnóstico não tem contribuído para ajudá-las.

Se atualmente as instituições responsáveis pela educação de crianças e adolescentes - como a escola e a família - têm presenciado comportamentos violentos, indisciplinados e intolerantes ao estudo e ao desenvolvimento do pensamento e à convivência entre seus pares, alguma coisa isto tem a nos dizer. As formas de resistência ao pensamento medicalizante têm sido raras, mas nem por isso menos significativas. Gostaria de apropriar-me aqui de um outro filme que poderia servir de sugestão para o trabalho docente, até porque baseia-se em fatos reais. O filme “Escritores da Liberdade”, do diretor Richard LaGravenese, retrata a história de uma professora iniciante, Erin (interpretada por Hilary Swank) que vai lecionar Língua Inglesa e Literatura para uma turma de adolescentes predominantemente negros e latinos. Alguns de seus alunos cumprem pena judicial e a grande maioria mostra-se bastante hostil ao ensino convencional e às tentativas da professora de criar um vínculo com eles.

Lima (2008)¹⁵ pontua que, diferentemente de outros filmes americanos sobre escola, este filme diferencia-se porque mostra o incentivo da professora para que seus alunos leiam literatura, escrevam em seus diários sobre conteúdos de seu cotidiano, objetivando que os mesmos ressignifiquem suas vidas. Neste sentido, Erin vai além de uma prática pedagógica eminentemente transmissora, na medida em que aplica dinâmicas de grupos, leva os alunos a visitarem o museu do holocausto e ler o livro “O Diário de Anne Frank”.

O acesso à cultura e a história universal; o contato com outras histórias de violência e superação fizeram com que esses adolescentes fossem estimulados a

¹⁵ Ao leitor que quiser uma análise mais aprofundada sobre o filme “Escritores da Liberdade”, pesquisar em: <http://www.espacoacademico.com.br/082/82lima.htm>

usar a função do pensamento. Isto não pôde ser feito segundo os moldes tradicionais, visto que os adolescentes carregavam histórias de muito sofrimento e desamparo e não tinham condições de desenvolverem-se sem um trabalho anterior de vinculação e acolhimento. Eles necessitaram de uma professora amorosa e presente com a qual puderam se identificar e construir um vínculo de confiança.

É nesse contexto que se encontra a clínica com crianças que sofrem de uma irrepresentabilidade, possuem uma perturbação ou inibição na formação de símbolos ou, não conseguiram renunciar à violência pulsional. E ela exige do psicoterapeuta ou psicanalista algumas atitudes específicas. Pretendo aqui me apropriar das sugestões de Minerbo (2009) e Salomonsson (2008) que oferecem algumas recomendações técnicas para atuarmos com pacientes que possuem essas características. Apesar desses autores atuarem com clientela bem diferentes, a primeira trabalha com adultos e o segundo com crianças, suas orientações foram escolhidas devido à clareza e a forma didática como escreveram a respeito da clínica psicanalítica.

Minerbo (2009) afirma que as intensidades afetivas dos pacientes precisa ser contida por meio de experiências emocionais que criam uma rede de representações mais firme e significativa. Com esses casos, o analista não vai representar o objeto primário, ele se tornará o próprio objeto.

Salomonsson (2008) apresenta sua experiência de atendimento clínico com crianças diagnosticadas com TDAH e nos auxilia a compreendermos a orientação acima. Seus pacientes rejeitavam violentamente o conteúdo de suas interpretações e percebiam suas palavras como se fossem coisas concretas lançadas sobre eles. Ao questionar sobre o que deveria fazer para que suas interpretações fossem compreendidas como uma forma de tradução da realidade psíquica e não como um ataque, ele compreendeu que primeiramente era necessário construir com a criança um objeto interno bom e continente que pudesse abrigar as representações.

Nesses casos, o analista vai “emprestar” seu próprio equipamento mental para o analisando de modo que o mesmo possa construir, paulatinamente, o seu próprio continente. O analista será o próprio objeto primário de seu paciente e promoverá principalmente as ligações que não puderam ser estabelecidas no início de seu desenvolvimento.

