

ESCUTAR  
CRIANÇAS &  
ADOLESCENTES  
HIPERATIVOS  
APOSTA DA PSICANÁLISE

---

*Cristiana Carneiro &  
Sébastien Ponnou*

*Organizadores*

ESCUTAR  
CRIANÇAS &  
ADOLESCENTES  
HIPERATIVOS  
APOSTA DA PSICANÁLISE



**UFRJ**

Universidade Federal do Rio de Janeiro

*Reitor* Roberto de Andrade Medronho

*Vice-reitor* Cassia Curan Turci

*Coordenadora do  
Fórum de Ciência  
e Cultura* Christine Ruta



Editora Universidade Federal do Rio de Janeiro

*Diretor* Marcelo Jacques de Moraes

*Diretora adjunta* Fernanda Ribeiro

*Conselho editorial* Marcelo Jacques de Moraes (presidente)  
Cristiane Henriques Costa  
David Man Wai Zee  
Debora Foguel  
João Camillo Barros de Oliveira Penna  
Maria Elvira Díaz-Benítez  
Tania Cristina Rivera

**Cristiana Carneiro e Sébastien Ponnou (org.)**

**Escutar crianças e  
adolescentes hiperativos:  
aposta da psicanálise**

©2024 Cristiana Carneiro e Sébastien Ponnou

Ficha catalográfica elaborada por Maria Luiza Cavalcanti Jardim (CRB7-1878)

---

E74 Escutar crianças e adolescentes hiperativos [recurso eletrônico] : aposta da psicanálise / Cristiana Carneiro e Sébastien Ponnou (org.). – Rio de Janeiro : Ed. UFRJ, 2024.  
1 recurso eletrônico (259 p.) ; digital

Inclui bibliografia.  
ISBN 978-85-7108-521-3

1. Transtorno do déficit de atenção com hiperatividade.  
2. Crianças com distúrbio do déficit de atenção. 3. Distúrbio do déficit de atenção em adolescentes. I. Carneiro, Cristiana. II. Ponnou, Sébastien.

CDD: 618.928589

---

*Coordenação editorial*  
Sonja Cavalcanti  
Thiago de Moraes Lins

*Preparação de originais*  
Simone Brantes

*Revisão*  
Paula Halfeld  
Sonja Cavalcanti

*Capa*  
Vanessa Mattos  
*Projeto gráfico*  
Cintia de Sá  
*Diagramação*  
Thiago de Moraes Lins

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
FÓRUM DE CIÊNCIA E CULTURA

EDITORA UFRJ  
Rua Lauro Müller, 5  
Rio de Janeiro, RJ – CEP 22290-902

LIVRARIA EDITORA UFRJ  
Av. Pasteur, 250 – Palácio  
Universitário  
Rio de Janeiro, RJ – CEP 22290-160

[www.editora.ufrj.br](http://www.editora.ufrj.br)

[vendas@editora.ufrj.br](mailto:vendas@editora.ufrj.br)

## Agradecimentos

Agradecemos à comissão científica, cujos integrantes, a seguir nomeados, participam de redes de pesquisa conjunta, em especial a RUEPSY (Rede Universitária Internacional de Estudos Psicanalíticos em Educação), o NIAJ (Núcleo de Infância, Adolescência e Juventude), o LAPSE (Grupo de Pesquisa em Psicanálise, Educação e Laço Social), o CLINP (Clínica Psicanalítica) e a RSMCA (Rede de Saúde Mental de Crianças e Adolescentes), pelas trocas profícuas e parcerias de trabalho:

Claudia Andrade (Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro), Cristina Ronchese (Universidad Nacional de Rosario), Cristina Ventura (IPUB – Universidade Federal do Rio de Janeiro), Kelly Cristina Brandão (Universidade Estadual de Campinas), Leandro de Lajonquière (Paris 8), Lucia Rabello de Castro (Universidade Federal do Rio de Janeiro), Luciana Gageiro Coutinho (Universidade Federal Fluminense), Marcelo Ricardo Pereira (Universidade Federal de Minas Gerais), Mariana Maria de Luján Scrinzi (Universidad Nacional de Rosario), Margareth Diniz (Universidade Federal de Ouro Preto), Marília Etienne Arreguy (Universidade Federal Fluminense), Mônica Rahme (Universidade Federal de Minas Gerais), Paula Fontana (Universidade de São Paulo), Perla Klautau (Universidade Federal do Rio de Janeiro), Rose Gurski (Universidade Federal do Rio Grande do Sul).

# Sumário

- 5      **Agradecimentos**
- 8      **Apresentação**  
*Cristiana Carneiro*
- 12     **PREFÁCIO**  
**TDA/H: transtorno, sintoma ou angústia?**  
*Vera Lopes Besset*
- 15     **CAPÍTULO 1**  
**Impasses das abordagens biomédicas,  
necessidade da psicanálise: o caso do TDA/H**  
*Sebastián Ponnou*
- 49     **CAPÍTULO 2**  
**O *prêt-à-porter* do diagnóstico e  
seu avesso: qual lugar para Rubens?**  
*Cristiana Carneiro e Bruno Netto dos Reys*
- 72     **CAPÍTULO 3**  
**O discurso científico sobre o TDA/H:  
evolução, análise crítica e questionamentos**  
*François Gonon*
- 93     **CAPÍTULO 4**  
**TDA/H, psiquiatria e psicanálise: percursos entre  
a França, os Estados Unidos e o Brasil**  
*Rossano Cabral Lima*

- 118      **CAPÍTULO 5**  
**Ouvir as crianças em vez das sereias do cientificismo**  
*Patrick Landman*
- 136      **CAPÍTULO 6**  
**Corpos indóceis sob transferência**  
*Rinaldo Voltolini*
- 159      **CAPÍTULO 7**  
**A criança hiperativa, um mito coletivo bem singular**  
*Pascal-Henri Keller*
- 169      **CAPÍTULO 8**  
**TDA/H: do transtorno à invenção singular**  
*David Coto*
- 185      **CAPÍTULO 9**  
**“Um corpo que cai”: hiperatividade,  
nomeação e salvação**  
*Cássio Eduardo Soares Miranda*
- 204      **CAPÍTULO 10**  
**O diagnóstico do TDA/H  
e o laço social na atualidade**  
*Michele Kamers*
- 225      **CAPÍTULO 11**  
**Anastasia: uma nova coreografia**  
*Laurence Morel*
- 242      **CAPÍTULO 12**  
**Franck: transtorno de TDA/H**  
*Sébastien Ponnou*
- 246      **Sobre os autores**



## Apresentação

Cristiana Carneiro

Escutar nos parece algo desafiador para os nossos tempos tecnológicos, nos quais a rapidez se tornou um valor central. Também é nesse avançar virtual do século XXI, no qual a atenção passou a ser preciosa moeda de troca, que muitos estudiosos se debruçaram sobre essa temática. A quantidade de estudos sobre atenção e hiperatividade, nos últimos 30 anos, cresceu exponencialmente. Rentabilizar a atenção, aprimorar a atenção, otimizar a atenção, déficit de atenção? Aceleramos muito, mas desejamos que as crianças e adolescentes escolares de hoje continuem no ritmo de nossos pais, sem nos questionarmos sobre o que estamos demandando, como nos indica o capítulo “A criança hiperativa, um mito coletivo bem singular”. Excesso de atividade passa a ser índice de patologia, baixo desempenho passa a sugerir déficit atencional, sobretudo no sistema escolar. Ainda nesse cenário acelerado e mercadológico, a lógica das evidências – prometida por certa compreensão de ciência – se oferece como porto seguro que embasaria práticas precisas para o combate dos chamados transtornos. Mas quem está transtornado pela criança que não para quieta? Perguntar sobre o lugar dos adultos diante das crianças não modelares e escutar as crianças e adolescentes em seu sofrimento vai em um sentido bastante distinto do da compreensão de um funcionamento autônomo neurodesenvolvimental, ou centrado na química das secreções. Como podemos ler no capítulo “O *prêt-à-porter* do diagnóstico e seu avesso: qual lugar para Rubens?”, a lógica dos diagnósticos parece incorporar certo imediatismo e praticidade dos

nossos tempos. Esse discurso sedutor e tão afeito à pressa contemporânea, na medida em que nomeia os ditos transtornos, também oferece a droga específica para combatê-los, criando um mercado pujante para a indústria farmacêutica. Um dos problemas centrais dessa lente compreensiva é que, quando privilegiamos uma leitura biomédica, individualizando a questão da atenção e da atividade, e as inserindo em certa concepção de doença, esquecemos que não há atenção que não seja conjunta, que não esteja ligada ao outro e ao contexto no qual se realiza. Se falamos, é para alguém, é com um outro que nossa atenção e ação são realizadas. Agir, escutar e ver se enlaçam com ser escutado, ser visto e desejado. É nessa outra proposta de compreensibilidade que o presente livro se insere e é a partir dela que pretende contribuir.

Importante salientar que, se os estudos iniciais dos anos 1990 defendiam uma etiologia neurológica, neurodesenvolvimental e genética do TDA/H, sustentando os benefícios do uso do metilfenidato (Ritalina®/Concerta®) no tratamento das crianças hiperativas, os estudos que se seguiram e as meta-análises subsequentes questionaram profundamente, ou até refutaram, a incidência dos fatores biológicos e os benefícios do tratamento medicamentoso. Apesar desses estudos, os dados de consumo de fármacos pelo público infanto-juvenil demonstram significativo aumento, indicando que as controvérsias não foram incorporadas pelo grande público. As divergências parecem muitas vezes minimizadas na divulgação científica, silenciando as distorções sistemáticas do consenso científico internacional, algo que pode favorecer sobrediagnóstico e sobremedicação de crianças. Em “Impasses das abordagens biomédicas, necessidade da psicanálise: o caso do TDA/H”, podemos ler como as diretrizes atuais regulatórias em saúde na França parecem enfraquecidas diante de práticas que endossam a prescrição de medicamentos para crianças.

Acolhendo o campo de controvérsias que o TDA/H – produto DSM – enseja, o livro *Escutar crianças e adolescentes hiperativos: aposta da psicanálise* visa desenvolver uma reflexão crítica fundamentada desse movimento contemporâneo que patologiza a atenção e o movimento em larga escala.

No capítulo “TDA/H, psiquiatria e psicanálise: percursos entre a França, os Estados Unidos e o Brasil”, podemos ler um histórico da construção do

chamado transtorno, retomando aspectos importantes para a compreensão do contexto atual, incluindo aí a instituição escola, eixo central também para o texto “Corpos indóceis sob transferência”. A escola, atravessada por uma cultura do desempenho e da ânsia pelos resultados, muitas vezes desvaloriza o trajeto processual e singular dos alunos. Nessa direção, o capítulo “Ouvir as crianças em vez das sereias do cientificismo” nos mostra que estudos realizados em diferentes países revelaram que as crianças mais novas de sua classe – por exemplo, as crianças nascidas em dezembro – têm um risco significativamente maior de serem diagnosticadas com TDA/H em comparação com crianças mais velhas, nascidas em janeiro. Esses estudos mostraram que essa tendência é sempre evidente, tanto em países que apresentam altas taxas de diagnóstico ou prescrição (como os Estados Unidos) ou baixas taxas (como a Finlândia). Tal fato corrobora um aspecto importante nessa discussão: a escola é copartícipe do diagnóstico, a partir do momento que encaminha as crianças para os especialistas.

Se a escola passa a ler a atenção e o movimento de outra forma, tudo indica que sofre os impactos do que se tem produzido discursivamente sobre o TDA/H, que o institui como fato “incontestável”. Como ressalta Gonon em seu capítulo, o discurso midiático e de divulgação científica sobre o tema concorre para o embelezamento dos resultados e a primazia dos estudos iniciais em detrimento de seus desdobramentos posteriores, silenciando o campo conflituoso e de interesses que envolve o tema. Longe da neutralidade, nomear uma patologia é oferecer um lugar de reconhecimento identitário que terá efeitos para as crianças e adolescentes, suas famílias e a instituição escolar. Dessa forma se, por um lado, há um discurso de massa que circula mais amplamente e sujeitos que o endossam e reafirmam, há também, por outro, os que a ele resistem. O capítulo “TDA/H: do transtorno à invenção singular”, nos mostra como um nome genérico de transtorno, sem sujeito, pode ceder espaço para um outro olhar, que considere a singularidade e suas manifestações.

É também no campo da produção discursiva que podemos ler, nos capítulos 9, 10, 11 e 12, sobre os casos de Atos, Miguel, Anastasia e Franck, adolescentes que nos fazem refletir sobre os efeitos da nomeação diagnóstica no adolecer. Eles nos dão a ver que, na psicanálise, a intervenção

almeja escutar o sujeito em sua singularidade, podendo ouvir para além do dito, nas nuances, nos silêncios, nas cadências da voz, sempre incluindo o outro a quem o sujeito se dirige, seja ele de “carne e osso” ou esse Outro do discurso que nos institui.

Por fim, convidamos o leitor a percorrer o terreno de controvérsias que o TDA/H enseja, esperando poder contribuir para uma reflexão aprofundada da discussão, tendo como foco a infância e a adolescência. Entre a opacidade da leitura que substitui a voz do sujeito pela regulação autônoma, ainda apostamos na clareza daquilo que nos torna humanos: a palavra...

## PREFÁCIO

### **TDA/H: transtorno, sintoma ou angústia?**

Vera Lopes Besset

O mal-estar na cultura, assinalado por Freud na primeira metade do século XX, permanece, insiste. Os laços sociais se modificam, obedecendo à lógica do discurso capitalista, avesso às coisas do amor e à particularidade do desejo. Ao mesmo tempo, observa-se o privilégio das imagens, conferindo domínio ao imaginário, em detrimento da palavra, referida ao simbólico. Nesse tempo, a verdade configura-se tal como Lacan a definiu no final de seu ensino: ela é aquilo em que se acredita. O “fenômeno” das *fake news* não contradiz tal assertiva.

As transformações da cultura produzem modificações no estatuto do sujeito, a falta-a-ter comparece no lugar da falta-a-ser. Nessa lógica, o objeto é um bem a ser consumido. Em um contexto em que as transformações culturais parecem obedecer a um ritmo frenético, e as normas se mostram independentes de uma lei que as regularia, não é raro que um sujeito se encontre desnordeado.

O prestígio da ciência confere autoridade a numerosos especialistas e incrementa o valor atribuído à avaliação, que ganha estatuto de necessidade. Isso se faz acompanhar de uma mudança nas relações parentais, e a opinião dos especialistas passa a ocupar o lugar antes ocupado pela opinião dos pais. A autoridade parental se apresenta diminuída e, em alguns casos, até mesmo anulada. São fenômenos que guardam entre si uma proximidade, mas não forçosamente uma relação de causa e efeito. De todo modo, pais desmotivados e/ou desautorizados podem renunciar ao dever

de educar, transferindo-o à escola. Essa renúncia pode se acompanhar do estímulo a uma pretensa independência dos filhos. No Brasil, observa-se o sucesso da proposta de uma educação dita “positiva”, que propõe o respeito aos filhos. Essa diretiva concerne ao direito de escolha... dos filhos. E isso, desde tenra idade, incluindo o direito de escolher o momento de controlar o esfíncter! Curioso contexto, onde o direito ao amor é substituído pelo direito à liberdade precoce, abrindo caminho para o desamparo.

Às voltas com a queda dos ideais políticos, morais, expostos em sua face de *utopia*, cada um tem a seu dispor respostas que os especialistas fornecem à pergunta sobre o ter, que substitui a questão sobre o ser. O “Quem sou eu?” dá lugar a: “O que eu tenho?” ou “O que meu filho tem?”.

Trata-se de uma pergunta que não incide sobre o sujeito e o interroga, como a clássica questão “*Quem sou eu?*”, que interpela e pode colocar em cena a angústia. São soluções que fazem barreira à formulação de um questionamento sobre o ser. Podem ser consideradas “soluções” de tamponamento, destinadas a impedir ou dificultar a emergência da angústia. Nomear o que se teme, no caso das fobias, pode ser um recurso para circunscrever a angústia. Freud assinala que alguns sujeitos conseguem nomear o que os angustia, identificando um objeto que causa medo.

Na educação, um dos nomes do mal-estar é o TDA/H. Sigla que, para alguns, se oferece como nome. Declara uma mãe, aliviada após ser informada do diagnóstico de seu filho: “Foi um alívio, eu estava angustiada, não sabia o que meu filho tinha...”.

Há uma discussão sobre o tema. Transtorno ou sintoma? Angústia? Caso sim, de quem? Quem é o sujeito aí? De todo modo, o TDA/H nomeia algo que transtorna, incomoda, impede que as coisas caminhem no sentido desejado, planejado. Como transtorno, se inscreve em posição oposta ao sintoma, que, para o psicanalista, fala. Pois, ao servir de etiqueta e convocar o uso do medicamento, promove o silêncio, cala. Para médicos, psiquiatras em especial, trata-se de um transtorno, uma patologia. E parece que também para os educadores. Para os psicanalistas, ele denomina um sofrimento, mas não possui o estatuto de um sintoma. Todavia, poderia ele, no contexto de um tratamento, se tornar sintomático, tal como a inibição, como assinalou Freud?

Cristiana Carneiro e Sébastien Ponnou reúnem, na coletânea *Escutar crianças e adolescentes hiperativos: aposta da psicanálise*, a contribuição de pesquisadores brasileiros e franceses instigados por questões que afetam crianças, jovens, pais e educadores. Contribuição importante para a problemática à qual o TDA/H remete.