Podemos tomar como exemplo o caso de João, relatado nessa pesquisa, o qual apresentou uma formação simbólica precária, com tendência maior a evacuação da frustração do que a sua elaboração. Nas formações psíquicas características do caso de João, podemos inferir que um trabalho analítico mais atento à situação de transferência-contratransferência pode auxiliar melhor crianças como ele. Isto é, um analista mais sensível aos mecanismos de identificação projetiva de seu paciente, com maior capacidade de reverie, ajudará a prover uma experiência capaz de suportar a dor da entrada na posição depressiva.

As recomendações e sugestões oferecidas aos profissionais que têm enfrentado a problemática discutida neste trabalho são, com certeza, insuficientes para abarcar a imensa complexidade do trabalho realizado com crianças, seja na escola ou na clínica. O melhor uso que se pode fazer delas é pensá-las como inspiração para novas pesquisas nesta área. Ainda carecemos de pesquisas que tragam relatos de análise ou de psicoterapia com crianças diagnosticadas com TDAH. Neste trabalho pude observar que, externamente, as crianças diagnosticadas com esse transtorno podem ter alguns aspectos em comum que refletem o atual estado das relações intersubjetivas na sociedade contemporânea. O mundo interno de cada uma delas, contudo, retratou um universo rico e diversificado; porém infelizmente bastante cerceado pelas identidades psicopatológicas que lhe são atribuídas.

REFERÊNCIAS

ABERASTURY, A. *Psicanálise da criança: Teoria e Técnica*. 8. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

ABRÃO, J. L. F. *A história da psicanálise de crianças no Brasil*. São Paulo: Escuta, 2001.

AIELLO-VAISBERG, T. M. J. Investigação de Representações Sociais. In: TRINCA, W. (Org.). *Formas de Investigação em Psicologia Clínica, procedimentos de desenhos-histórias: procedimento de desenhos de famílias com estórias*. São Paulo: Vetor, 1997, p. 255-288.

ALVES, R. *O Retorno e Terno: crônicas*. Campinas – SP: Papyrus, 1992.

ANGELINI, A. L. et al. *Matrizes Progressivas Coloridas de Raven: Escala especial*. São Paulo: Centro Editor de Testes e pesquisas em Psicologia, 1999.

ANTONY, S.; RIBEIRO, J. P. Hiperatividade: Doença ou Essência: Um enfoque da Gestalt – Terapia. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, CFP, v. 25, n. 2, p.186-197, trimestral, 2005.

AQUINO, J. G. *Indisciplina: o contraponto das escolas democráticas*. São Paulo: Moderna, 2003.

_____. Entrevista com Julio Groppa Aquino. In: *Psi Jornal de Psicologia*, São Paulo: CRP, n. 171, jan-fev, 2012.

ARIÈS, P. *História Social da Criança e da Família*. Trad. Dora Flaksman. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1981.

BAUMAN, Z. *Identidade: entrevista a Benedito Vecchi*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2005.

_____. *Vida líquida*. Trad. Carlos Alberto Medeiros. 2.ed.rev. Rio de Janeiro: Zahar, 2009.

_____. *O Mal-Estar da Pós-Modernidade*. Trad. Mauro Gama e Cláudia Martinelli Gama. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

BARKLEY, R. A. *Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH): guia completo para pais, professores e profissionais da saúde*. Trad. Luís Sérgio Roizman. Porto Alegre: Artmed, 2002.

BEZERRA JUNIOR, B.C. Narratividade e construção da experiência subjetiva. In: MARZAGÃO, L.R.; PINTO, J.F.; RIBEIRO, P.C.; SCHWARTZMAN, R.S. (Orgs.). *Psicanálise e Universidade: temas conexos*. Belo Horizonte: Passos, 1999, p.35-52.

BION, W. R. *Atenção e interpretação*. Trad. de Paulo Cesar Sandler. 2. ed. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

_____. Uma teoria do pensar. In: *Melanie Klein Hoje*. Rio de Janeiro: Imago, 1991, v. I, p.185-193.

_____. Notas sobre memória e desejo. In: SPILLIUS, E.B. *Melanie Klein Hoje*. Rio de Janeiro: Imago, 1990. v.II, p. 30-34.

BIRMAN, J. *Arquivos do mal-estar e da resistência*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006.

BOTO, C. O desencantamento da criança: entre a Renascença e o Século das Luzes. In: FREITAS, M. C. de; KUHLMANN JR., M. (Orgs). *Os intelectuais na história da infância*. São Paulo: Cortez, 2002, p. 11-60.