## CAPÍTULO 1

# Impasses das abordagens biomédicas, necessidade da psicanálise: o caso do TDA/H

Sébastien Ponnou

Este capítulo propõe uma crítica esclarecida dos impasses das abordagens biomédicas e padronizadas do TDA/H na França, para sustentar a necessidade da psicanálise e de sua clínica na recepção e no tratamento do sofrimento da criança e de seus pais.

O Transtorno de Déficit de Atenção com ou sem Hiperatividade (TDA/H) é considerado o transtorno mental mais comum em crianças em idade escolar (Sayal *et al.*, 2018). Por esse motivo, suscitou milhares de pesquisas em nível internacional, de modo que nosso conhecimento sobre o TDA/H evoluiu consideravelmente ao longo do tempo.

Enquanto as pesquisas iniciais nas décadas de 1980/90 sugeriam a existência de uma etiologia biológica para o TDA/H, os estudos subsequentes e as meta-análises posteriormente realizadas refutaram essa incidência causal, de modo que não há atualmente nenhum marcador neurológico ou genético nem qualquer teste biológico que permita identificar ou confirmar o diagnóstico de hiperatividade (Dumas-Mallet e Gonon, 2020). Além disso, os estudos em neurobiologia ou os estudos genéticos do TDA/H mostraram-se tão inconsistentes e contraditórios que a hipótese de uma etiologia biológica da hiperatividade se afasta à medida que as pesquisas avançam.

Na ausência de fatores e testes biológicos capazes de contribuir para o diagnóstico, a descrição do TDA/H baseia-se exclusivamente na avaliação de sintomas comportamentais: déficit de atenção associado ou não à



impulsividade motora e à hiperatividade. Por esse motivo, a prevalência do TDA/H é objeto de intensos debates em nível internacional, com variações significativas dependendo dos países, das regiões e dos métodos de pesquisa utilizados (Ponnou, 2020; Polanczyk *et al.*, 2014).

Da mesma forma, as recomendações de tratamento variam muito de país para país. Na América do Norte, o tratamento medicamentoso é recomendado como tratamento de primeira linha, enquanto, na maioria dos países europeus, uma abordagem psicoterapêutica, educacional e social é oficialmente preferida. A medicação é, em princípio, reservada aos casos mais graves (Sayal *et al.*, 2018).

O único medicamento autorizado na França para o tratamento do TDA/H é o metilfenidato, comercializado sob forma simples (Ritaline®) ou sob forma de liberação prolongada (Ritaline-LP®, Concerta®, Quasym®, Medikinet®). É indicado para crianças a partir dos 6 anos “quando as medidas corretivas psicológicas, educativas, sociais e familiares por si sós se revelam insuficientes”<sup>1</sup> (ANSM, 2017). A sua prescrição está sujeita a fiscalização e a rigorosas condições de liberação: prescrição inicial e renovações anuais realizadas em ambiente hospitalar por médicos especialistas (até setembro de 2021), renovações mensais com receita controlada, identificação do médico que emite o receituário (ANSM, 2017).

Enquanto a pesquisa biomédica produziu resultados limitados em relação à neurobiologia, à genética ou ao tratamento do TDA/H, muitos estudos mostraram a influência do sistema escolar no diagnóstico e na medicação das crianças hiperativas. Assim, em uma cidade do estado da Virgínia, 63% das crianças em idade escolar adiantada foram tratadas com psicoestimulantes (LeFever, Dawson e Morrow, 1999). Na população estadunidense como um todo, a prevalência de TDA/H varia com o mês de nascimento, confirmando que os alunos mais jovens de sua classe são os mais expostos (Elder, 2010; Evans, Morrill e Parente, 2010). Um estudo canadense mostrou que o número de meninos tratados com psicoestimulantes

---

1 No original: “*Lorsque les mesures correctives psychologiques, éducatives, sociales et familiales seules s'avèrent insuffisantes*”.

é 41% maior se nasceram em dezembro do que se nasceram em janeiro – para as meninas, esse aumento chega a 77% (Morrow *et al.*, 2012). Elder (2010) também mostra que o comportamento hiperativo das crianças mais novas de uma turma é mais frequentemente considerado patológico por seus professores do que por seus pais. Ora, os professores americanos são pressionados por sua hierarquia a relatar aos pais um possível TDA/H. De fato, desde a lei de 1990, as escolas americanas recebem uma verba adicional, que varia de acordo com as comarcas, para cada criança diagnosticada – e a indústria farmacêutica fornece aos professores a documentação necessária (Phillips, 2006). Por fim, as escolas são avaliadas de acordo com o desempenho de seus alunos e, portanto, incentivadas a melhorar o seu nível. Um estudo comparando os estados dos Estados Unidos correlacionou positivamente a natureza coercitiva desses incentivos com a prevalência de TDA/H (Bokhari e Schneider, 2011). Essas pesquisas foram duplicadas internacionalmente, e os mesmos fenômenos foram identificados na Noruega, na Itália (Lombardia), bem como na Finlândia e no Reino Unido. Para além das diferenças na organização dos sistemas educacionais, as meta-análises atualmente disponíveis sustentam a hipótese de uma influência do sistema escolar no diagnóstico de TDA/H e na medicação das crianças (Holland e Sayal, 2019; Whitely *et al.*, 2018).

Da mesma forma, muitos fatores de risco ambientais e sociais foram amplamente demonstrados: exposição a níveis tóxicos de chumbo (Needleman *et al.*, 1979), parto prematuro (Linnet *et al.*, 2006; Szatmari *et al.*, 1990), criança gravemente maltratada, pais com transtornos mentais, interações pais-filhos deficientes (Biederman, Faraone e Monuteaux, 2002; Biederman *et al.*, 1995; Schneider e Eisenberg, 2006; Tallmadge e Barkley, 1983), baixo nível econômico da família, baixa escolaridade dos pais, família monoparental, filhos de mãe adolescente (Froehlich *et al.*, 2007; Schneider e Eisenberg, 2006). Por fim, a exposição excessiva à televisão parece particularmente prejudicial para o desenvolvimento da capacidade de atenção (Christakis, 2009; Nikkelen *et al.*, 2014; Beyens, Valkenburg e Piotrowski, 2018).

Infelizmente, há carência desse tipo de estudo na França, de modo que as questões relacionadas à prevalência de TDA/H, à prescrição de

medicamentos e à influência de fatores escolares e sociais no diagnóstico e na prescrição alimentam ainda hoje muitas controvérsias.

Para este capítulo, dedicado aos impasses das abordagens biomédicas do TDA/H na França, nos voltaremos particularmente:

- ▶ aos resultados da pesquisa biomédica em termos de etiologia e de tratamento do TDA/H;
- ▶ às questões relativas ao diagnóstico e à prevalência do TDA/H na França;
- ▶ à medicação com psicob coestimulantes – e principalmente ao aumento inexorável do consumo de metilfenidato entre crianças e adolescentes;
- ▶ à determinação escolar e social do diagnóstico de TDA/H e da medicação por metilfenidato na França;
- ▶ aos vieses científicos, aos vieses midiáticos e aos conflitos de interesse que presidem os discursos dirigidos ao grande público e passíveis de orientar demandas, práticas e políticas de saúde.

Todos esses elementos devem nos permitir discutir os princípios e modelos de cuidado destinado às crianças, aos adolescentes e às suas famílias na França para os próximos anos.

### **Os impasses das abordagens biomédicas para o TDA/H**

Ao contrário da crença popular – e conforme irão mostrar François Gonn e Patrick Landman ao longo dos próximos capítulos –, não há atualmente nenhuma etiologia neurológica ou genética para o TDA/H. Em outras palavras, não existe nenhuma causa nem qualquer teste biológico que possa confirmar o diagnóstico de hiperatividade ou legitimar o uso de psicoestimulantes em crianças.

### **Existe comprovação científica da origem neurológica do TDA/H?**

Os estudos de imagem cerebral publicados na década de 1990 sugeriam que os avanços na neurobiologia logo tornariam possível validar ferramentas de diagnóstico (Dougherty *et al.*, 1999). No entanto, não há atualmente nenhum teste conhecido para o TDA/H (Weyandt, Swentosky e Gudmundsdottir,

2013). Centenas de estudos de neuroimagem estrutural e funcional mostraram diferenças associadas ao TDA/H, mas nenhuma dessas diferenças corresponde a lesões cerebrais; é, portanto, impossível qualificar o TDA/H como doença ou distúrbio neurológico. Além disso, as diferenças são quantitativamente mínimas, contraditórias e estatisticamente significativas apenas quando se consideram grupos de crianças.

Alguns estudos iniciais também sugeriam um déficit de dopamina ou uma disfunção dos neurotransmissores de dopamina na origem do TDA/H. Essa perspectiva foi rigorosamente testada e refutada (Gonon, 2009). Assim, as hipóteses sobre a etiologia neurológica do TDA/H são hoje cientificamente fracas e ultrapassadas (Gonon *et al.*, 2012).

Acrescentemos que, além da inconsistência dos resultados disponíveis, os estudos de imagem cerebral não são capazes de determinar uma causa potencial para o TDA/H. Efetivamente, é impossível desvendar se as observações feitas são a causa ou a consequência de um tipo de desenvolvimento específico nos sujeitos que apresentam sintomas de hiperatividade.

### **O TDA/H é uma doença genética?**

Os estudos iniciais também apontavam uma forte etiologia genética para o TDA/H. Os estudos subsequentes e as meta-análises realizadas posteriormente refutaram amplamente essas associações ou suas implicações causais. Atualmente, o fator de risco genético mais bem estabelecido e mais significativo é a associação do TDA/H com um alelo do gene que codifica o receptor D4 da dopamina (Gizer, Ficks e Waldman, 2009). De acordo com essa meta-análise, esse fator de risco é, conforme com a fonte citada, de apenas 1,33. Mais especificamente, esse alelo está presente em 23% das crianças diagnosticadas com TDA/H e apenas em 17% das crianças de grupo controle (Shaw *et al.*, 2007) – o que na realidade equivale a uma ausência de efeito, e não permite qualquer conclusão de um ponto de vista clínico.

Assim, uma revisão recente de mais de 300 estudos genéticos concluiu: “os resultados dos estudos genéticos sobre o TDA/H ainda são inconsistentes e não permitem chegar a conclusão alguma” (Li *et al.*, 2014). De maneira mais geral, os estudos genéticos – cada vez mais poderosos, testando milhões de variantes de DNA em milhares de pacientes – convergem todos

para a mesma constatação: o peso dos fatores de risco genéticos na ocorrência de transtornos mentais (incluindo o TDA/H) diminui à medida que a qualidade dos estudos progride (Gaulger, 2014; Gonon, Dumas-Mallet e Ponnou, 2019).

### **O tratamento com psicoestimulantes melhora o desempenho escolar das crianças?**

Os estudos da década de 1990 anunciavam que o tratamento com psicoestimulantes permitia aliviar os sintomas do TDA/H. O efeito benéfico e aparentemente paradoxal do tratamento é explicado pelo fato de os psicoestimulantes aumentarem a atenção. A atenuação dos sintomas hiperativo e impulsivo seria, portanto, consequência de uma capacidade de atenção mais sustentada. No entanto, de acordo com vários estudos americanos que acompanharam coortes muito grandes de crianças por anos, o tratamento com psicoestimulantes não apresenta nenhum benefício a longo prazo contra os riscos de fracasso escolar, de delinquência e de toxicomania associados ao TDA/H (Currie, Stabile e Jones, 2014; Gonon, Guilé e Cohen, 2010; Humphreys, Eng e Lee, 2013; Loe e Feldman, 2007; Sharpe, 2014; MTA Cooperative Group, 1999).

### **Quais são as contribuições da pesquisa biomédica para a clínica?**

Esses diferentes elementos questionam diretamente as contribuições da pesquisa biomédica para a clínica do TDA/H.

Primeiramente, uma vez que não há nenhum teste nem etiologia biológica comprovada para a hiperatividade – como acontece com a maioria dos “transtornos mentais” ou “transtornos da infância” –, o valor diagnóstico do TDA/H não é baseado em dados científicos, mas em convenções ou usos heurísticos, cuja confiabilidade, pertinência e utilidade clínica devem ser discutidas (Frances e Widiger, 2012).

Da mesma forma, os progressos da pesquisa biomédica não resultaram em grande avanço em termos de terapia, de modo que nenhuma classe de medicamento psicotrópico foi descoberta nos últimos 50 anos. Os laboratórios farmacêuticos tomaram o seu partido, uma vez que gradualmente fecharam suas unidades de pesquisa dedicadas ao campo da psiquiatria.

Assim, os medicamentos atualmente disponíveis são moléculas ou derivados de moléculas descobertas nos anos 1950-1970 ao acaso em estudos clínicos avaliados segundo métodos padrão (randomizados/contraplacebo). Aqui, estamos confrontados com vários tipos de paradoxos, em particular no caso do TDA/H. Citaremos dois deles:

- ▶ O metilfenidato, que é o tratamento medicamentoso mais regularmente prescrito para o TDA/H na França e internacionalmente (Sayal *et al.*, 2018), foi sintetizado em 1944 e patenteado na década de 1950, bem antes do surgimento do TDA/H como categoria diagnóstica. Assim, o TDA/H sustenta essa extraordinária inversão das lógicas clínicas e médicas clássicas (Canguilhem, 1966; Foucault, 1963): não se trata mais de encontrar um tratamento capaz de curar a doença, nem de inventar uma terapia que alivie o sofrimento do paciente, mas sim de construir o quadro nosográfico mais adaptado ao uso de uma determinada molécula.
- ▶ Da mesma forma, o risco-benefício do metilfenidato é avaliado independentemente de qualquer lógica causalista. A prescrição de psicoestimulantes não pode, de forma alguma, ser sustentada com base em uma etiologia biológica – por exemplo, um déficit dos neurotransmissores de dopamina –, na medida em que essa hipótese foi refutada. Em outras palavras, mesmo com a ideia de que o tratamento funciona e ajuda a aliviar os sintomas do TDA/H, a questão de saber como e por que o tratamento funciona permanece sem resposta.

Essas constatações sobre os impasses das abordagens biomédicas do TDA/H – e da psiquiatria biológica em geral (Gonon, 2011) – são feitas por prestigiadas personalidades do mundo científico, que se dedicaram por décadas à pesquisa biomédica consagrada aos transtornos mentais.

Por exemplo, Steven Hyman, diretor do Stanley Center for Psychiatric Research e professor e membro do *Broad Institute* do MIT e de Harvard, afirma: “Embora a neurociência tenha progredido nas últimas décadas, as dificuldades são tantas que a busca pelas causas biológicas dos transtornos mentais fracassou amplamente” (Hyman, 2018, p. 373)

Da mesma forma, Thomas Insel, em seu livro *Healing: our path from mental illness to mental health*:

Eu tenho lutado contra a doença mental como pai, cientista e médico por quase meio século. Psiquiatra por formação e pesquisador em neurociências, passei as últimas quatro décadas testemunhando os avanços no campo da pesquisa sobre o funcionamento cerebral tanto na saúde quanto na doença. Acabei me tornando, por mais de dez anos, o “psiquiatra da nação”, diretor do *National Institute of Mental Health* (NIMH), supervisionando mais de US\$ 20 bilhões para a pesquisa em saúde mental. Ajudei o presidente George W. Bush a responder aos tiroteios em escolas e coliderei a Brain Initiative do presidente Barack Obama. Aconselhei os membros do Congresso sobre os cuidados em saúde mental e trabalhei com os líderes do Pentágono sobre o suicídio nas forças armadas. Em suma, era meu trabalho fazer a diferença para os americanos com doenças mentais. Eu deveria ter sido capaz de nos ajudar a dobrar as curvas da morte e da deficiência. Mas não o fiz. Porque não entendi bem o problema. Ou talvez seja mais correto dizer que o problema que eu estava resolvendo apoiando cientistas brilhantes e médicos dedicados não era o problema enfrentado por quase quinze milhões de americanos com doenças mentais graves (Insel, 2022).

Ou ainda, do mesmo Thomas Insel, em recente entrevista ao *New York Times*: “essencialmente, as pesquisas em neurociência não têm beneficiado os pacientes (22 de fevereiro de 2022).

Finalmente, em um artigo intitulado “Medicine and the mind: the consequences of psychiatry's identity crisis”, publicado na prestigiosa revista *The New England Journal of Medicine*, Gardner e Kleinman escreviam em 2019:

Paradoxalmente, embora as limitações dos tratamentos biológicos sejam amplamente reconhecidas pelos especialistas da área, a mensagem predominante para o público em geral e o restante

da medicina ainda é que a solução para os transtornos mentais está em fazer corresponder o diagnóstico *certo ao* medicamento *certo*. Consequentemente, os diagnósticos psiquiátricos e os medicamentos psicotrópicos proliferam sob a bandeira da medicina científica, embora não haja nenhuma compreensão biológica aprofundada das causas dos transtornos psiquiátricos ou de seus tratamentos. O problema não é simplesmente uma questão de integridade científica e intelectual. Este estado de coisas influencia a formação dos cuidadores e o reembolso dos cuidados. Prejudica seriamente pacientes e profissionais (Gardner e Kleinman, 2019).

Feitas essas observações sobre o estado da pesquisa biomédica dedicada ao TDA/H em nível internacional, qual é a situação da França? Como se caracterizam esses achados do ponto de vista da prevalência, do diagnóstico e do tratamento do TDA/H nesse país?

### **A prevalência do TDA/H na França: arqueologia de uma ciência fake**

Embora nenhum caso de TDA/H tenha sido registrado na França antes da década de 1990, a taxa de ocorrência dessa doença atingiu subitamente níveis pandêmicos: uma criança por turma, depois uma criança em cada 10... Na França, o diagnóstico de hiperatividade só começou a emergir depois que o tratamento medicamentoso por psicoestimulantes (metilfenidato) entrou no mercado em 1995.

No período compreendido entre 2008 e 2011, a indústria desse medicamento (o laboratório Shire®, que comercializa uma das versões mais difundidas do metilfenidato) financiou uma pesquisa telefônica que indicou a alta prevalência de TDA/H na França (3,5 a 5,6% das crianças). Os resultados desse estudo são ainda hoje amplamente divulgados pelos poderes públicos, órgãos de saúde, mídia e literatura especializada... No entanto, além de um óbvio conflito de interesses, que não é isento de problemas, essa pesquisa fundamenta-se em uma metodologia questionável, pois se trata de um inquérito telefônico delegado a operadores não especializados, formados



deficientemente, com uma amostra particularmente pequena da população (pouco mais de 1.000 lares). Ora, como determinar se uma criança sofre ou não de TDA/H sem nunca ter falado com ela ou tê-la conhecido? Como inferir, nessas condições, uma taxa de prevalência confiável?

De acordo com esses critérios metodológicos mais do que questionáveis, os pesquisadores estimaram que 36 crianças (3,5%) de 6 a 12 anos sofriam de TDA/H, enquanto, além disso, 22 crianças (2,2%) eram tratadas com psicoestimulantes sem poder ser formalmente diagnosticadas (Lecendreux, Konofal e Faraone, 2011, p. 517). Assim, os autores concluem que a taxa de prevalência de TDA/H na França é de 3,5 a 5,6%. O estudo mostra igualmente que, entre os 3,5% das crianças diagnosticadas com hiperatividade, 36,5% também são tratadas com metilfenidato (2011, p. 517). Conseqüentemente, o estudo aponta uma taxa de prescrição de metilfenidato de 3,48% para crianças de 6 a 12 anos ( $2,2\% + (3,5\% \times 0,365) = 3,48\%$ ).

Mas a comparação desses dados com as taxas de consumo de metilfenidato listadas no Sistema Nacional de Dados de Saúde (*Système National des Données de Santé* – SNDS) para o conjunto da população francesa mostrou que os resultados apresentados no estudo telefônico de Lecendreux e colaboradores foram 17 vezes maiores do que o volume de prescrições implementadas pelos médicos no país. A análise das bases de dados de saúde mostra, assim, contradições, inconsistências e uma superestimação manifesta dos resultados do estudo inicial apoiado pela indústria farmacêutica, de modo que, no estado atual do conhecimento científico, a taxa de prevalência de TDA/H na França ainda não foi estabelecida (Ponnou, 2020; Ponnou, Haliday e Gonon, 2020; Ponnou e Haliday, 2021).

De modo geral, a volatilidade da taxa de prevalência de TDA/H é reconhecida internacionalmente, com amplas variações, que vão de 0,4% a 16,6% das crianças em idade escolar, havendo mesmo pesquisas que apontam taxas exorbitantes de 20% até 25% das crianças com o transtorno TDA/H (Polanczyk *et al.*, 2014)! A prevalência de TDA/H é estimada em 1% na Grã-Bretanha e 10% nos Estados Unidos – mas aí, novamente, com variações muito significativas entre os estados. Ora, as meta-análises mostram que, como no caso francês, as taxas de prevalência são determinadas pelo método de pesquisa utilizado: estudo clínico, pesquisa por telefone,

questionário entregue a pais e/ou professores etc. Infelizmente, esses diferentes tipos de pesquisas apresentam numerosos vieses que questionam ou mesmo invalidam seu alcance: variações de acordo com os critérios diagnósticos, as escalas e grades de análise utilizadas, a amostragem, o nível de treinamento dos entrevistadores e o nível de informação dos entrevistados, o modo de considerar os riscos de comorbidade, os erros diagnósticos ou os fatores sociais que possam influenciar o diagnóstico (Ponnou, 2020; Polanczyk *et al.*, 2014)... Em suma, longe de ser atestada por uma ciência exata, a prevalência de TDA/H na França é mais alicerçada por ciência *fake*.

### **Um aumento contínuo no consumo de psicoestimulantes em crianças**

Vejamos agora o consumo de metilfenidato em crianças e adolescentes na França. Uma pesquisa recente realizada em bancos de dados de saúde envolvendo 87% da população francesa mostra não apenas um aumento contínuo no consumo de psicoestimulantes em crianças, mas também um enfraquecimento sistemático das condições regulatórias de prescrição (Ponnou *et al.*, 2022).

### **Evolução do consumo de metilfenidato em crianças e adolescentes na França e duração do tratamento**

Efetivamente, uma pesquisa realizada com o conjunto das crianças e dos adolescentes franceses (0-17 anos), entre 2010 e 2019, mostra que o consumo de metilfenidato mais que dobrou nos últimos dez anos: +56% para a incidência<sup>2</sup> e +116% para prevalência (Ponnou *et al.*, 2022). Esse aumento geral se inscreve em um *continuum*, uma vez que trabalhos anteriores já relatavam um aumento de 65% entre 2003 e 2005 e, depois, de 135% entre 2005 e 2011.

---

2 A incidência designa o número de casos novos de um fenômeno de saúde em um determinado período – aqui, o número de iniciações (novas prescrições) de metilfenidato por ano entre 2010 e 2019.

## Escutar crianças e adolescentes hiperativos

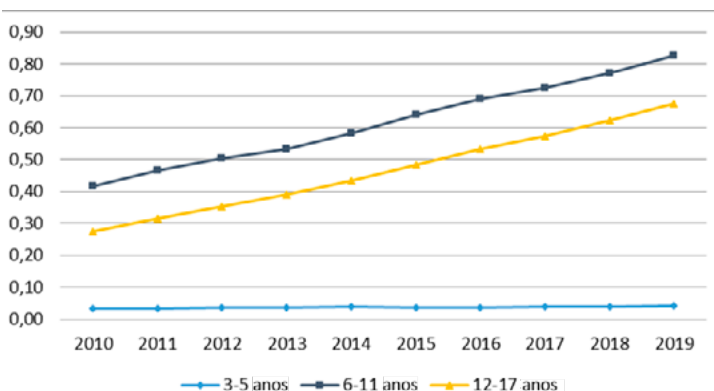


Figura 1: Evolução da taxa de prevalência da prescrição de metilfenidato. Essa taxa é expressa em porcentagem da população geral para cada faixa etária e cada período. Fonte: Ponnou *et al.* (2022, p. 122-131); Ponnou e Thomé (2022, 957242).

Essa elevação está associada a um prolongamento considerável da duração do tratamento: a duração mediana do consumo entre crianças de 6 anos em 2011 era de 5,5 anos e chegava a ultrapassar 8 anos para 25% delas. Ainda mais preocupante: as crianças mais novas são aquelas para as quais as durações de tratamento são as mais longas. Essas durações não têm comparação com aquelas destacadas ao longo dos anos 2000: a duração mediana da prescrição de metilfenidato para crianças, em 2005 na França, era então de 10,2 meses (Knellwolf *et al.*, 2008). Na medida em que a evolução do consumo de metilfenidato para 2010 e 2019 mostra um aumento da prevalência muito superior à incidência, é provável que as durações do tratamento sejam significativamente maiores em 2019 do que mostram os dados registrados em 2011.

Tabela 1: Durações medianas de tratamento com metilfenidato para pacientes que receberam a primeira prescrição em 2011

Idades	Número de crianças	Durações medianas de tratamento
2	7	3.077 dias (8,4 anos)
3	44	1.227 dias (3,4 anos)

(continua)

(continuação)

Idades	Número de crianças	Durações medianas de tratamento
4	113	1.991 dias (5,5 anos)
5	338	1.870 dias (5,1 anos)
6	1.069	1.990 dias (5,5 anos)
7	1.352	1.581 dias (4,3 anos)
8	1.406	1.443 dias (4 anos)
9	1.359	1.254 dias (3,4 anos)
10	916	1.089 dias (3 anos)
11	875	757 dias (2,1 anos)
12	845	680 dias (1,9 anos)
13	669	552 dias (1,5 anos)
14	488	412,5 dias (1,1 anos)
15	346	279 dias (0,8 anos)
16	255	387 dias (1,1 anos)
17	168	248 dias (0,7 anos)

Fonte: Ponnou *et al.* (2022, p. 122-131); Ponnou e Thomé (2022, 957242).

### **O enfraquecimento sistemático das condições regulatórias de prescrição**

A análise dos bancos de dados de saúde também mostra um número considerável de prescrições fora da Autorização de Comercialização (l'Autorisation de Mise sur le Marché – AMM) e das recomendações de prescrição:<sup>3</sup>

- ▶ o metilfenidato é prescrito antes dos 6 anos, contrariando as indicações da AMM;
- ▶ as durações de tratamento são particularmente longas e estão em constante aumento, enquanto as recomendações de prescrição mencionam claramente o uso de curto prazo e as reavaliações constantes dos benefícios do medicamento;

---

3 Na França, a licença para a comercialização é concedida pela ANSM após um procedimento específico de avaliação do benefício/risco do medicamento. Essa licença pode vir acompanhada de condições e recomendações de prescrição – como é o caso do metilfenidato.

- ▶ contrariamente às obrigações regulamentares, em vigor até 13 de setembro de 2021, 25% das primeiras prescrições e 50% das renovações anuais não são realizadas por um especialista hospitalar.

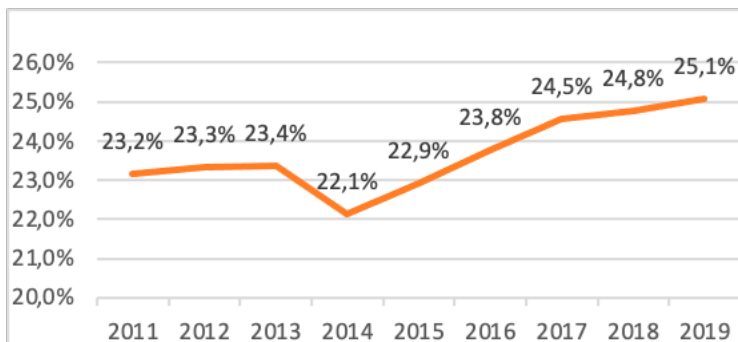


Figura 2: Evolução das primeiras prescrições de metilfenidato fora do ambiente hospitalar: Fonte: Ponnou *et al.* (2022, p. 122-131); Ponnou e Thomé (2022, 957242).

Tabela 2: Renovação da prescrição hospitalar para pacientes incidentes em 2015, 2016 e 2017

Número de pacientes	Paciente sem renovação hospitalar há um ano +1 mês	Paciente sem renovação hospitalar há um ano +2 meses
31.942	16.921 (52,9%)	15.839 (49,6%)

Fonte: Ponnou *et al.* (2022, p. 122-131); Ponnou e Thomé (2022, 957242).

O acompanhamento médico e psicoeducacional das crianças nem sempre parece ser realizado de forma satisfatória: a maioria das crianças (84%) não se beneficia de nenhuma consulta médica pelo serviço hospitalar prescritor nos 13 meses seguintes ao início do tratamento. Entre 2010 e 2019, o número de consultas em Centros Médico-Psico-Pedagógicos (Centres Médico-Psycho-Pédagogiques – CMPP<sup>4</sup>) foi dividido por quatro, enquanto

4 Os CMPP são estruturas de referência em termos de apoio psicossocial à criança e à família.

a prevalência do consumo de metilfenidato mais que dobrou. Esses resultados sugerem um risco de substituição das práticas terapêuticas e socioeducativas por prescrições medicamentosas.

Tabela 3: Visitas nos CMPP entre pacientes que recebem uma prescrição de metilfenidato

Ano	Pacientes	Visitas	Visitas/ paciente	Total de pacientes	% total
2010	1.305	21.083	16.16	31.453	4,1%
2011	1.169	22.105	18.91	37.583	3,1%
2012	1.244	23.963	19.26	42.282	2,9%
2013	1.277	26.274	20.57	46.261	2,8%
2014	1.292	27.171	21.03	51.041	2,5%
2015	1.258	25.362	20.16	56.938	2,2%
2016	1.301	26.073	20.04	62.028	2,1%
2017	1.308	29.213	22.33	66.461	2,0%
2018	817	15.769	19.30	70.103	1,2%
2019	550	10.175	18.50	72.798	0,8%

Fonte: Ponnou *et al.* (2022, p. 122-131); Ponnou e Thomé (2022, 957242)..

A prescrição de metilfenidato na França não está necessariamente associada ao diagnóstico de TDA/H, que é, no entanto, a única indicação psiquiátrica autorizada para essa molécula. *A fortiori*, quando um diagnóstico psiquiátrico é efetivamente realizado, ele nem sempre corresponde à indicação terapêutica definida pela AMM. No entanto, o Resumo das Características do Produto (Résumé des Caractéristiques du Produit – RCM) especifica que “os psicoestimulantes não se destinam [...] a pacientes que sofrem de outras patologias psiquiátricas primárias [...]”.<sup>5</sup>

Um quarto (22,8%) das crianças e adolescentes que fazem uso de metilfenidato também recebe um ou muitos outros psicotrópicos no ano

5 No original : “*Les psychostimulants ne sont pas destinés [...] aux patients atteints d'autres pathologies psychiatriques primaires [...]*”. Disponível em: <http://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/rcp/R0141880.htm>. Acesso em 13 de junho de 2021.

seguinte à primeira prescrição: neurolépticos (64,5%), ansiolíticos (35,5%), antidepressivos (16,2%), antiepilépticos (11%), hipnóticos (4,8%) e antiparkinsonianos (3%). Essas coprescrições estão frequentemente muito distantes da sua área de autorização de comercialização e estão fora das recomendações da Haute Autorité de Santé (HAS). As principais moléculas prescritas são risperidona (Risperdal®, derivados e/ou genéricos, 10,6%), hidroxizina (Atarax®, derivados e/ou genéricos, 6%), ciamemazina (Tercian®, derivados e/ou genéricos, 3,9%), aripiprazol (Abilify®, derivados e/ou genéricos, 2,7%), sertralina (Zoloft®, derivados e/ou genéricos, 1,4%), ácido valpróico (Depakine®, derivados e/ou genéricos, 1,1%) e fluoxetina (Prozac®, derivados e/ou genéricos, 1%).

Entre essas crianças que consumiram vários psicotrópicos no ano posterior à primeira prescrição de metilfenidato, 63,5% receberam um desses medicamentos, 20,8% receberam três, 8,5% quatro e 6,9% pelo menos, cinco deles. A coprescrição de outros medicamentos psicotrópicos – em particular antipsicóticos – em combinação com metilfenidato apresenta sérios riscos para a saúde da criança e deveria ser evitada (Libowit e Nurmi, 2021).

### **A determinação do sistema escolar e das desigualdades sociais no diagnóstico de TDA/H e a prescrição de psicoestimulantes em crianças e adolescentes na França**

Consideremos agora a influência do sistema escolar e das desigualdades sociais no diagnóstico de TDA/H e da medicação com psicoestimulantes.

#### **A determinação escolar sobre o diagnóstico de TDA/H e a prescrição de metilfenidato**

A mesma pesquisa dedicada ao diagnóstico de TDA/H e à prescrição de metilfenidato nos bancos de dados de saúde mostra que o diagnóstico de hiperatividade é sistematicamente correlacionado com o mês de nascimento da criança, de tal forma que os alunos mais novos de suas turmas têm maior risco de serem diagnosticados com hiperatividade.

Assim, em 2011, as crianças nascidas em dezembro (291) superavam claramente as nascidas em janeiro (170). Essa constatação se confirma ao

longo do período estudado, pois, em 2019, das 4.337 crianças codificadas com TDA/H como diagnóstico principal nas bases de dados da saúde, 487 nasceram em dezembro e 294 em janeiro. De um modo geral, as crianças nascidas em dezembro têm 55% mais risco de serem diagnosticadas com TDA/H do que seus pares nascidos em janeiro (mínimo 41%, máximo 71% no período 2011-2019).

Essa determinação do sistema escolar revela uma desigualdade social e demográfica tanto mais flagrante quanto constitui uma estrutura que preside o diagnóstico:

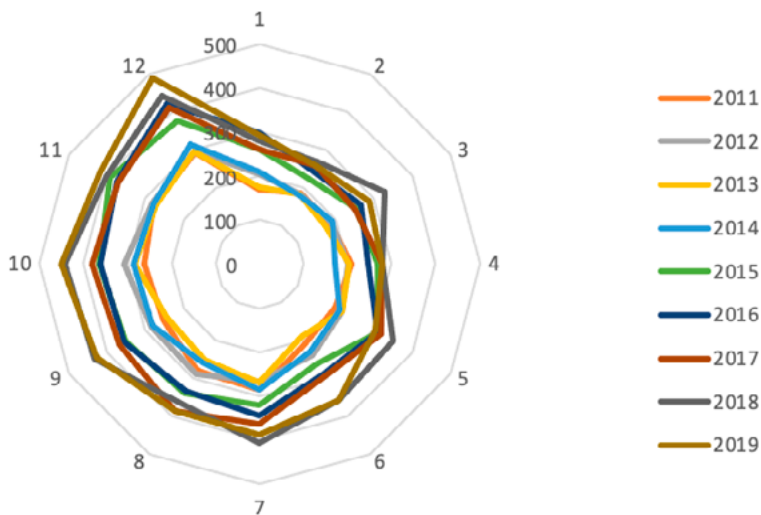


Figura 3: Mês de nascimento das crianças com TDA/H no início do diagnóstico em ambiente hospitalar entre 2011 e 2019. Fonte: Ponnou *et al.* (2022, p. 122-131); Ponnou e Thomé (2022, 957242).