BUCHIANERI, L. G. C. *Velocidade e tédio: o paradoxo da adolescência no mundo contemporâneo*. Tese de Doutorado, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Assis – SP, 2012.

CALIMAN, L. V. *A Biologia Moral da Atenção: A constituição do sujeito (des) atento*. Tese de Doutorado, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro, RJ, 2006.

_____. O TDAH: entre as funções, disfunções e otimização da atenção. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v.13, n.3, p. 559-566, jul./set., 2008.

_____. Notas sobre a História Oficial do Transtorno do déficit de Atenção/hiperatividade TDAH. *Psicologia Ciência e Profissão*, Brasília, v.30 n.1, p.45-61, março, 2010.

CAMBI, F. *História da pedagogia*. São Paulo: Editora Unesp, 1999.

CINTRA, E. M. U. ; FIGUEIREDO, L. C. *Melanie Klein: Estilo e Pensamento*. São Paulo: Escuta, 2004.

DSM IV. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. 4 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

DEBORD, G. *A sociedade do espetáculo*. Tradução de Estela dos Santos Abreu. Rio de Janeiro: Contraponto, 1997.

DOR, J. *O pai e sua função em psicanálise*. Tradução de Dulce Duque Estrada. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1991.

EFRON, A. M., FAINBERG; E., KLEINER, Y.; SIGAL, A. M. ; WOSCOBOINIK, P. A hora de jogo diagnóstica. In: OCAMPO, M.L.S, ARZENO, M. E. G., PICCOLO, E. G. & cols. *O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas*. São Paulo: Martins Fontes, 1981, p.167-202.

ELKIND, D. *Sem tempo para ser criança: a infância estressada*. 3.ed.Porto Alegre: Artmed, 2004.

FERREIRA, A. B. H. *Novo dicionário da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

FIGUEIREDO, L.C.; MINERBO, M. Pesquisa em psicanálise: algumas idéias e um exemplo. In: *Jornal de Psicanálise*. v. 39, n. 70, p.257-78, jun, 2006.

FIGUEIREDO, L.C.M. Epistemologia, História, e Além: Reflexões sobre uma trajetória pessoal. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, v.30, número especial, p.140-147, dezembro, 2010.

_____. *Revisitando as psicologias: Da Epistemologia à Ética das Práticas e Discursos Psicológicos*. 5.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

FOUCAULT, M. *Vigiar e Punir: nascimento da prisão*. Petrópolis-RJ: Vozes, 1987.

FREUD, S. (1905[1901]). Fragmento da análise de um caso de histeria: In: FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. VII

_____. (1911). Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental. In: FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XII.

_____. (1921). Psicologia de Grupo e Análise do Ego. In: FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XVIII.

_____. (1925). A Negativa. In: FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XIX.

_____. (1926). Inibições, Sintomas e Ansiedade. In: FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XX.

GONDRA, J. G. Medicina, Higiene e Educação Escolar. In: LOPES, E. M. I. ; F. FILHO, L. M. & VEIGA, C. G. (Orgs.) *500 anos de educação no Brasil*. Belo Horizonte: Autêntica, 2000.

GOUVEIA, D. C. Uma visão psicanalítica do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade. *Rev. Psicopedagogia*, 2004; 21(64), p.69-71. Disponível em: pepsic.bvsalud.org/pdf/psicoped/v21n64/v21n64a08.pdf. Acesso em 23 abr. 2012.

GREEN, A. Capítulo 2: O saber Científico. In: _____. *Orientações para uma psicanálise contemporânea*. Rio de Janeiro: Imago; São Paulo: SBPSP, 2008, p. 317-349.

GUARIDO, R. A Biologização da vida e algumas implicações do discurso médico sobre a educação. In: Conselho Regional de Psicologia de São Paulo; Grupo Interinstitucional Queixa Escolar (Orgs.). *Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011, p. 27-39.

GUIRADO, M. Poder indisciplina: os surpreendentes rumos da relação de poder. In: AQUINO, J.G. (Org.) *Indisciplina na Escola: alternativas teóricas e práticas*. 4. ed. São Paulo: Summus, 1996, p. 57-71.