Da mesma forma, as crianças e os adolescentes franceses apresentam de 44 a 60% mais riscos de receber uma prescrição para um tratamento com psicoestimulantes se nasceram em dezembro do que se nasceram em janeiro (54% em média, para todo o período). Com efeito, sistematicamente, entre 2010 e 2019, o número de iniciações aumenta gradualmente ao longo dos meses do ano, de janeiro a dezembro, para cair acentuadamente em



janeiro do ano seguinte. Assim, o mês de nascimento da criança não apenas preside o diagnóstico do TDA/H, mas também determina *a fortiori* a medicação dessas crianças.

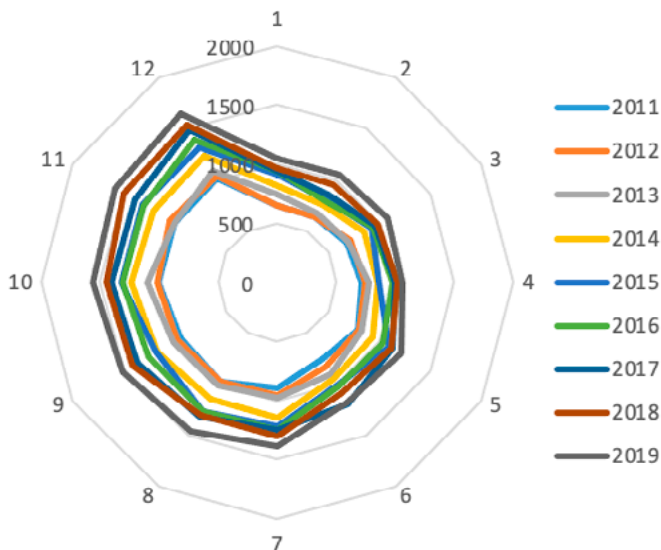


Figura 4: Crianças e adolescentes tratados com metilfenidato de acordo com seu mês de nascimento entre 2011 e 2019: Fonte: Ponnou *et al.* (2022, p. 122-131); Ponnou e Thomé (2022, 957242).

### Um diagnóstico e uma prescrição socialmente determinados

Entre 2010 e 2019, 35,2 a 38,8% das crianças diagnosticadas com TDA/H viviam em famílias beneficiárias de CMU ou CMU-C,<sup>6</sup> enquanto, segundo o INSEE,<sup>7</sup> esses auxílios são destinados a apenas 7,8% da população francesa. O diagnóstico de TDA/H é, portanto, muito mais frequente nas crianças de famílias mais desfavorecidas. Se considerarmos também as crianças com TDA/H que apresentam um diagnóstico de desfavorecimento social, o

6 Programas de auxílio da cobertura universal de saúde francesa.

7 Institut National de la Statistique et des Études Économiques.

percentual de crianças com dificuldades sociais dentro do coorte TDA/H varia entre 39,8 e 42,6% no período.

Tabela 4: Níveis de desfavorecimento entre crianças e adolescentes que fazem uso de metilfenidato

Ano	CMU + CMU-C	%	CMU + diagnóstico de desfavorecimento	%	Total população
2010	1.217	38,3%	1.305	41%	3.181
2011	1.388	38,5%	1.501	41,7%	3.602
2012	1.591	38,8%	1.734	42,3%	4.100
2013	1.400	37%	1.527	40,4%	3.780
2014	1.520	38,5%	1.667	42,2%	3.950
2015	1.765	35,6%	1.971	39,8%	4.956
2016	1.944	36,2%	2.211	41,2%	5.373
2017	1.845	35,2%	2.096	40%	5.243
2018	2.200	36,9%	2.538	42,6%	5.957
2019	2.211	35,4%	2.580	41,4%	6.238

Fonte: Ponnou (2022, p. 122-131); Ponnou e Thomé (2022, 957242).

Da mesma forma, em 2019, 21,7% das crianças que recebiam metilfenidato viviam em famílias que se beneficiavam de auxílios de CMU ou CMU-C. Essa taxa permanece muito superior à alocação desses auxílios para a população geral (7,8%), e essa tendência aumentou entre 2010 e 2019. Se considerarmos, igualmente, as crianças que usam metilfenidato que apresentam um diagnóstico de desfavorecimento social,<sup>8</sup> o percentual

8 Os diagnósticos de desfavorecimento estão listados na Classificação Internacional de Doenças sob o título “Indivíduos cuja saúde pode ser ameaçada por condições socioeconômicas e psicossociais”. Referimo-nos aos seguintes diagnósticos: dificuldades relacionadas à educação e alfabetização; dificuldades relacionadas ao emprego e desemprego; exposição profissional a fatores de risco; dificuldades relacionadas ao ambiente físico; dificuldades relacionadas à moradia e a condições econômicas; dificuldades relacionadas ao meio social; dificuldades relacionadas a

de crianças com dificuldades sociais entre os usuários de metilfenidato chega a 25,7%.

Tabela 5: Níveis de desfavorecimento entre crianças e adolescentes que fazem uso de metilfenidato

Ano	CMU + CMU-C	%	CMU + diagnóstico de desfavorecimento	%	Total população
2010	4.240	14,4%	5.254	17,9%	29.402
2011	4.869	14,9%	6.008	18,3%	32.762
2012	5.475	15,2%	6.733	18,7%	36.014
2013	5.918	15,1%	7.326	18,7%	39.212
2014	6.833	15,7%	8.380	19,3%	43.477
2015	7.762	16,1%	9.455	19,6%	48.206
2016	8.705	16,6%	11.088	21,1%	52.574
2017	10.512	18,5%	12.983	22,9%	56.778
2018	12.495	20,6%	15.017	24,7%	60.762
2019	14.181	21,7%	16.782	25,7%	65.395

Fonte: Ponnou (2022, p. 122-131); Ponnou e Thomé (2022, 957242).

### **Como explicar tal evolução da prescrição de psicoestimulantes em crianças: análise dos vieses científicos, midiáticos e dos conflitos de interesse em relação ao TDA/H na França**

Como explicar essa evolução na prescrição e nas práticas de cuidado voltadas para crianças e adolescentes na França? Vários estudos mostraram que a maioria dos discursos dedicados à hiperatividade não reflete a realidade desses consensos internacionais: há vieses científicos, midiáticos e conflitos

---

uma infância infeliz; outras dificuldades relacionadas à educação; outras dificuldades relacionadas ao ambiente imediato, inclusive a situação familiar; dificuldades relacionadas a determinadas situações psicossociais; dificuldades relacionadas a outras situações psicossociais.

de interesse que produzem distorções sistemáticas das representações do TDA/H na mídia e junto ao público francês em geral.

### **Vieses científicos e midiáticos que impactam as representações do público em geral**

Existem vieses científicos e midiáticos documentados capazes de explicar as distorções sistemáticas entre os consensos internacionais e as representações divulgadas ao público em geral em relação ao TDA/H na França. Para este capítulo, retomaremos dois exemplos dedicados à neurobiologia e ao sucesso acadêmico das crianças, destacados por François Gonon em dois artigos recentes (Dumas-Mallet e Gonon, 2020; Gonon, Dumas-Mallet e Ponnou, 2019).

Um dos casos mais flagrantes de fraude científica em relação à hiperatividade é certamente o estudo de Dougherty e colegas, publicado em 1999 na prestigiosa revista *The Lancet*. Esse estudo concluía que a taxa cerebral do transportador de dopamina é 70% maior em pacientes hiperativos. O transportador de dopamina é uma proteína da membrana que regula a neurotransmissão envolvendo a dopamina. Esse artigo foi amplamente divulgado na literatura científica e na grande imprensa, pois alegava explicar a causa do TDA/H e os méritos do tratamento, uma vez que os psicoestimulantes inibem esse transportador. Nesse artigo de 1999, os autores deixaram de mencionar que quatro de seus seis pacientes já haviam recebido um tratamento de longo prazo com um psicoestimulante e só publicaram essa informação em 2005. Estudos subsequentes mostraram que a taxa do transportador de dopamina é semelhante em sujeitos do grupo de controle e em pacientes não tratados que apresentam TDA/H e que um tratamento prolongado com psicoestimulantes aumenta essa taxa. Trata-se de uma fraude caracterizada que contribuiu para veicular a ideia da causalidade neurológica e para defender o uso de psicoestimulantes em crianças diagnosticadas com TDA/H. O estudo de Dougherty e colegas (1999) foi reportado por 22 artigos da imprensa geral na semana seguinte à sua publicação. Entre 2000 e 2010, foram realizados onze estudos subsequentes. Todos revisaram para baixo ou mesmo refutaram as conclusões do estudo inicial, rejeitando a hipótese de uma causalidade neurológica do TDA/H e,

consequentemente, os benefícios do tratamento com psicoestimulantes. A meta-análise realizada em 2011 também concluiu que não houve diferença nos níveis do transportador de dopamina entre os pacientes diagnosticados com TDA/H e os do grupo de controle, refutando, assim, a hipótese e as observações do estudo inicial. No entanto, dos onze estudos subsequentes, apenas um foi reportado por três artigos da imprensa e nenhum deles especificou que o estudo inicial, embora reportado por seu jornal, foi rebatido por esse estudo subsequente.

Outro exemplo diz respeito ao estudo de Barbaresi e colaboradores (2007). Esse estudo relata que a opção pelo uso de psicoestimulantes no tratamento de crianças com TDA/H não melhora seu desempenho na leitura e não reduz o risco de abandono escolar precoce. No entanto, com base apenas em uma taxa de repetência um pouco menor, eles concluem que esse tratamento melhora seu desempenho escolar a longo prazo. Essa é uma forma de distorção chamada *spin*, que consiste em uma flagrante inconsistência entre as observações descritas no artigo e a conclusão que se tira ao final e/ou no resumo. Infelizmente, essa prática é muito difundida no campo da pesquisa, pelo menos na biomédica. Aqui, ela alimenta a esperança de melhoria do desempenho escolar através do consumo de psicoestimulantes, sem base em qualquer fundamento científico. No entanto, a conclusão do estudo de Barbaresi e colegas foi retomada por 20 dos 21 artigos da imprensa anglo-saxônica que o reportaram. Apenas o artigo do *The Guardian* descreveu corretamente o conjunto das observações e, logo, criticou a conclusão. Observe-se de passagem a aberração desse tipo de hipótese, que nega tanto o desejo de saber da criança quanto seu envolvimento em processos de aprendizagens complexos. Infelizmente, essas distorções científicas são ainda mais preocupantes, visto que são amplificadas por vieses midiáticos que multiplicam seus efeitos (Dumas-Mallet e Gonon, 2020; Gonon, Dumas-Mallet e Ponnou, 2019).

### **As distorções do discurso científico sobre o TDA/H na mídia**

Esses exemplos não são casos isolados, tampouco exclusividade da literatura anglo-saxônica. Efetivamente, estudos recentes publicados em revistas internacionais compararam o estado do conhecimento científico aos

discursos dedicados ao TDA/H na mídia francesa. Esses estudos se debruçaram nos três consensos que apresentamos na primeira parte deste capítulo e que giram em torno das seguintes questões:

- ▶ O TDA/H é descrito como uma doença neurológica ou do neurodesenvolvimento?
- ▶ O TDA/H é apresentado como um distúrbio genético?
- ▶ O tratamento com metilfenidato contribui para o sucesso escolar dos alunos?

Os resultados obtidos mostraram que mais de 87% das informações apresentadas na televisão, 83% das informações divulgadas na imprensa e 94% dos dados apresentados na internet sobre TDA/H são contrários aos consensos científicos (Bourdaa *et al.*, 2015; Ponnou e Gonon, 2017; Ponnou, Haliday e Gonon, 2020).

Tabela 6: Nível de distorção dos consensos científicos dedicados ao TDA/H (neurologia, genética, medicação e fracasso escolar) em programas de televisão franceses, artigos de imprensa e sites franceses

	Meios de comunicação		
	Televisão	Imprensa	Internet
<i>Dados gerais</i>			
N.	60	159	50
<i>Primeiro consenso: etiologia neurológica ou neurodesenvolvimental do TDA/H/Diagnóstico por imagem</i>			
Contra o consenso	6	26	27
A favor do consenso	1	5	1
As duas opiniões	2	12	4
<i>Segundo consenso: etiologia genética do TDA/H</i>			
Contra o consenso	11	8	8
A favor do consenso	2	5	1
As duas opiniões	3	12	11
<i>Terceiro consenso: efeito do tratamento medicamentoso no desempenho escolar</i>			
Contra o consenso	16	11	3

(continua)

(continuação)

	Meios de comunicação		
	Televisão	Imprensa	Internet
A favor do consenso	3	4	1
As duas opiniões	3	2	4
<i>Dados acumulados</i>			
Total de opiniões expressas	47	85	57
Contra o consenso	33 (70,21%)	45 (52,94%)	38 (66,67%)
A favor do consenso	6 (12,77%)	14 (16,47%)	3 (5,26%)
As duas opiniões	8 (17,02%)	26 (30,59%)	19 (33,33%)
Dados acumulados contra o consenso	41/47 (87,23%)	71/85 (83,53%)	54/57 (94,74%)

Fonte: Ponnou *et al.* (2023, p. 684-700).

A título de exemplo, no *site* da associação Hyper-Super TDA/H France: “O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade é uma condição biológica do cérebro provavelmente causada por um desequilíbrio em certos neurotransmissores do cérebro: as substâncias usadas para enviar sinais entre as células nervosas” ([www.TDA/H-france.fr](http://www.TDA/H-france.fr)).

Ou, ainda, o exemplo do famoso programa “Allo docteur” da emissora France 5, que, em 11 de março de 2010, dedicou um programa à hiperatividade infantil:<sup>9</sup> “O TDA/H é uma doença neurológica que afeta a transmissão da informação em determinadas áreas do cérebro” (Allo Docteur, 3 nov. 2010).

Desviando imagens de neuroimagem publicadas em um artigo que comparava o nível de transportadores de dopamina em adultos a partir de uma ligação específica por difusão de cocaína (Volkow *et al.*, 2007, p. 1.184), os apresentadores continuam:

Vemos [no topo] as duas pequenas áreas alaranjadas. É a zona que libera a dopamina. Esse é um caso normal. E então você vê

9 Disponível em: [https://www.allodocteurs.fr/actualite-sante-l-hyperactivite-une-veritable-Maladie\\_1961.html](https://www.allodocteurs.fr/actualite-sante-l-hyperactivite-une-veritable-Maladie_1961.html).

esse caso de TDA/H, há um pouco menos de dopamina secretada. Como resultado, a transmissão do impulso não pode ser feita corretamente. (Allo Docteur, 3 nov. 2010)

François Gonon, neurobiólogo e diretor de pesquisa do Centro Nacional de Pesquisas Científicas (Centre National de la Recherche Scientifique – CNRS) mostrou que se tratava de uma grave distorção do discurso científico, pois, ao contrário do que é veiculado no programa, essas imagens não dizem respeito a crianças, mas a adultos. Além disso, os aspectos metodológicos do estudo não são explicados: medição do nível de transportadores de dopamina a partir de uma ligação específica por difusão da cocaína (C11). Trata-se de uma informação crucial, uma vez que a medição do nível de transportadores de dopamina é aqui condicionada pela difusão da cocaína. Daí a inferir disso uma disfunção dos neurotransmissores dopaminérgicos em crianças com TDA/H – aliás refutada na literatura científica (Gonon, 2009; Gonon *et al.*, 2012) – já é ir por um outro caminho.

Infelizmente, aproximações ou exageros desse tipo são abundantes na mídia francesa, contribuindo para a divulgação de informações parciais, tendenciosas ou errôneas em benefício das abordagens biomédicas e medicamentosas da hiperatividade.

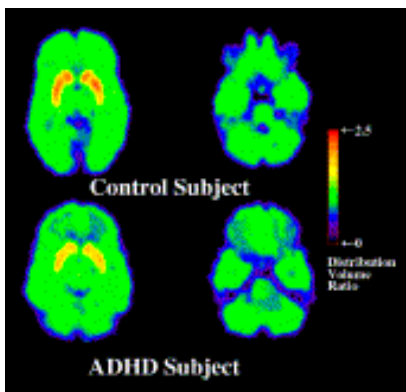


Figura 5: Imagens retiradas do artigo de Volkow *et al.*, publicado em 2007 (p. 1.184), e veiculado no programa “Allo Docteur” em 11 de março de 2010. Fonte: Volkow e colaboradores (2007, p. 1.184).



### **Conflitos de interesse e influência da indústria farmacêutica**

Além dos vieses científicos e midiáticos, a literatura internacional evoca regularmente a influência das empresas farmacêuticas nas políticas e práticas de cuidado destinadas às crianças hiperativas (Schwarz, 2017).

Na França, a indústria farmacêutica tem contribuído amplamente para a disseminação desses enviesamentos e distorções científicas. Em primeiro lugar, financiou o estudo cuja conclusão foi uma alta prevalência de TDA/H na França (entre 3,5 e 5,6% em 2008), embora os dados fornecidos em apoio a essa conclusão fossem altamente questionáveis.

A indústria farmacêutica também financiou a associação HyperSupers TDAH France, que milita por uma abordagem biomédica do TDA/H. As intervenções dos especialistas ou membros da TDAH France ou as referências ao *site* da associação são particularmente representadas na mídia, contribuindo assim para as distorções que mencionamos e sugerindo que um punhado de especialistas exerce uma influência significativa sobre o grande público. Em geral, essas distorções moldam os discursos, as demandas de cuidado, as práticas profissionais e até as políticas de saúde.

E mais ainda: a associação TDAH France – apesar de estar sujeita a vários tipos de conflitos de interesse com a indústria farmacêutica (subsídios, prêmios, membros do próprio comitê científico sujeitos a tais conflitos etc.) – influencia diretamente as políticas de saúde. De fato, a associação contribuiu para a redação das recomendações das boas práticas da *Haute Autorité de Santé* (HAS). TDAH France também encaminhou várias petições para as autoridades de saúde a fim de obter a retirada da obrigação de primeira prescrição de metilfenidato por um médico hospitalar, argumentando que isso causa dificuldades de acesso ao tratamento.<sup>10</sup> Ora, contrariamente aos argumentos apresentados pela TDAH France, a Prescrição Inicial Hospitalar (*Prescription Initiale Hospitalière* – PIH) nunca foi um obstáculo à prescrição de metilfenidato na França. Pelo contrário, supõe-se que constitui uma garantia a favor do acompanhamento das crianças e de

---

10 Disponível em: <https://www.TDA/H-france.fr/Fin-de-la-Prescription-Initiale-hospitaliere-PIH-pour-le-methylphenidate.html>.

seus pais. A recente supressão do PIH (setembro de 2021), ponderada com relação ao aumento inexorável do consumo e ao desrespeito às condições de prescrição, atesta a real influência da indústria farmacêutica nas práticas e políticas de saúde mental na França e augura a continuidade do aumento do consumo de psicoestimulantes entre crianças e adolescentes.

Esses vínculos de interesse não dizem respeito apenas à abordagem da hiperatividade, pois a presidente da associação HyperSupers também é membro do Conselho Nacional dos Transtornos do Espectro Autista (Conseil National des Troubles du Spectre Autistique – TEA) e dos Transtornos do Neurodesenvolvimento (Troubles du Neuro-développement – TND), que assegura o acompanhamento compartilhado da implementação da estratégia nacional para o autismo 2018-2022.

Por fim, outro tipo de conflito de interesse diz respeito ao patrocínio dos serviços hospitalares pela indústria farmacêutica – ver [www.u2peanantes.files.wordpress.com/2018/05/v5-maquette-tdah-3-nantes.pdf](http://www.u2peanantes.files.wordpress.com/2018/05/v5-maquette-tdah-3-nantes.pdf).

Existem, assim, redes e mecanismos de influência que, a despeito de qualquer consideração científica, e mesmo dos interesses das crianças e de suas famílias – incluídas aí até mesmo associações que deveriam representá-las – que dificultam a pesquisa dedicada ao TDA/H dentro e fora da França.

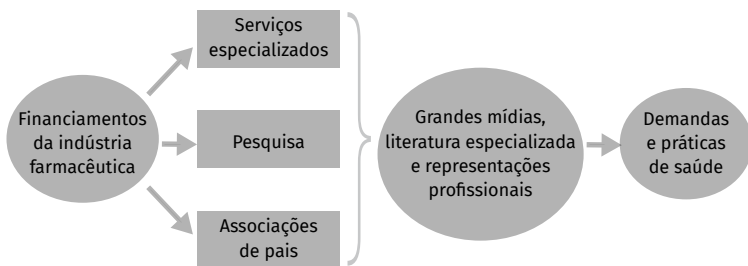


Figura 6: Conflitos de interesse e influência da indústria farmacêutica nas demandas e práticas de saúde. Fonte: Ponnou (2020, p. 79-93).

## Conclusão

Embora os avanços da pesquisa biomédica dedicada ao TDA/H permaneçam limitados – tanto em termos de etiologia quanto de diagnóstico e de terapia –, muitos estudos destacam um aumento inexorável no consumo

de psicoestimulantes entre crianças e adolescentes na França, um aumento da duração dos tratamentos, assim como um enfraquecimento quase sistemático das condições regulamentares de prescrição: prescrições antes dos seis anos de idade, durações de tratamento particularmente longas, prescrições sem diagnóstico e no quadro de outros diagnósticos psiquiátricos, coprescrições de outros psicotrópicos em combinação com o metilfenidato, desrespeito às condições de iniciação e renovação, enfraquecimento das condições de cuidado e acompanhamento das crianças, risco comprovado de substituição das práticas psicoterapêuticas, educativas e sociais de primeira linha por práticas medicamentosas...

Como fator que torna ainda mais crítico esse quadro, no mínimo preocupante, devemos destacar a determinação escolar e social do diagnóstico de TDA/H e da prescrição de metilfenidato, que aponta um risco comprovado de medicação da criança de acordo com sua idade ou suas origens sociais. Tais discriminações, promovidas no âmbito escolar, se somam a rupturas das normas de prescrição que forjam o pacto democrático entre os cidadãos e seu sistema de saúde. Diante desse quadro, nem a AMM, nem as recomendações ou cartas de advertência da ANSM, nem os alertas e advertências de pesquisadores ou profissionais de saúde que denunciam esses abusos há muitos anos parecem ter sido ouvidos (Bursztejn *et al.*, 2004).

Essa evolução está associada a múltiplos vieses científicos, midiáticos e conflitos de interesse que podem influenciar não somente as representações do TDA/H, mas também as demandas, as práticas e até as políticas de saúde dedicadas à hiperatividade na França.

Que benefícios podemos esperar de uma crescente medicação dos comportamentos infantis e de uma progressiva desregulamentação da prescrição de psicoestimulantes ou mesmo de psicotrópicos para a população pediátrica? As crianças, os adolescentes e suas famílias podem encontrar nisso um melhor apoio? O acolhimento do paciente e as práticas de cuidado podem ser melhoradas dessa forma? Essas medidas podem fortalecer o vínculo entre a população, os profissionais e os serviços de saúde? O modelo estadunidense, que é referência em termos de medicalização do sofrimento psíquico, mostra que é bem mais provável que se dê o contrário (Gonon, 2011).

Essas questões não apenas interrogam simultaneamente as capacidades regulatórias da comunidade médica, das agências de saúde e das autoridades públicas, mas também afetam as escolhas da sociedade: que práticas e que modelo de cuidados queremos para nossas crianças e para as próximas gerações? Essas questões sensíveis e complexas merecem, no mínimo, um esclarecido debate científico, político e cidadão que deixe expostas as divergências. Especialmente porque existe na França uma cultura de cuidados psíquicos, práticas educativas e intervenção social que são comprovados na clínica e constituem uma especificidade da psiquiatria e da psicopatologia francesas. É no interesse e na implementação dessas práticas que se deve insistir agora. Daí a nossa aposta: a da psicanálise e, com ela, a aposta no sujeito, na fala e na criatividade.

## Referências

- AGENCE NATIONALE DE SÉCURITÉ DU MÉDICAMENT (ANSM). Méthylphénidate: données d'utilisation et de sécurité d'emploi en France. 2017. Disponível em: <https://www.ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Methylphenidatedonnees-d-utilisation-et-de-securite-d-emploi-en-FrancePoint-d-Information>. Acesso em: 5 jul. 2023.
- BARBARESI, W. J. *et al.* Longterm school outcomes for children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: a population-based perspective. *Journal of Developmental Behavioral Pediatrics*, [s.l.], v. 28, n. 4, p. 265-273, 2007.
- BEYENS, I.; VALKENBURG, P. M.; PIOTROWSKI, J. T. Screen media use and ADHD-related behaviors: Four decades of research. *Proceedings of the National Academy of Sciences USA*, [s.l.], v. 115, n. 40, p. 9875-9881, 2018.
- BIEDERMAN, J.; FARAONE, S. V.; MONUTEAUX, M. C. Differential effect of environmental adversity by gender: Rutter's index of adversity in a group of boys and girls with and without ADHD. *American Journal of Psychiatry*, [s.l.], v. 159, n. 9, p. 1.556-1.562, 2002.
- BIEDERMAN, J. *et al.* Family-environment risk factors for attention-deficit hyperactivity disorder. A test of Rutter's indicators of adversity. *Archives of General Psychiatry*, [s.l.], v. 52, n. 6, p. 464-470, 1995.

BOKHARI, F. A.; SCHNEIDER, H. School accountability laws and the consumption of psychostimulants. *Journal of Health Economics*, [s.l.], v. 30, n. 2, p. 355-372, 2011. DOI: 10.1016/j.jhealeco.2011.01.007

BOURDAA, M. *et al.* Does television reflect the evolution of scientific knowledge? The case of attention deficit hyperactivity disorder coverage on French TV. *Public Understanding of Science*, [s.l.], v. 24, n. 2, p. 200-209, 2015.

BURSZTEJN, C. *et al.* Ne bourrez pas les enfants de psychotropes!. *Enfances & Psy*, [s.l.], n. 1, p. 42-45, 2004.

CANGUILHEM, G. *Le normal et le pathologique*. Paris: PUF, 1966.

CHRISTAKIS, D. A. The effects of infant media usage: what do we know and what should we learn? *Acta Paediatrica*, [s.l.], v. 98, n. 1, p. 8-16, 2009.

CURRIE, J., STABILE, M.; JONES, L. Do stimulant medications improve educational and behavioral outcomes for children with ADHD?. *Journal of Health Economics*, [s.l.], v. 37, p. 58-69, set. 2014.

DOUGHERTY, D. D *et al.* Dopamine transporter density in patients with attention deficit hyperactivity disorder. *Lancet*, [s.l.], v. 354, n. 9196, p. 2132-2133, 1999.

DUMAS-MALLET, E.; GONON, F. Messaging in biological psychiatry: Misrepresentations, their causes, and potential consequences. *Harvard review of psychiatry*, [s.l.], v. 28, n. 6, p. 395. 2020.

ELDER, T. E. The importance of relative standards in ADHD diagnoses: evidence based on exact birth dates. *Journal of Health Economics*, [s.l.], v. 29, n. 5, p. 641-656, 2010. DOI: 10.1016/j.jhealeco.2010.06.003

EVANS, W. N.; MORRILL, M. S.; PARENTE, S. T. Measuring inappropriate medical diagnosis and treatment in survey data: The case of ADHD among school-age children. *Journal of Health Economics*, [s.l.], v. 29, n. 5, p. 657-673, 2010. DOI: 10.1016/j.jhealeco.2010.07.005

FOUCAULT, M. *Naissance de la clinique*. Paris: PUF, 1963.

FRANCES, A. J.; WIDIGER, T. Psychiatric diagnosis: lessons from the DSM-IV past and cautions for the DSM-5 future. *Annual Review of Clinical Psychology*, [s.l.], v. 8, p. 109-130, 2012.

- FROELICH, T. E. *et al.* Prevalence, recognition, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in a national sample of US children. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, [s.l.], v. 161, n. 9, p. 857-864, 2007.
- GARDNER, C. ; KLEINMAN, A. Medicine and the mind—the consequences of psychiatry's identity crisis. *The New England Journal of Medicine*, [s.l.], v. 381, n. 18, p. 1697-1699, 2019.
- GAUGLER, T. *et al.* Most genetic risk for autism resides with common variation. *Nature Genetics*, [s.l.], v. 46, n. 8, p. 881-885, 2014.
- GIZER, I. R.; FICKS, C.; WALDMAN, I. D. Candidate gene studies of ADHD: a meta-analytic review. *Human Genetics*, [s.l.], v. 126, n. 1, p. 51-90, 2009.
- GONON, F. The dopaminergic hypothesis of attention-deficit/hyperactivity disorder needs re-examining. *Trends in Neuroscience*, [s.l.], v. 32, n. 1, p. 2-8, 2009.
- GONON, F. La psychiatrie biologique: une bulle spéculative ? *Esprit*, [s.l.], v. 1, n. 1, p. 54-73, nov. 2011.
- GONON, F.; DUMAS-MALLE, E.; PONNOU, S. Médiatisation des observations scientifiques concernant les troubles mentaux: analyse des biais, distorsions et omissions. *Les Cahiers du Journalisme*, [s.l.], v. 2, n. 3, 2019.
- GONON, F.; GUILLE, J. M.; COHEN, D. Le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité : données récentes des neurosciences et de l'expérience nord-américaine. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, [s.l.], v. 58, p. 273-281, 2010.
- GONON, F. *et al.* Why most biomedical findings echoed by newspapers turn out to be false: the case of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *PLoS ONE*, [s.l.], v. 7, n. 9, p. e44275, 2012.
- HOLLAND, J.; SAYAL, K. Relative age and ADHD symptoms, diagnosis and medication: a systematic review. *European Child and Adolescent Psychiatry*, [s.l.], v. 28, n. 11, p. 1417-1429, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00787-018-1229-6>.
- HUMPHREYS, K. L.; ENG, T.; LEE, S. S. Stimulant medication and substance use outcomes: a meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, [s.l.], v. 70, n. 7, p. 740-749, 2013.
- HYMAN, S. E. The daunting polygenicity of mental illness: making a new map. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*, 2018.

INSEL, T. *Healing: Our path from mental illness to mental health*. New York: Penguin Press, 2022.

INSEL, T. The 'Nation's Psychiatrist' takes stock, with frustration. *The New York Times*, 22 fev., 2022.

KNELLWOLF, A. L. *et al*. Prevalence and patterns of methylphenidate use in French children and adolescents. *European journal of clinical pharmacology*, [s.l.], v. 64, n. 3, p. 311-317, 2008.

LEFEVER, G. B.; DAWSON, K. V.; MORROW, A. L. The extent of drug therapy for attention deficit-hyperactivity disorder among children in public schools. *American Journal of Public Health*, [s.l.], v. 89, n. 9, 1359-1364, 1999.

LECENDREUX, M.; KONOFAL, E.; FARAONE, S. V. Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder and associated features among children in France. *Journal of Attention Disorders*, [s.l.], v. 15, n. 6, p. 516-524, 2011.

LI, Z. *et al*. Molecular genetic studies of ADHD and its candidate genes: a review. *Psychiatry Research*, [s.l.], v. 219, n. 1, p. 10-24. 2014. DOI: 10.1016/j.psychres.2014.05.005

LIBOWITZ, M. R.; NURMI, E. L. The burden of antipsychotic-induced weight gain and metabolic syndrome in children. *Frontiers in Psychiatry*, [s.l.], v. 12, p. 275, 2021.

LINNET, K. M. *et al*. Gestational age, birth weight, and the risk of hyperkinetic disorder. *Archives of Disease in Childhood*, [s.l.], v. 91, n. 8, p. 655-660. 2006.

LOE, I. M.; FELDMAN, H. M. Academic and educational outcomes of children with ADHD. *Journal of Pediatric Psychology*, [s.l.], v. 32, n. 6, p. 643-654, 2007.

MORROW, R. L. *et al*. Influence of relative age on diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *CMAJ*, [s.l.], v. 184, n. 7, p. 755-762, 2012. DOI: 10.1503/cmaj.111619.

MTA COOPERATIVE GROUP. A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*, [s.l.], v. 56, n. 12, p. 1.073-1.086, 1999.

NEEDLEMAN, H. L. *et al*. Deficits in psychologic and classroom performance of children with elevated dentine lead levels. *The New England Journal of Medicine*, [s.l.], v. 300, n. 13, p. 689-695, 1979. DOI: 10.1056/nejm197903293001301.

NIKKELN, S. W. *et al.* Media use and ADHD-related behaviors in children and adolescents: A meta-analysis. *Developmental Psychology*, [s.l.], v. 50, n. 9, p. 2228-2241, 2014.

PHILLIPS, C. B. Medicine goes to school: teachers as sickness brokers for ADHD. *PLoS Medicine*, [s.l.], v. 3, n. 4, p. e182, 2006. DOI: 10.1371/journal.pmed.0030182.

POLANCZYK, G. V. *et al.* ADHD prevalence estimates across three decades: an updated systematic review and meta-regression analysis. *International Journal of Epidemiology*, [s.l.], v. 43, 2, p. 434-442, 2014.

PONNOU, S. Hyperactivité/TDA/H: trouble scandale. *Le sociographe*, 79-93, 2020.

PONNOU, S. Prévalence, diagnostic et médication de l'hyperactivité/TDA/H en France. *Annales Médico-Psychologiques, revue psychiatrique*, [s.l.], v. 180, n. 10, p. 995-999, dez. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.amp.2020.08.018>

PONNOU, S. ; GONON, F. How French media have portrayed ADHD to the lay public and to social workers. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, [s.l.], v. 12, p. 1298244, 2017.

PONNOU, S.; HALIDAY, H. ADHD Diagnosis and drug use estimates in France: A case for using health care insurance data. *Journal of Attention Disorders*, [s.l.], v. 25, n. 10, p. 1347-1350, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1177/1087054720905664>.

PONNOU, S.; HALIDAY, H. ADHD Diagnosis and drug use estimates in France: A case for using health care insurance data-a response to Drs. Ramus and Peyre. *Journal of Attention Disorders*, [s.l.], v. 25, n. 11, p. 1634-1636, 2021.

PONNOU, S.; HALIDAY, H.; GONON, F. Where to find accurate information on attention-deficit hyperactivity disorder? A study of scientific distortions among French websites, newspapers, and television programs. *Health*, [s.l.], v. 24, n. 6, p. 684-700, 2020.