HELLER, A. Uma crise global da civilização: os desafios futuros. In: HELLER, A. et al. *A crise dos paradigmas em ciências sociais e os desafios para o século XXI*. Rio de Janeiro: Contraponto, 1999, p. 13-32.

HERRMANN, F. *Introdução à Teoria dos Campos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

_____. A arte da interpretação. In: HERRMANN, F. *Clínica Psicanalítica: A arte da interpretação*. São Paulo: Brasiliense, 1991, p. 83- 100.

HERRMANN, F. Pesquisando com o método psicanalítico. In: HERRMANN, F. & LOWENKRON, T. (Orgs.). *Pesquisando com o método psicanalítico*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004, p.43-121.

JANIN, B. Psicopatología infantil, aprendizaje y estructuración subjetiva. In: JANIN, B. et al. *Niños desatentos e hiperactivos: Reflexiones críticas acerca del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (ADD/ADHD)*. Buenos Aires: Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico, 2010, p.17-43.

_____. Un niño que se mueve demasiado. In: JANIN, B. et al. *Niños desatentos e hiperactivos: Reflexiones críticas acerca del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (ADD/ADHD)*. Buenos Aires: Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico, 2010, p.73-96.

KANDEL, E. Entrevista com Eric Kandel. In: *Folha de São Paulo*. São Paulo, nov., 2011. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/saude/sd0211201101.htm>

KELNER, G. Transtornos Alimentares – um enfoque psicanalítico. *Estudos de Psicanálise*. Belo Horizonte. n 27,p.33-44, ago, 2004. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ep/n27/n27a05.pdf>. Acesso em 18 mai. 2012

KLEIN, M. *Contribuições à psicanálise*. São Paulo: Ed. Mestre Jou, 1970.

KLEIN, M. (1946). Notas sobre alguns mecanismos esquizóides. In: KLEIN, M. *Inveja e gratidão e outros trabalhos (1946-1963)*. Trad. Elias Mallet da Rocha; Liana Pinto Chaves e col. Rio de Janeiro: Imago, 1991, p. 20-43.

_____. (1931). Uma contribuição à teoria da inibição intelectual. In: _____. *Amor, culpa e reparação e outros trabalhos (1921-1945)*. Trad. André Cardoso. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1996, p. 269-282.

KUHLMANN JÚNIOR, M. *Infância e educação infantil: uma abordagem histórica*. 2. ed. Porto Alegre: Mediação, 2001.

KUPFER, M. C. M. ; BERNARDINO, L. M. F. As relações entre construção da imagem corporal, função paterna e hiperatividade: reflexões a partir da Pesquisa IRDI. *Rev. Latinoa. Psicopat. Fund.* São Paulo, v. 12, n.1, p. 45-58, março, 2009.

LASCH, C. *A cultura do narcisismo*. Tradução de Ernani Pavaneli. Rio de Janeiro: Imago, 1983.

LEGNANI, V. N. *Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade: Um estudo psicanalítico*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, UNB, Brasília, DF, 2003.

LEGNANI et al. Impasses na construção da noção de alteridade nos processos de subjetivação das crianças com o diagnóstico de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDA/H) *Anais do 5 Col. LEPSI IP/FE-USP* Jun. 2004. Disponível em: www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC000000032006000100059. Acesso em 2 out. 2008.

LEGNANI, V. N. ; ALMEIDA, S.F.C. A construção diagnóstica de Transtorno de déficit de Atenção/Hiperatividade: uma discussão crítica. Rio de Janeiro: *Arquivos Brasileiros de Psicologia*. v. 60, n.1, p.2-13, jan-jun, 2008. Disponível em: <http://www.psicologia.ufrj.br/abp/>

LINO DA SILVA, M. E. (Coord.). *Investigação e Psicanálise*. Campinas – SP: Papyrus, 1993.

_____. Pensar em psicanálise. In: SILVA, M.E.L. (coord.) *Investigação e psicanálise*. Campinas- SP: Papyrus, 1993. (p.11-25).

MANO, M. S. *A criança hiperativa, a família, o discurso científico e a psicanálise*. Assis. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, 2009.

MEZAN, R. Psicanálise e pós-graduação: notas, exemplos, reflexões. In: _____. *Interfaces da psicanálise*. São Paulo: Companhia das Letras, 2002, p. 395-435.