PONNOU, S. *et al.* La prescription de méthylphénidate chez l'enfant et l'adolescent en France: caractéristiques et évolution entre 2010 et 2019. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, [s.l.], v. 70, n. 3, p. 122-131, fev. 2022. DOI: 10.1016/j.neurenf.2022.01.003



PONNOU, S. ; THOMÉ, B. ADHD diagnosis and methylphenidate consumption in children and adolescents: A systematic analysis of health databases in France over the period 2010–2019. *Frontiers in psychiatry*, 13, p. 957-242, 2022.

SAYAL, K. *et al.* ADHD in children and young people: prevalence, care pathways, and service provision. *The Lancet Psychiatry*, [s.l.], v. 5, n. 2, p. 175-186, 2018.

SHARPE, K. Medication: the smart-pill oversell. *Nature*, [s.l.], v. 506, n. 7487, p. 146-149, 2014.

SCHNEIDER, H.; EISENBERG, D. Who receives a diagnosis of attention-deficit/ hyperactivity disorder in the United States elementary school population? *Pediatrics*, [s.l.], v. 117, n. 4, p. 601-609, 2006.

SCHWARZ, A. *ADHD nation: Children, doctors, big pharma, and the making of an American epidemic*. New York: Simon and Schuster, 2017.

SHAW, P. *et al.* Polymorphisms of the dopamine D4 receptor, clinical outcome, and cortical structure in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*, [s.l.], v. 64, n. 8, p. 921-931, 2007.

SZATMARI, P. *et al.* Psychiatric disorders at five years among children with birthweights less than 1000g: a regional perspective. *Developmental Medicine and Child Neurology*, [s.l.], v. 32, n. 11, p. 954-962, 1990.

TALLMADGE, J.; BARKLEY, R. A. The interactions of hyperactive and normal boys with their fathers and mothers. *Journal of Abnormal Child Psychology*, [s.l.], v. 11, n. 4, 565-579, 1983.

WEYANDT, L.; SWENTOSKY, A.; GUDMUNSDOTTIR, B. G. Neuroimaging and ADHD: fMRI, PET, DTI findings, and methodological limitations. *Developmental Neuropsychology*, [s.l.], v. 38, n. 4, p. 211-225, 2013.

VOLKOW, N. D. *et al.* Brain dopamine transporter levels in treatment and drug naive adults with ADHD. *Neuroimage*, [s.l.], v. 34, n. 3, p. 1182-1190, 2007.

WHITELY, M. *et al.* Attention Deficit Hyperactivity Disorder late birthdate effect common in both high and low prescribing international jurisdictions: systematic review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, [s.l.], v. 60, n. 4, p. 380-391, abr. 2018. DOI: 10.1111/jcpp.12991.

## CAPÍTULO 2

# O *prêt-à-porter* do diagnóstico e seu avesso: qual lugar para Rubens?

Cristiana Carneiro e Bruno Netto dos Reys

Neste capítulo, vamos discutir, a partir de um acontecimento inesperado durante uma pesquisa, já realizada e concluída, a importância de problematizarmos o diagnóstico na infância, mais especificamente aquele que, dizendo respeito à atenção e ao movimento, envolve o domínio da escola. Aqui não teremos como objeto específico a fala das crianças envolvidas na pesquisa, que podem ser lidas em outro trabalho (Carneiro *et al.*, 2016); no entanto, destacamos que toda a discussão realizada surge a partir do estranhamento que Rubens nos causou através de sua voz, seus gestos e seu pertencimento/não pertencimento à pesquisa. Menino diagnosticado com TDA/H (Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade) que nos interpela a refletir criticamente sobre a questão diagnóstica em nossos tempos.

No Brasil, a Resolução do Conselho Nacional de Saúde – recomendação nº 015, de 8 de outubro de 2015<sup>1</sup> –, em diálogo com as recomendações

---

1 Este documento é respaldado pelas seguintes determinações legais estabelecidas anteriormente: Constituição Federal; Estatuto da Criança e do Adolescente; a recomendação Mercosul/XXVI - RAADH/P. REC. Nº 01/15 do Mercosul no âmbito da XXVI Reunião de Altas Autoridades em Direitos Humanos (RAADH); a recomendação nº 19 do Conselho Nacional de Saúde; as experiências do Município de São Paulo, por meio da edição da Portaria nº 986/2014, e de Campinas, que determinam a publicação de protocolos; os medicamentos psicotrópicos podem

do Ministério da Saúde (Brasil, 2015), apresenta dados alarmantes em relação ao consumo do cloridrato de metilfenidato, substância utilizada para os chamados transtornos de atenção e atividade. Esse documento aponta “que as estimativas de prevalência de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDA/H) em crianças e adolescentes no Brasil são bastante discordantes, com valores de 0,9% a 26,8%” (Brasil, 2015, p. 1). Essa discordância quantitativa, para além de ensejar uma discussão mais aprofundada sobre suas possíveis causas, pode nos informar sobre a ausência de unanimidade entre regiões do país e faixas etárias, assim como sobre sua possível relação com métodos diferentes de realização do diagnóstico. Cabe, ainda, ressaltar as contradições em termos de políticas públicas que o Brasil – país de dimensões continentais – enfrenta, algo que pode ser visto em relação às pautas de proteção integral da criança e do adolescente. A coexistência entre políticas antimedicalização e pró-medicalização pode ser vista quando contrastamos, por exemplo, a resolução 177 do Conanda de 2015 com a recentíssima lei 14.254, de 30 de novembro de 2021 (Brasil, 2021). A primeira aponta para os perigos da hipermedicalização dos problemas sociais, assegurando a não medicalização excessiva de crianças e adolescentes como um direito. A segunda, também fazendo menção à proteção integral, favorece o encaminhamento e a instituição do dito transtorno, beneficiando a medicalização dos impasses escolares. Dirige-se a educandos com TDA/H e dislexia, definindo, no artigo primeiro, que o acompanhamento “compreende a identificação precoce do transtorno, o encaminhamento do educando para diagnóstico [...]” e, no seu artigo terceiro, que “educandos com dislexia, TDA/H ou outro transtorno de aprendizagem que apresentam alterações no desenvolvimento da leitura e da escrita, ou instabilidade na atenção, que repercutam na aprendizagem devem ter assegurado o acompanhamento específico direcionado à sua dificuldade, de forma mais precoce possível, pelos seus educadores no âmbito da escola na qual estão matriculados [...]”. Aqui destacamos dois aspectos da referida

---

causar dependência física ou psíquica, conforme Portaria da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil, 2015).

lei: o apelo à realização precoce do diagnóstico e investimento dos educadores no papel de corresponsáveis por ele. Estamos diante de uma questão bastante séria, e que nos faz questionar o diagnóstico enquanto dispositivo que pode enaltecer a lógica da doença em detrimento do sujeito. A identificação precoce se articula à ideia de risco e antecipa certo futuro esperado.

Ao analisar o papel da medicalização e do uso disseminado de medicação tranquilizante e/ou psicoestimulante por crianças e adolescentes em sua relação com o ambiente escolar, Caponi (2019) destaca o papel do DSM-5 na articulação de um dispositivo de saber-poder denominado por Foucault como *dispositivo da segurança*, o qual visa essencialmente à antecipação de riscos a partir de uma lógica da prevenção. Na perspectiva da autora, o DSM operou, na passagem da quarta para a quinta edição de sua classificação diagnóstica, uma mudança na denominação dos transtornos mentais diagnosticados na infância e adolescência para *transtornos do neurodesenvolvimento* ou para *transtornos disruptivos, de controle de impulsos e de conduta*. Essa modificação na nomenclatura expressa, nessa visão, o predomínio do dispositivo de segurança e da antecipação de riscos. Segundo a autora,

[...] é aqui que aparece de modo evidente essa estratégia securitária [...]. Se os impulsos agressivos antes tolerados, se as condutas indesejadas que faziam parte do universo infantil, ingressaram no campo da psiquiatria, isso ocorreu porque esses comportamentos foram descritos como indicadores de risco para doenças mentais graves na vida adulta. De fato, o que possibilita a aceitação social do crescente processo de psiquiatrização da infância não é outra coisa que a esperança, certamente infundada, de antecipar riscos futuros. Tais riscos são apresentados como verdadeira ameaça social: desde a esquizofrenia até o homicídio ou o suicídio, passando pelo fracasso laboral ou sentimental na vida adulta. (Caponi, 2019, p. 176)

Como defende a autora, esse ideário de antecipação e controle é o pano de fundo de uma indústria farmacêutica pujante e em acelerado crescimento.

## **Medicalização da vida e dos impasses escolares**

O problema do alto consumo de metilfenidato na infância e na adolescência nos leva a refletir sobre o processo de medicalização da vida e da subjetividade na sociedade contemporânea. Trata-se de um fenômeno abrangente que vem sendo assinalado e estudado por diversos autores, a partir de perspectivas diferentes e até mesmo contrastantes. É a partir da obra de Foucault, ao longo da década de 1970 (Zorzanelli, 2018), que o termo medicalização ganha estatuto de conceito na análise realizada pelas ciências humanas dos múltiplos aspectos das práticas relacionadas à saúde e ao cuidado com o corpo do sujeito e com o mal-estar psíquico na atualidade. Aspectos sociais, econômicos, culturais, psicológicos e biopolíticos são assinalados nas análises realizadas a partir do conceito de medicalização.

Entre os diversos aspectos do conceito, destacamos a medicalização como uma forma de controle social, a medicalização como uma decorrência de processos de transformação da sociedade que estão na origem da medicina moderna, ou, ainda, a medicalização como um processo que leva à transformação de problemas que, até então, não seriam considerados problemas médicos ou de saúde em doenças ou transtornos (Camargo Junior, 2013). Em Foucault, o conceito de medicalização envolve ao menos dois sentidos: “um relacionado à medicina como prática social que passa do Estado à população; e outro relacionado ao fenômeno da medicalização indefinida, ou seja, da impossibilidade de se produzirem práticas corporais fora do alcance da medicina” (Zorzanelli, 2018, p. 721).

Na análise do fenômeno da medicalização a partir do campo específico da saúde mental e da psiquiatria, evidencia-se o papel dos sistemas de diagnóstico e classificação, em especial do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais, o DSM, da *American Psychiatric Association* (APA), atualmente em sua quinta revisão, o DSM-5 (APA, 2014). Para diversos autores (Ehrenberg, 2010; Horwitz e Wakefield, 2010; Freitas e Amarante, 2015; Caponi, 2019; Filardi *et al.*, 2021), a lógica que preside tal sistema, supostamente pragmática e atórica, é, na realidade, suportada por um reducionismo que assimila o comportamento à sua expressão biológica mais fundamental, ao nível das sinapses neuronais e das pequenas moléculas de mensageiros químicos conhecidos como neurotransmissores.

Tal concepção está relacionada ao amplo e crescente uso de medicamentos psicofármacos, não somente para o que é reconhecido como uma condição de sofrimento derivada de um transtorno mental codificado, mas também para uma série de problemas e situações que fazem parte das condições da existência e do percurso de um sujeito falante na vida. Tais condições vão da tristeza comum ao luto, da timidez à agitação que passa a ser lida como hiperatividade, da performance escolar ao desempenho no trabalho, do descontrole alimentar às compras excessivas.

A medicalização avança também sobre o domínio da performance pessoal e social de indivíduos que não são considerados portadores de transtorno mental, ou mesmo de um sofrimento comum, sendo cada vez mais estimulado o uso de substâncias para turbinar a memória, a atenção, a performance sexual, o treinamento físico e desportivo e o comportamento social, configurando um esforço sobre-humano para evitar qualquer forma de mal-estar subjetivo. Esse culto à performance (Ehrenberg, 2010) se faz às custas do uso de medicamentos psicoestimulantes como o metilfenidato ou o modafinil, muito utilizado também por estudantes e candidatos em concursos públicos. Com as drogas, aposta-se no “[...] funcionamento ilimitado do indivíduo em uma concorrência permanente: a multiplicação artificial das possibilidades de resistência física e psicológica é hoje o motor e a referência das práticas de alteração dos estados de consciência” (p. 154-155). Nessa lógica, a possibilidade de alteração dos estados de consciência trabalha em prol da performance e da promessa de felicidade articulada a um ideário de supressão do mal-estar. O diagnóstico, nesse cenário, também pode ser pensado a partir de um incremento da performance, otimizando tanto o desempenho através de prescrição de drogas “escolares”, como seu próprio dispositivo, quando utiliza, por exemplo, escalas de fácil preenchimento como instrumento avaliativo. Segundo Dunker (2014, p. 92), no ideário da pressa e da eficácia, a ferramenta de escuta para o diagnóstico sofre grande modificação, passando a ser pautada na orientação do reconhecimento dos sintomas. Ao excluir as relações entre os sintomas e o funcionamento psíquico dos sujeitos, que incluiria a narrativa de seu sofrimento, o enfoque é voltado para o relato apenas do sintoma. Diante do mal-estar que a indocilidade dos corpos causa no cenário escolar, a pressa

diagnóstica pode estar se constituindo em um mecanismo útil de performance da indústria farmacêutica.

Seguindo a premissa freudiana de que o mal-estar faz parte do viver junto (Freud, 1930), defendemos a importância de aprofundar a escuta desse mal-estar nos dispositivos diagnósticos, incluindo aí o sujeito e seu corpo, ainda que hoje possamos, tanto individual, quanto coletivamente, investir em um discurso que o reduza a um erro de trajetória, como uma espécie de patologia a debelar. Nessa pressa em se livrar do mal-estar, muitas vezes não perguntamos mais detidamente a quem a criança chamada hiperativa e desatenta transtorna. Numa espécie de assepsia, a criança, a família, a escola e o próprio especialista desaparecem da cena, subindo ao palco um sistema autônomo de secreções, leitura alimentada por uma mitologia da biologia e da genética (Vasen, 2011, p. 24). A base do transtorno, nome que aparece ao longo dos manuais diagnósticos, é identificada no déficit de uma substância neuronal, e a medicação entra em cena de modo compensatório (Dunker, 2014, p. 93). Diante de uma regulação química, a voz dos sujeitos figura como absolutamente secundária, quando não inexistente.

É nesse ponto de silenciamento que a psicanálise tem o compromisso ético de enunciar que, quanto menos o mal-estar puder ser transformado em palavra endereçada a um outro por aquele que o experimenta, mais a destrutividade se fará presente. Se há uma criança que transtorna alguém ou alguns, ou até a si mesma, adaptá-la quimicamente talvez pareça uma saída sedutora para manter a ilusão da felicidade definitiva; no entanto, sabemos que o engano cobra seu preço.

Com o intuito de fazer o mal-estar dos pesquisadores falar é que escolhemos questionar a participação/não participação de Rubens em uma pesquisa que durou mais de dois anos. A proposta de discutir nesse capítulo sua participação em uma pesquisa de campo cuja intervenção foi longa é, no mínimo, curiosa. Isso porque ele foi excluído do material final produzido pela pesquisa, justamente pela parcialidade de sua participação. Tornou-se, então, uma espécie de resto daquilo que se materializou como produto, não aparecendo em nenhum dos mais de quinze trabalhos publicados, para além da menção de sua exclusão (Carneiro e Coutinho, 2020, p. 7). Tornou-se uma ausência tão presente que nos fez, finalmente, dar-lhe lugar.

Nesse sentido, Rubens talvez possa nos falar mais sobre esse lado que ficou excluído do material produzido, o avesso que silenciosamente faz presença e que pode, talvez, dizer algo de tantas outras crianças...

### **Rubens, o menino que não se tornou um “caso”**

Paradoxalmente, o aspecto que levou Rubens a ser incluído na pesquisa, ou seja, ter sido escolhido como caso que exigia pesquisa e intervenção, foi o mesmo que o levou a ser deixado de fora do material produzido e da análise comparativa: o diagnóstico. Foi justamente o diagnóstico de TDA/H que nos fez elegê-lo como caso a ser pesquisado e, posteriormente, fez com que ele desaparecesse dos resultados produzidos, sendo, por conseguinte, deixado de lado.

Para compreendermos melhor essa entrada e saída de Rubens, faz-se necessário compreender o contexto. A pesquisa se realizou no Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência (SPIA) da Universidade Federal do Rio de Janeiro e teve como objetivo a discussão sobre o mal-estar na escolarização de crianças/adolescentes a partir da confluência de diferentes discursos, mais especificamente, da família, da escola, de especialistas e da própria criança/adolescente. Esses quatro eixos, então, determinaram o campo das intervenções (na escola, com a criança, com a família e com os especialistas) e, também, foram organizadores da análise do material *a posteriori*. Em vez de uma criança/adolescente fragmentada entre os *especialistas*, buscou-se uma articulação das ações e reflexões dos diferentes profissionais envolvidos, bem como, necessariamente, a participação da própria criança/adolescente e da sua família no processo. Não tivemos como objetivo realizar um diagnóstico psicanalítico clássico dos casos, justamente porque não éramos psicanalistas em atendimento individual a essas crianças e adolescentes. Pretendíamos mapear o mal-estar articulado às queixas e à procura pelo serviço de saúde mental. A ferramenta de escuta psicanalítica e a teorização que subsidiou as intervenções se basearam, dessa forma, no modelo da clínica ampliada (Winograd e Vilhena, 2014).

Elegemos metodologicamente a estratégia do estudo de casos, bastante utilizada para pesquisar fenômenos complexos, como possibilidade de construir uma via de interlocução entre a psicanálise, a educação e a



psiquiatria em torno das diversas queixas escolares encaminhadas para atendimento. No entanto, ainda que este tenha sido um princípio norteador metodológico, ao utilizarmos a psicanálise como teoria de referência, sabíamos que a singularidade teria sempre um lugar de destaque na compreensão do caso, em um sentido diferente daquele do modelo médico para o qual “o caso remete ao sujeito anônimo que é representativo de uma doença [...] para nós, ao contrário, o caso exprime a própria singularidade do ser que sofre e da fala que ele nos dirige” (Nasio, 2001, p. 11).

Ainda que, no estudo de caso clássico, um “caso” possa ser um indivíduo (Yin, 2005, p. 43), esta unidade de análise *per se* não é suficiente. Um caso é sempre um recorte da realidade e, ainda que seja uma pessoa, será um aspecto específico ou conjunto de características que a tornarão um caso a investigar. Em nossa pesquisa, ainda que tivéssemos três pré-requisitos fundamentais para a escolha dos casos (ser criança ou adolescente, ser atendido pela psiquiatria e apresentar alguma queixa de mal-estar na escolarização), o aprofundamento dos critérios de escolha se fez importante para tornar mais relevante a relação entre o que se pretendeu pesquisar e o universo pesquisado. Nesse sentido, efetuamos uma pesquisa piloto, de caráter exploratório, durante o primeiro semestre de 2012, a fim de compreendermos melhor o campo. Esse estudo concentrou-se numa análise documental, a partir da leitura de 285 fichas de triagem (total de crianças/adolescentes que procuraram o serviço no primeiro semestre de 2012). Os questionamentos principais eram: i) Quantas crianças/adolescentes procuraram o serviço? ii) Dessas, quantas apresentaram queixas referidas à escola? iii) Quais foram as principais queixas?

O intuito do mapeamento era compreender melhor o grupo de crianças/adolescentes que procuraram o SPIA de maneira mais geral, para, então, selecionar casos que, em sua particularidade, pudessem de alguma forma contribuir para uma reflexão estendida desse grupo (Carneiro e Coutinho, 2020). Duas queixas se configuraram como prevalentes nesse levantamento (dificuldade de aprendizagem/agitação), um recorte dentro do que chamamos mal-estar na escolarização, e se configuraram como critérios de escolha dos casos. Outro critério foi que a queixa partisse da

escola; portanto, que essa instituição estivesse mais diretamente envolvida no encaminhamento.

Rubens, então, foi escolhido dentre várias crianças, pois respondia aos critérios definidos. Veio para o serviço trazido pelo pai, a partir de um laudo escolar que apontava seus inúmeros problemas na escola. Tinha sido reprovado de série no ano anterior – ano do encaminhamento – e, no ano em que ingressou na pesquisa, frequentava uma nova escola. Anexados ao prontuário, alguns laudos de especialistas atestavam que o menino, de oito anos na época, possuía diagnóstico de TDA/H, situação que agravava seu desempenho na escola. Um dos materiais de apoio diagnóstico anexado ao prontuário foi a escala de pontuação para pais e professores (MTA-SNAP-IV). Através da utilização do questionário SNAP-IV<sup>2</sup> por profissionais da área de educação, apareceram identificadas as principais características e sintomas do TDA/H. Como indica o trabalho de Marcon e colaboradores (2016), o objetivo dessa escala é oferecer uma ferramenta diagnóstica que permita aos profissionais da educação realizar um pré-diagnóstico da possível presença do suposto transtorno em crianças ou jovens inseridos no contexto escolar.

Embora a médica psiquiatra que recebeu Rubens no SPIA mantivesse o diagnóstico de TDA/H amplamente amparado nos laudos e testagens já realizadas, concordou que nossa equipe de pesquisa o acompanhasse, construindo uma ponte com a escola e a família. Reuniões com o pai (a mãe era usuária de drogas e não ia ao serviço, nem respondia aos chamados), entrevistas clínicas individuais com Rubens, visitas à escola, reuniões com especialistas, enfim, uma série de estratégias foram utilizadas, tanto para constituir o material de pesquisa, quanto para subsidiar as intervenções. Não houve um desenho apriorístico das ações-intervenções que foram se dando a partir de cada caso e suas demandas. Múltiplas fontes foram

---

2 O questionário denominado **SNAP-IV** foi construído a partir dos sintomas do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – IV Edição (**DSM-IV**) da Associação Americana de Psiquiatria. É um questionário utilizado como um ponto de partida para levantamento de alguns possíveis sintomas primários do TDA/H.

utilizadas, como registros nos livros de triagem, prontuários, relatórios da escola, relatórios de diagnósticos psicopedagógicos, fonoaudiológicos, psicodiagnósticos, diários das observações na escola, entre outros que o caso apresentou. As entrevistas clínicas também seguiram os quatro eixos da pesquisa: foram realizadas na escola, com especialistas, com a família e com a própria criança/adolescente. A observação participante incluiu, prioritariamente, a ida dos pesquisadores à escola, mas também foi feita quando as crianças frequentaram o serviço.

Justamente a partir desse último ponto, a observação participante, é que todo o cenário inicial da inserção de Rubens na pesquisa começou a mudar. Tínhamos uma aluna, Luana, graduanda de Pedagogia, que ficou responsável pelo acompanhamento do menino na escola. De quinze em quinze dias, ela passava uma manhã inteira frequentando as atividades junto à turma de Rubens, numa imersão de observação e participação. Antes da entrada da aluna-pesquisadora na instituição, a coordenação da pesquisa fez uma reunião com a coordenação da escola, que, prontamente, autorizou a participação. No entanto, mais especificamente no dia em que Luana entrou na turma pela primeira vez, já pudemos ler um estranhamento da escola com sua chegada: “é para o Rubens?”. A professora da turma demonstrou um certo espanto, como se não compreendesse o porquê. Cinco meses de acompanhamento na escola confirmaram a primeira impressão: Rubens ia muito bem e a escola não reconhecia o diagnóstico de TDA/H, tampouco o de dificuldade de aprendizagem! Por parte dos educadores dessa nova escola, não havia relatos específicos de mal-estar em relação a ele e sua vida escolar seguia o fluxo.

Não podemos deixar de interrogar o papel que o fato de Rubens estar medicado pode ter desempenhado nessa avaliação positiva de seu rendimento escolar, após os laudos iniciais que diagnosticaram o TDA/H e os relatos de problemas na escola. No entanto, é importante ressaltar que o uso do medicamento já era feito nos anos anteriores ao ingresso no serviço e na nova escola. E levantar a questão: para além do medicamento, que acontecimentos na vida de Rubens podem, desde aquele momento da queixa inicial, ter influenciado a tal ponto sua trajetória que nos permitissem questionar se a criança que era acompanhada na escola era a mesma

dos laudos e queixas de problemas escolares? O que teria acontecido que explicasse a infinita distância entre a criança que emergia nos documentos, também nos relatos do pai, e o menino que Luana acompanhava na escola? Podemos aqui recorrer à hipótese de que, nos dois anos anteriores à pesquisa, nos quais os pais de Rubens estavam em um processo de separação judicial difícil, as questões escolares do menino fossem principalmente reativas àquele contexto. No ano seguinte, teria sido incluído no grupo de pesquisa, frequentando uma nova escola e com os pais já separados, os problemas de atenção e a hiperatividade pareciam ter desaparecido da cena escolar. Ainda que possamos estabelecer essa hipótese *a posteriori*, como podemos pensar o diagnóstico de TDA/H já proferido?

Como nos lembra Dunker (2014), o diagnóstico sempre estará articulado a uma diagnóstica, que será tanto o campo dos efeitos de um diagnóstico clínico proferido, como as condições de possibilidade do próprio diagnóstico. Para o autor, “uma diagnóstica (no feminino) é um discurso local acrescido de efeitos, alianças e injunções que ultrapassam esse campo específico de autoridade, ação e influência” (p. 17). Ao fazer essa distinção, Dunker chama a atenção para o fato da não neutralidade de qualquer diagnóstico, assinalando o campo político que envolve a questão.

No caso de Rubens, se, por um lado, a inexistência de um mal-estar assertivamente enunciado pela escola e por ele mesmo em relação à escolarização fez com que não se tornasse um caso específico de nossa pesquisa – que se ocupava do mal-estar na escolarização –, por outro, trouxe à tona toda a complexidade envolvida na realização de um diagnóstico na infância. Tanto o diagnóstico clínico mais estrito na infância quanto a diagnóstica que atravessa essa configuração devem ser considerados, o que inclui a compreensão não unívoca de normalidade, da temporalidade do desenvolvimento, do que significa a própria criança, sua família e a escola, assim como dos impactos sociais e econômicos que entram em jogo.

O encontro/desencontro com Rubens na cena de pesquisa denunciou concretamente um diagnóstico clínico já proferido e apartado das condições posteriores de existência do menino. A não confirmação pela nova escola de problemas de atenção e inquietude, bem como a inexistência de

uma narrativa de sofrimento do menino mais persistente em relação à escola, indicariam um “falso positivo” ou um falso problema?

### **A pressa diagnóstica e seus percalços na infância**

O diagnóstico na infância se insere em um campo de grande tensão no que tange à temporalidade: por um lado, corre-se o perigo da conclusão apresurada, dos “falsos positivos”, algo que sabemos ter impactos sobre a família e a criança. Por outro lado, o diagnóstico tardio muitas vezes retarda a intervenção e o acesso aos cuidados, contribuindo para a possibilidade de um agravamento desastroso. É nesse campo de tensões que “a corrida contra o relógio” da intervenção na infância vai se articular com a questão diagnóstica. Cedo demais ou tarde demais são dois perigos iminentes e persistentes para aqueles que se ocupam com diagnósticos e terapêuticas na infância.

Partindo da suposição de que o diagnóstico de Rubens se ancorou principalmente na observação direta, como preconizado nos manuais atuais, como os DSMs (Dunker, 2014), com protagonismo da escola e suas queixas nos dois anos anteriores, a hipótese mais plausível é a de que a história subsequente desse menino aponta as fragilidades nessa forma de diagnóstico. Todo material e as queixas anteriores não foram reconhecidos pela escola que frequentava na época da entrada na pesquisa. Seguindo essa linha de pensamento, o desaparecimento dos sintomas que embasaram o diagnóstico de TDA/H no ano anterior poderia ser explicado pela forma de se fazer o diagnóstico? Se não há queixa escolar alguma e a atenção confirma bons rendimentos escolares, mantém-se o diagnóstico? Há, aqui, dois pontos importantes: o primeiro, como já sabemos, é a intrínseca ligação do dito transtorno à escola; a segunda questão importante é que, na maioria das vezes, quem profere oficialmente o diagnóstico é da área médica e não vai à escola ou faz um acompanhamento mais específico da vida escolar. Essa aliança, então, entre o TDA/H e o ambiente escolar talvez fique mais atrelada à queixa inicial e ao ingresso das crianças/adolescentes nos serviços de saúde mental do que ao acompanhamento subsequente da trajetória de forma intersetorial.

Em nossa experiência na instituição, havia duas formas de a informação escolar chegar ao serviço de psiquiatria: através do laudo escolar e a partir

do relato dos pais. Geralmente, isso ocorria na triagem, ou nas entrevistas iniciais, processualmente não existindo um esforço mais continuado de comunicação. Para além do nosso grupo, não se soube de qualquer profissional da equipe de cuidado que tenha ido à escola, ou de qualquer profissional da escola que tenha ido até o serviço nos três anos que frequentamos a instituição. Sabendo de todas as dificuldades das equipes, da demanda muitas vezes superior ao que o sistema poderia responder, nos perguntamos se a temporalidade e a processualidade encurtadas propostas pelas formas de se diagnosticar estariam endossando os “falsos positivos”. Justamente, o diagnóstico preconizado pelo DSM se propõe a ser um guia para a prática clínica, devido à sua funcionalidade e flexibilidade, organizando informações que possibilitam a acurácia do diagnóstico e favorecendo o tratamento. (APA, 2014, p. 41). Tendo em vista essas supostas praticidade e precisão, seriam a tendência ao múltiplo diagnóstico e a polimedicação resultados de uma busca por soluções mais imediatas para o mal-estar? Como proceder no caso de Rubens, diagnosticado com TDA/H e fazendo uso de cloridrato de metilfenidato, diante de um ambiente escolar que não reconhece nele problemas de atenção ou hiperatividade?

O diagnóstico de TDA/H, em torno dos sinais e sintomas, dispensa a dimensão teórica que fundamenta a pesquisa dos fatores etiológicos. Como apontamos em outro trabalho (Carneiro e Lopes, 2020), já na introdução do DSM-5 encontra-se a afirmação de que o manual responde à necessidade de aprofundamento e expansão da classificação em psiquiatria, para garantir maior precisão descritiva do transtorno e validade do diagnóstico. Para Dunker (2014, p. 102), o termo “transtorno” já exprime uma tentativa de diagnóstico “a-teórico”, ou seja, distanciado das grandes teorias explicativas, nas quais a causalidade de uma patologia deixa de ser o alicerce central do processo diagnóstico. A proposição ateórica pretende ocupar-se de uma solução dita imparcial, na qual qualquer orientação pudesse se utilizar de tais nomenclaturas. Esse manual diagnóstico construiu uma proposição na qual a identificação de um transtorno mental ocorre pautada somente nos fenômenos observáveis. Sobretudo em relação ao DSM, com sua perspectiva pautada na neurobiologia, a classificação se faria a partir de critérios de duração e de repetição. No caso de Rubens,

se o tempo de observação anterior parecia confirmar o diagnóstico pelos critérios de duração e repetição (já que a documentação anexada ao prontuário mantinha o diagnóstico e a confirmação dos sintomas nos últimos dois anos), a grande mudança acompanhada pela equipe de pesquisa viria a colocar em xeque esses mesmos critérios. Algo definitivamente não se manteve no tempo nesse caso.

### **Dar tempo ao tempo: processualidade e diagnóstico**

Para a psicanálise, o diagnóstico é construído a partir da relação transferencial, diferente da via do sintoma observável (Kupfer, 2008; Rocha *et al.*, 2008). O diagnóstico, nessa compreensão, por ser realizado a partir da transferência, se faz de forma processual, inviabilizando estabelecer de modo mais definitivo um quadro diagnóstico através da realização de apenas uma consulta, por exemplo. Discorrendo sobre o lugar do analista, Freud (1975 [1937], p. 300) deixa claro que nossas hipóteses conceituais são guias de intervenção, mas “só o curso ulterior da análise nos capacita a decidir se nossas construções são corretas ou inúteis”. Nessa ótica, não haveria teorização ou classificação suficientes e apriorísticas para além do discurso e do campo afetivo estabelecido com o paciente. Justamente, a insuficiência é uma ferramenta preciosa, questionando profundamente a autoridade do analista sobre a verdade do sujeito. Quando, ao se referir às construções em análise, Freud (p. 300) nos diz que os constructos do analista não devem ser mais que conjecturas que “aguardam exame”, podemos supor que haverá um tempo de densidade afetiva e discursiva, processual, entre uma hipótese e sua confirmação. E, principalmente, não será a partir do livro nem das estatísticas que virá qualquer possibilidade de “confirmação”, mas do próprio sujeito. Não haveria, assim, possibilidade de uma diagnóstica sem a participação afetiva e narrativa do próprio sujeito e seu sofrimento em relação àquele que o escuta.

Talvez essa processualidade diagnóstica se encontre mais em xeque na infância, justamente porque o dinamismo da constituição se apresente mais contundentemente nesse caso. A mobilidade psíquica de uma criança apontaria também para certa fluidez de devires. Por outro lado, teríamos, como exemplo oposto à plasticidade, o que Freud (1920) sinaliza,

na neurose, sobre o psiquismo compreendido como escudo protetor que se tornou uma camada rígida, “morta”, impassível à modificação. Assim, teríamos duas temporalidades em questão quanto ao diagnóstico na infância: aquela da construção do próprio diagnóstico, na qual tratamento e pesquisa devem coincidir, e aquela de um aparelho psíquico menos enrijecido por fixações mais estabilizadas.

### **O corpo móvel e o diagnóstico, inquietação patológica ou cifração pulsional?**

O prefixo *hiper* já nos indica o que está em jogo na questão da chamada hiperatividade: o excesso. Excesso mais precisamente de quê? Se é de motilidade que se trata, como pensar um ponto de ruptura entre a capacidade de se mover – que alude à etimologia da palavra – e um suposto movimentar-se patologizante? Justamente a capacidade de se mover, para a psicanálise, não pode ser pensada fora de um corpo, que não é sinônimo de organismo. Se há um substrato orgânico a qualquer existência, ele não é suficiente para explicar o mover-se. O corpo coordena parcialmente o organismo, nunca o recobrando, no entanto, de forma definitiva. Os conceitos que melhor exprimem essa articulação entre o organismo e o corpo são os conceitos de pulsão em Freud e de gozo em Lacan.

Lacan (1985 [1972-1973]) afirma em *Encore* que, em relação ao ser vivo, sabemos que se trata de um corpo e de algo de que se goza. “Trata-se, precisamente, da vida sob a forma de corpo. O gozo, ele próprio, é impensável sem o corpo vivo, o corpo vivo que é a condição do gozo” acentua Miller (1999, p. 2). Esse corpo gozante, como podemos pensar o vivo lacaniano, receberá ênfase no último ensino de Lacan (Miller, 2003), no qual predomina o nó borromeano, estrutura topológica através da qual ele articula as três consistências da experiência do *fallasser*: o real, o simbólico e o imaginário (Lacan, 1974-75).