_____. Subjetividades contemporâneas. In: _____. *Interfaces da psicanálise*. São Paulo: Companhia das Letras, 2002, p. 257-272.

_____. Que significa “pesquisa” em psicanálise? In: MEZAN, R. *A sombra de Don Juan e outros ensaios*. 2ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

_____. *Freud, pensador da cultura*. 7. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2006.

MINERBO, M. *Neurose e não-neurose*. São Paulo: Casa do psicólogo, 2009.

MORIN, E. Um animal dotado de desrazão. In: MORIN, E. *O enigma do homem*. Rio de Janeiro: Zahar, 1975, p.100-152.

MOYSÉS, M.A.A; COLLARES, C.A.L. A história não contada dos distúrbios de aprendizagem. *Cadernos CEDES*, Campinas - SP, n. 28, p.31-48, 1992.

_____. Preconceitos no cotidiano escolar: a medicalização do processo ensino-aprendizagem. In: Conselho Regional de Psicologia de São Paulo; Grupo Interinstitucional Queixa Escolar (Orgs.). *Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011, p. 149-161.

NAFFAH NETO, A. A pesquisa psicanalítica. In: *Jornal de Psicanálise*. São Paulo: SBPSP, v. 39, n. 70, p.279-288, jun, 2006.

NIETZSCHE, F. *A Gaia Ciência*. São Paulo: Companhia das Letras, 2002.

OCAMPO, M.L.S.; ARZENO, M.E.G. A entrevista inicial. In: OCAMPO, M.L.S e col. *O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas*. 4 ed. São Paulo: Martins Fontes, 1985.

O'SHAUGHNESSY, E. A teoria do pensar de W. R. Bion e novas técnicas em análise de crianças. In: *Melanie Klein Hoje*. Rio de Janeiro: Imago, 1990. v. 2, p. 196-210.

POSTMAN, N. *O desaparecimento da Infância*. Rio de Janeiro: Graphia, 1999.

ROHDE et al. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. São Paulo, v. 22, supl. II, 2000. Disponível em: www.scielo.br/pdf/rbp/v22s2/3788.pdf. Acesso em: 18/05/12.

ROJAS, M.C. Niñez y familia hoy: lãs problemáticas del desamparo. In: UNTOIGLICH, G. WETTENGEL, L; SZYBER, G. *Patologías actuales en la infancia: Bordes e desbordes en clínica y educación*. Buenos Aires: Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico, 2009, p. 77-94.

ROTHENBERGER, A.; BANASCHEWSKI, T. Mentas inquietas. *Mente & Cérebro: O mundo da infância*. *Scientific American*. Edição Especial, n. 20, p. 46-53, jan, 2005.

SALOMONSSON, B. O impacto das palavras em crianças com TDAH e TAMP: conseqüências para a técnica psicanalítica. *Livro Anual de Psicanálise*, XXII. São Paulo: Escuta, 2008.

SANTOS, B. de S. *Pela Mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade*. 3. Ed. São Paulo: Cortez, 1997.

SARMENTO, M. J. A globalização e a infância: impactos na condição social e na escolaridade. In: GARCIA, R. L. ; LEITE FILHO, A. *Em defesa da educação infantil*. Rio de Janeiro: DP& A, 2001, p. 13-28.

SCHICOTTI, R.V.O. *Concepções e práticas de educadores acerca de disciplina e limites na educação infantil: um estudo de caso*. Assis. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, 2005.

SCHICOTTI, R.V.O.; YAZLLE, E. G. O disciplinamento da infância: algumas considerações históricas. *Nucleus*. v.8, n. 1, p.81-90, abril, 2011. Disponível em: www.nucleus.feitureva.com.br/index.php/nucleus/article/view/543. Acesso em 07/12/11

SEGAL, H. Notas sobre a formação de símbolos. In: *Melanie Klein Hoje*. Rio de Janeiro: Imago, 1991. v. I, p. 167-184.

_____. *A obra de Hanna Segal: uma abordagem kleiniana à prática clínica*. Trad. de Eva Nick. Rio de Janeiro: Imago, 1982.

_____. *Introdução à obra de Melanie Klein*. Trad. Júlio Castañon Guimarães. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1975.

SOIFER, R. *Psicodinamismos da família com crianças: Terapia familiar com técnica de jogo*. Petrópolis: Vozes, 1989.

SOUZA, SETTON A.L. *Pensando a Inibição Intelectual: Perspectiva Psicanalítica e Proposta Diagnóstica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1995.

STEINBERG, S.R.; KINCHELOE, J. L. Sem segredos: cultura infantil, saturação de informação e infância pós-moderna. In: STEINBERG, S. R.; KINCHELOE, J. L. (Orgs). *Cultura infantil: a construção corporativa da infância*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001, p.9-52.

STEINER, J. O interjogo entre organizações patológicas e as posições esquizo-paranóide e depressiva. In: *Melanie Klein Hoje*. Rio de Janeiro: Imago, 1991. v. I, p. 329-347.

TANIS, B. Solidão: clínica e cultura. In: HERRMANN, F. & LOWENKRON, T. (Orgs.). *Pesquisando com o método psicanalítico*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004, p.43-121.

TRINCA, W. E col. *Diagnóstico psicológico: a prática clínica*. São Paulo: EPU, 1984.

TRINCA, A.M. T.; BECKER, E. O pensamento clínico e a integração dos dados no diagnóstico psicológico. In: TRINCA, W. e col. *Diagnóstico psicológico: a prática clínica*. São Paulo: EPU, 1984, p.82-94.

TRINCA, W. *Investigação clínica da personalidade: o desenho livre como estímulo de apercepção temática*. 3. ed. Vol.18. São Paulo: EPU, 2003.

TSU, T.M.J.A. A relação psicólogo - cliente no psicodiagnóstico infantil. In: TRINCA, W. & col. *Diagnóstico psicológico: a prática clínica*. São Paulo: EPU, 1984, p.34-50.

VINCENT, D. A infância na modernidade: Carta aos brasileiros. Trad. Francisco F. Settineri. In: MEIRA, A. M. (Org.). *Novos sintomas*. Salvador: Ágalma, 2003, p. 64-75.

VIRILIO, P. *Velocidade e Política*. Trad. de Celso Mauro Paciornik. 2. ed. São Paulo: Estação Liberdade, 1996.

VORCARO, A. O efeito bumerangue da classificação psicopatológica da infância. In: JERUSALINSKY, A.; FENDRIK, S. (Orgs). *O livro negro da psicopatologia contemporânea*. 2. ed. São Paulo: Via Lettera, 2011, p. 219-229.

WATARAI, C. F. *O contexto afetivo-familiar de relações incestuosas entre irmãos*. Assis. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual Paulista “Julio de Mesquita Filho”, 2009.

WERNER JR. J. *Transtornos hipercinéticos: contribuições do trabalho de Vygotsky para reavaliar o significado*. Campinas. Tese de Doutorado – Universidade Estadual de Campinas, 1997.

WINNICOTT, D. W. *O Brincar & a Realidade*. Trad. José Octávio de Aguiar Abreu e Vanede Nobre. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1975.

ZIMERMAN, D. E. *Bion: da teoria à prática*. Porto Alegre: Artmed, 2004.

_____. *Manual de técnica psicanalítica: uma re-visão*. Porto Alegre: Artmed, 2004.

ZORNIG, S. A. *A criança e o infantil em psicanálise*. São Paulo: Escuta, 2000.

APÊNDICE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pelo presente instrumento às exigências legais, Sr/a _____ portador/a da cédula de identidade _____, e responsável legal pelo menor _____, após leitura minuciosa deste documento e explicações fornecidas pela pesquisadora responsável, Rosana Vera de Oliveira Schicotti (telefone: 18- 9701-7199), não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firmam seu Consentimento Livre e Esclarecido concordando em participar da pesquisa e autorizando a participação do menor, nesta pesquisa intitulada: "TDAH e Infância Contemporânea: um olhar a partir da psicanálise", protocolada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa – UNOESTE – Presidente Prudente (Telefone 18- 3229-2077). Esta pesquisa se justifica pela atualidade e relevância de seu tema, e tem por objetivo compreender os significados e as peculiaridades da sintomatologia do TDAH (Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade) apresentados pela criança, no contexto familiar e escolar, em contraposição a outras dificuldades escolares; para isto irá se utilizar dos instrumentos característicos do psicodiagnóstico: anamnese, entrevistas, hora de jogo diagnóstica, teste de inteligência, entrevista familiar diagnóstica, procedimento de Desenho-Estória com Tema. Ou seja, a anamnese, em conjunto com as outras entrevistas, visa conhecer a história de vida e o desenvolvimento da criança. A hora de jogo diagnóstica é um momento lúdico entre a pesquisadora e a criança onde é oferecido a ela brinquedos com o objetivo de conhecê-la melhor. Será aplicado um teste de inteligência denominado "Teste das Matrizes Progressivas Coloridas de Raven" com o objetivo de conhecer os aspectos cognitivos do desenvolvimento da criança. A entrevista familiar diagnóstica trata-se de um encontro entre a família e a pesquisadora onde é propiciado um espaço de intimidade e ludicidade; a intenção é compreender a dinâmica familiar. Finalmente, o procedimento de Desenho-Estória com Tema propõe que a criança faça um desenho temático, visando investigar sua personalidade e dificuldades decorrentes do processo de escolarização. Espera-se que tais procedimentos não ofereçam nenhum tipo de desconforto aos participantes, contudo caso ocorra algum tipo de constrangimento ou mesmo sensação de desconforto por parte de algum participante, fica firmada a garantia de liberdade em se recusar a participar da pesquisa ou retirar seu consentimento, em qualquer momento, independente da fase em que a pesquisa esteja, sem que isso acarrete algum tipo de penalização ou prejuízo ao participante que assim decidir.

Também se firma as garantias de esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa, assim como, o sigilo quanto aos dados provenientes da entrevista, desenhos, e relatos fornecidos a pesquisadora. Entretanto, como neste serviço (Ambulatório de Saúde Mental) a pesquisadora ocupa também a função de psicóloga e servidora pública, os dados pertinentes ao atendimento do menor deverão ser anotados no prontuário, onde serão projetados os encaminhamentos necessários. Em relação à pesquisa, o anonimato será cuidado de todas as formas cabíveis, nomes originais não serão revelados em nenhum tipo de comunicação a respeito de seus resultados, do mesmo modo que informações que possam levar a identificação de qualquer um dos participantes. A pesquisadora se responsabiliza em prestar assistência psicológica e/ou orientações desta ordem, caso a participação nesta pesquisa mobilize conteúdos psíquicos, que levem algum dos participantes a apresentar dificuldades, desconfortos.

Os dados da pesquisa serão expostos através de publicações e comunicações, sejam impressas e/ou em eventos científicos, mas sempre respeitando o sigilo e o anonimato dos participantes; podendo desta forma contribuir para as reflexões a respeito do tema e do bem estar infantil.

Por estarem de acordo assinam o presente termo.

_____, _____ de _____ de _____.

Participante: _____ Documento nº: _____

Pesquisadora responsável: _____

Membro do Comitê de Ética/Unoeste: Rosa Maria Barilli Nogueira
Telefone: 18-3229-2077

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS PROFESSORES DAS CRIANÇAS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Projeto: TDAH e Infância Contemporânea: um olhar a partir da psicanálise

Prezados educadores,

Estamos realizando uma pesquisa com o objetivo de compreender os significados e as peculiaridades da sintomatologia do TDAH apresentados pela criança, no contexto familiar e escolar, em contraposição a outras dificuldades escolares. Caso concorde em participar como voluntário(a) da pesquisa, sob responsabilidade da pesquisadora Rosana Vera de Oliveira Schicotti, assine o termo de consentimento.

Assinando o termo de consentimento, estou ciente de que:

- Será realizada uma entrevista contendo questões semi-estruturadas, a qual tem o objetivo de coletar dados para a presente pesquisa;
- Meus dados pessoais serão mantidos em sigilo e os resultados gerais obtidos por meio da pesquisa serão utilizados apenas para auxiliar nos objetivos do trabalho acima expostos, cujos dados poderão ser publicados em periódicos científicos;
- poderá ser utilizado um gravador, o qual teria o objetivo de armazenar os dados da entrevista. Além do pesquisador responsável, outras pessoas poderão ter acesso ao conteúdo das fitas gravadas, pois a transcrição da entrevista poderá ser realizada pelo pesquisador responsável ou por outra pessoa que colaborará no processo de coleta de dados;
- Os procedimentos aplicados não oferecem riscos a sua integridade moral, física, mental ou efeitos colaterais;
- Estou livre para interromper minha participação a qualquer momento;
- Poderei entrar em contato com a responsável pelo estudo sempre que julgar necessário pelo telefone (18) 3903-4467 (Rosana Vera de Oliveira Schicotti);
- Obtive todas as informações necessárias para poder decidir conscientemente sobre minha participação nesta pesquisa.
- Este termo de consentimento é feito em duas vias, sendo que uma delas ficará em meu poder e outra com o pesquisador responsável.

Eu, _____, portador do R.G. _____, residente à rua _____, nº _____, da cidade de _____ estado de _____, telefone () _____ dou o consentimento livre e esclarecido para participar como voluntário(a) da pesquisa supra citada. _____, _____ de _____ de 2010.

Pesquisador responsável: _____

Participante: _____

ANEXOS

PARECER DO CEP – UNOESTE
Protocolo de Pesquisa referente ao Projeto nº 005

Título do Projeto de Pesquisa: TDAH e Infância Contemporânea: um olhar a partir da psicanálise
Pesquisador: Rosana Vera de Oliveira Schicotti

Análise e parecer do relator (com resumo do projeto):

O trabalho tem como objetivo compreender os significados e as peculiaridades da sintomatologia do TDAH (Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade) apresentados pela criança, no contexto familiar e escolar, em contraposição a outras dificuldades escolares. A pesquisa será realizada na cidade de Martinópolis no Ambulatório de Saúde Mental setor do Departamento de Saúde, Saneamento e Bem Estar Social do Município. Será realizada entrevista com os pais: queixa livre a anamnese; teste das matrizes progressivas coloridas de Raven; ludodiagnóstico com a criança; procedimento de desenhos-estórias com tema; entrevista familiar diagnóstica; entrevista semidirigida com os professores.

Parecer

O trabalho é de grande importância e relevância, o pesquisador mostra conhecimento na área de estudo, os objetivos são claros e a metodologia atende aos objetivos propostos. Foram entregues folha de rosto, declaração de autorização para utilização de prontuários e documentos, declaração de autorização para contato com os sujeitos da pesquisa, declaração de infra-estrutura e autorização para uso da mesma, termo de consentimento livre e esclarecido para os pais e professores, cronograma, orçamento e currículo atualizado.

Na folha de rosto sugere-se que a palavra “TDAH” não seja colocada abreviada, no TCLE todos os instrumentos característicos do psicodiagnóstico: anamnese, entrevistas, hora de jogo diagnóstica, teste de inteligência, entrevista familiar diagnóstica, procedimento de desenho-estória sejam descritas detalhadamente para que o sujeito da pesquisa não tenha dúvida dos procedimentos a que será submetido. Anexar ao projeto os roteiros das entrevistas que serão utilizadas. No final do TCLE deixar espaço para colocação do número de um documento do sujeito da pesquisa e colocar o nome de um membro do Comitê de Ética e telefone para contato.

De acordo com o exposto acima sugiro que o projeto fique pendente até reformulação.

Aprovado.

Pendente (o pesquisador deve responder aos questionamentos do CEP no máximo 60 dias após a data de emissão deste parecer. O protocolo retornará à reunião do comitê).

Não aprovado.


Rosa Maria Barilli Nogueira

Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da Unoeste

Comitê de Ética em Pesquisa
UNIVERSIDADE DO OESTE PAULISTA

PARECER FINAL

Declaramos para os devidos fins que o Protocolo de Relato de Caso intitulado “TDAH E INFÂNCIA CONTEMPORÂNE: UM OLHAR A PARTIR DA PSICANÁLISE” e cadastrado no CEP sob nº 005/EXTERNO tendo como pesquisador(a) responsável **ROSANA VERA DE OLIVEIRA SCHICOTTI**, foi avaliado e **APROVADO** pelo CEP da Universidade do Oeste Paulista - UNOESTE de Presidente Prudente-SP, em reunião realizada em 30/11/2010.

Presidente Prudente, 01 de DEZEMBRO de 2010.



Prof. Dra. Rosa Maria Barilli Nogueira
Coordenadora do CEP - UNOESTE