O corpo do *fallasser* é um “segundo corpo”, tendo em vista que é afetado pelo corpo “incorpóreo” da linguagem (Lacan, 2003, p. 406), este “corpo sutil” (Lacan, 1998 [1953], p. 302) que é um “primeiro corpo” (Lacan, 2003, p. 406), como afirma Lacan, pois antecede o corpo propriamente dito do falante. Esse corpo segundo não é um corpo somático pura e simplesmente,



mas um corpo pulsional, situado, portanto, entre o somático e o psíquico e, enquanto pulsional, é também um corpo de gozo, ou, mais precisamente, um corpo de que se goza.

Nessa direção, a pulsão, energia que pressiona absolutamente, que força constantemente, se situaria como fundamento da vida. No entanto, a avalanche energética excessiva, com sua pressão constante, precisa de um escoamento eficaz; do contrário, essa dispersão caótica acabaria por inviabilizar a vida, sendo a regulação fundamental para a manutenção de qualquer homeostase. A regulação do excessivo pulsional como uma forma de homeostase e proteção da vida só seria possível através de um mecanismo de descarga, que se daria através da satisfação, uma forma eficiente de redução da tensão. Mas esse alvo<sup>3</sup> pulsional – descarga – só se dará pela mediação de um objeto, que é justamente aquilo de que a pulsão carece. Não tendo objeto prévio, em si, será necessária a *criação* do objeto para que o alvo possa se cumprir. O objeto poderá ser positivado através do campo do inconsciente que se articula como uma linguagem. Indo nesse sentido, teríamos um corpo que se faz a partir desse campo, no terreno da sexualidade infantil.

A pulsão, sendo uma energia, desprovida de qualidade, não possui dimensão alguma, ela apenas é força constante. Contudo, pela meta a que visa e pelos objetos a que se liga, a pulsão conhece um destino psíquico, de representação. Essa *re-representação* é uma forma de presentificá-la através de uma delegação. Somente através de seus representantes é que a pulsão poderia receber alguma qualidade e, dessa forma, se materializar, se tornar corpo. Esses representantes, seus delegados, representante-representação (*Vorstellungsrepräsentanz*) e afeto (Freud, 1915), já indicariam que, quando representada especializada, já não se trata mais da pulsão propriamente dita.

A psicanálise, então, traz à cena um corpo que é carne cortada, marcada, pela escrita do trilhamento (*Bahnung*) dos significantes que constituem o sujeito do inconsciente. Há um organismo, pura carne, e nele um

---

3 Freud (1915) define a pulsão a partir de quatro elementos: a *fonte*, que está no corpo; a *força*, sua essência; seu *objeto*, que se marca em negativo; e seu *alvo* (*Ziel*), que seria a satisfação via algum modo de descarga.

sujeito vem a se constituir, pois a linguagem antecede esse corpo, inscrevendo nele um sujeito. Nessa ótica, a linguagem seria uma forma corporificada e espacial para lidar com isso que está fora, o real. Porém, essa *fixação* (*Fixierung*) que apazigua, que traz calma à torrente pulsional, não se conserva estática no tempo, porque o objeto nunca é *perfeitamente* adequado à demanda pulsional. Ele apenas a satisfaz parcialmente; portanto, há sempre um resto, algo que não é descarregado e que continua a exercer pressão. Nesse sentido, a linguagem ordena, mas essa ordem é insistentemente perturbada. Esse *mais além do princípio do prazer* que perturba (Freud, 1920), ou seja, essa dispersão que não é ordenada por princípios, que fica “fora” da ordem, denota uma limitação da esfera de atuação da realidade psíquica, que terá que lidar com algo que está fora do seu domínio. Nessa compreensão de constituição do psíquico a partir de uma economia que articula inconsciente, consciente e seu para além, não há como pensar o movimentar-se fora dessa dinâmica constituinte.

Aqui retomamos um questionamento: como incluir a mobilidade do corpo no processo diagnóstico? Estaria o prefixo *hiper* apontando não só para o incremento da atividade motora visível, mas também para o excesso de tensão *intra* e *extra* aparelho psíquico? Poderíamos considerar o excesso de atividade articulado à tentativa de ciframento em vez de o considerar índice de patologia? O diagnóstico psiquiátrico, no que tange à identificação de sinais e sintomas, privilegia a psicopatologia descritiva, de base fenomenológica. Somente esse aspecto já nos traria uma dificuldade para fazer a leitura do diagnóstico psiquiátrico a partir de uma perspectiva psicanalítica.

Jaspers, fundador da psicopatologia como uma disciplina, conceitua “a consciência, em conjunto, como o *todo momentâneo* da vida psíquica” (Nobre de Melo, 1981, p. 329), incluindo o campo da vontade e da psicomotricidade na consciência e, ao mesmo tempo, excluindo o campo do inconsciente do procedimento de investigação psicopatológica. Mesmo no DSM, que se pretende ateuórico, como vimos antes, isento de amarras em qualquer escola psicológica, está implícito na descrição dos sinais e sintomas que o psiquiatra precisa reconhecê-los para que o diagnóstico seja efetivado. Tal reconhecimento dos sinais e sintomas de um determinado transtorno se faz através da realização do exame psíquico e de sua descrição

técnica conhecida como Súmula Psicopatológica. Nesse resumo do exame, o campo da vontade (ou volição) e da psicomotricidade estão intrinsecamente articulados, sendo avaliados conjuntamente. Dalgalarondo (2019, p. 183) afirma: “assim como o ato motor é o componente final do ato volitivo, as alterações da psicomotricidade frequentemente são a expressão final de alterações da volição”.

No DSM-5, para o diagnóstico do TDA/H é requerido um “padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que interfere no funcionamento e no desenvolvimento” (APA, 2014, p. 59). No que diz respeito ao polo de hiperatividade e impulsividade, são requeridos para o diagnóstico seis ou mais de uma lista de nove sintomas que devem ocorrer frequentemente e persistir por no mínimo “seis meses em um grau que é inconsistente com o nível do desenvolvimento e têm impacto negativo diretamente nas atividades sociais e acadêmicas/profissionais”, sendo que, no caso de “adolescentes mais velhos e adultos (17 anos ou mais), pelo menos cinco sintomas são necessários” (APA, 2014, p. 60). Em linhas gerais, são os seguintes sintomas elencados para o diagnóstico: remexer ou batucar com as mãos ou os pés ou contorcer-se na cadeira; levantar-se da cadeira em situações em que se espera que permaneça sentado; correr ou subir nas coisas em situações em que isso é inapropriado; incapacidade de brincar ou se envolver em atividades de lazer calmas; não conseguir parar ou agir como se tivesse “um motor ligado”; falar demais; responder antes que o interlocutor termine a pergunta; apresentar dificuldade para esperar a sua vez; interromper ou intrrometer-se em conversas, jogos ou atividades de outras pessoas sem pedir ou receber permissão.

Vê-se aqui como a sintomatologia a ser reconhecida pelo psiquiatra depende muito mais da observação e da descrição de outras pessoas do que da própria experiência do sujeito em causa e daquilo que ele possa enunciar, descrever ou expressar sobre essa experiência, inclusive a referência ao mal-estar ou a qualquer sofrimento subjetivo. Fica claro aqui como o mal-estar em questão localiza-se no outro, ou seja, naqueles que convivem ou que se relacionam com o suposto portador do transtorno. Dessa forma, chama a atenção o fato de que o corpo hiperativo ou impulsivo é reconhecido pela psiquiatria na ausência de qualquer escuta relativa ao que de

fato move ou impele tal corpo habitado por um sujeito, forcluindo-se a dimensão do desejo e desconsiderando a perspectiva de que, para a psicanálise, não existe um corpo, em se tratando de sujeitos falantes, que esteja fora da linguagem, ou seja, um corpo que não seja atravessado ou marcado pela palavra, pela dimensão do significante.

## Conclusão

Iniciamos este capítulo apresentando dois recortes de políticas públicas que trazem à tona a questão diagnóstica relacionada à infância e à adolescência. Contraditoriamente, as políticas apontam o direito das crianças e adolescentes de não serem excessivamente medicalizados, ao mesmo tempo em que valorizam o diagnóstico precoce de dislexia e TDA/H. Essa dissonância no campo amplo das políticas nos faz pensar na importância de revermos e ampliarmos o debate sobre os diagnósticos. É com esse intuito que trazemos a pequena trajetória de Rubens em uma pesquisa que se ocupava com o mal-estar na escolarização. Tendo sido “descartado” como caso de pesquisa, ele nos interpelou enquanto sujeito que se dá a ver pelas avessas, interrogando o próprio dispositivo diagnóstico. Questionando profundamente a articulação TDA/H e escola, ele nos permite perguntar sobre a existência do suposto transtorno fora do ambiente escolar. Também enseja que perguntemos sobre os caminhos que se seguem após um diagnóstico proferido. Como explicar as profundas mudanças no referido caso: uma anulação do suposto transtorno, um erro diagnóstico, uma cura miraculosa? A rapidez do modelo *prêt-à-porter* oferecida pela suposta praticidade dos manuais diagnósticos atuais nos indica que a pressa, muitas vezes, não anda a favor do sujeito. Se a observação direta e o uso de uma escala são aludidos como suficientes, isso se faz a despeito da voz do sujeito sobre seu próprio sofrimento e da relação que tece com o especialista.

Mais do que para uma resposta a essa questão no caso de Rubens, nossa escrita se voltou para contingências do diagnóstico na sua consideração do corpo. Afastando-nos da compreensão da atividade excessiva como sintoma de uma patologia, interrogamos, a partir da psicanálise, se o excesso de atividade poderia estar articulado ao trabalho de ciframento pulsional que todos somos instados a realizar. Essa hipótese teórica implicaria uma

outra forma de pensar o diagnóstico e a diagnóstica, que teria de levar em conta justamente a história do próprio sujeito e seus trilhamentos. Corpo que se faz na relação com o outro, no terreno da sexualidade infantil e seus objetos. Nessa outra lógica, aquele que é responsável pelo diagnóstico está tão incluído no dispositivo quanto o diagnosticado, marcando uma diferença inclusive na sua temporalidade e processualidade. Talvez Rubens, que ficou fora tanto da pesquisa quanto, posteriormente, do serviço de saúde mental, ofereça a nós um avesso que revela o quão pouco temos questionado os dispositivos diagnósticos na saúde e na educação.

## Referências

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

BRASIL. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda). *Resolução nº 177, de 11 de dezembro de 2015*. Dispõe sobre o direito da criança e do adolescente de não serem submetidos à excessiva medicalização. Brasília, DF: Conanda, 2015.

BRASIL. *Lei nº 14.254, de 30 de novembro de 2021*. Dispõe sobre o acompanhamento integral para educandos com dislexia ou Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDA/H) ou outro transtorno de aprendizagem. Brasília, DF: Presidência da República, 2021.

CAMARGO JUNIOR, K. R. Medicalização, farmacologização e imperialismo sanitário. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 5, p. 844-846, maio 2013.

CAPONI, S. *Uma sala tranquila: neurolépticos para uma biopolítica da indiferença*. São Paulo: Liber Ars, 2019.

CARNEIRO, C.; LOPES, A. F. P. Mais categorias diagnósticas? Interloquções entre saúde mental e educação. *Revista de Ensino, Educação e Ciências Humanas*, [s. l.], v. 21, n. 3, p. 349-356, 2020. DOI: 10.17921/2447-8733.2020v21n3p349-356. Disponível em: <https://revistaensinoeducacao.pgsscogna.com.br/ensino/article/view/7800>. Acesso em: 7 out. 2023.

CARNEIRO, C. Multiple case studies: research strategy in psychoanalysis and education. *Psicologia USP*, v. 29, n. 2, p. 314-321, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-656420170151>.

CARNEIRO, C.; COUTINHO, L. G. Infância, adolescência e mal-estar na escolarização: o que dizem os especialistas? *Psicologia Clínica*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 109-130, 2020.

CARNEIRO, C. *et al.* Adolescência e expressões do mal-estar na escola: estudo de casos. *Estilos da Clínica*, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 548-572, 2016.

COSTA, J. C. Augusto Comte e as origens do positivismo. *Revista de História*, São Paulo, v. 1, n. 3, p. 363-382, 1950. DOI: 10.11606/issn.2316-9141.v1i3p363-382.

DALGALARRONDO, P. *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

DUNKER, C. I. L. Neurose como encruzilhada narrativa: psicopatologia psicanalítica e diagnóstica psiquiátrica. In: ZORZANELLI, R.; BEZERRA JUNIOR, B.; COSTA, J. F. (org.). *A produção de diagnósticos em psiquiatria contemporânea*. Rio de Janeiro: Garamond, 2014. p. 69-106.

DUNKER, C. I. L. *Mal-estar, sofrimento e sintoma: uma psicopatologia do Brasil entre muros*. São Paulo: Boitempo, 2015.

EHRENBERG, A. *O culto da performance: da aventura empreendedora à depressão nervosa*. Aparecida: Ideias & Letras, 2010.

FILARDI, A. F. R. *et al.* Medicalização da vida nas práticas vinculadas à estratégia saúde da família. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 421-445, jun. 2021. <http://dx.doi.org/10.1590/1415-4714.2021v24n2p421.10>.

FREITAS, F.; AMARANTE, P. *Medicalização em psiquiatria*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.

FREUD, S. O inconsciente. In: FREUD, S. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. 14. ed. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

FREUD, S. O mal-estar na civilização. In: FREUD, S. *Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud*. v. XXI. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Original publicado em 1930.)

FREUD, S. Além do princípio do prazer. *ESB*, v. XVIII. RJ: Imago, 1980. (Original publicado em 1920.)

FREUD, S. O inconsciente. Tradução de J. Salomão. In: FREUD, S. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. v. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1980. (Original publicado em 1915.)

FREUD, S. O mal-estar na civilização. In: FREUD, S. *O futuro de uma ilusão, o mal-estar na civilização e outros trabalhos*. 21. ed. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 75-174. (*Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*.)

FREUD, S. Construções em análise. In: FREUD, S. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. 12. ed. Rio de Janeiro: Imago, 1975. (Trabalho original publicado em 1937.)

HORWITZ, A. V.; WAKEFIELD, J. C. *A tristeza perdida: como a psiquiatria transformou a depressão em moda*. São Paulo: Summus, 2010.

KUPFER, M. *et al.* Apresentação e debate em torno da Pesquisa Multicêntrica de Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil. In: LERNER, R.; KUPFER, M. C. M. (eds.). *Psicanálise com crianças: clínica e pesquisa*. São Paulo: Escuta, 2008. p. 49-62.

LACAN, J. *O seminário, livro 20*. Mais, ainda. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1985. (Trabalho original publicado entre 1972-1973.)

LACAN, J. Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise. In: LACAN, J. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998. (Trabalho original publicado em 1953.)

LACAN, J. Radiofonia. In: LACAN, J. *Outros escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2003.

LACAN, J. R. S. I. *O seminário 1974/1975*. Inédito. Publicação fora do comércio.

LACAN, J. Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise. In: LACAN, J. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998. (Trabalho original publicado em 1953.)

LACAN, J. *O seminário, livro 20*. Mais, ainda. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1985. (Trabalho original publicado entre 1972-1973.)

MARCON, G. T. G.; SARDAGNA, H. V.; SCHUSSLER, D. O questionário SNAP-IV como auxiliar psicopedagógico no diagnóstico preliminar do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). *Construção psicopedagógica*, São Paulo, v. 24, n. 25, p. 99-118, 2016. Disponível em

<[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-69542016000100008&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-69542016000100008&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 10 nov. 2023.

MILLER, J. A. Biologia lacaniana e acontecimento de corpo. *Opção Lacaniana*, São Paulo, n. 41, p. 7-67, 1999.

MILLER, J. A. O último ensino de Lacan. *Opção Lacaniana*, São Paulo, n. 35, p. 6-24, 2003.

MILLER, J. A. Biologia lacaniana e acontecimento de corpo. *Opção Lacaniana*, São Paulo, n. 41, p. 7-67, 1999.

MILLER, J. A. O último ensino de Lacan. *Opção Lacaniana*, São Paulo, n. 35, p. 6-24, 2003.

NASIO, Juan Davi. *Os grandes casos de psicose*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

NOBRE DE MELO, A. L. *Psiquiatria*. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara-Koogan, 1981.

VASEN, J. *Una nueva epidemia de nombres improprios: el DSM-V invade la infancia en la clínica y las aulas*. Juan Vasen. Noveduc, 2011.

VERZTMAN, J. S. Estudo psicanalítico de casos clínicos múltiplos. In: NICOLACI-DA-COSTA, A. M. e ROMÃO-DIAS, D. R. (org.). *Qualidade faz diferença: métodos qualitativos para a pesquisa em psicologia e áreas afins*. Rio de Janeiro: Loyola, 2013. p. 67-92.

WINOGRAD, M.; VILHENA, J. (org.). *Psicanálise e clínica aplicada*. Multiversos. Curitiba: Appris Editora, 2014.

YIN, R. K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. Porto Alegre: Bookman, 2005.

ZORZANELLI, R. T.; CRUZ, M. G. A. O conceito de medicalização em Michel Foucault na década de 1970. *Interface*, Botucatu, v. 22, n. 66, p. 721-31, 2018.



### CAPÍTULO 3

## O discurso científico sobre o TDA/H: evolução, análise crítica e questionamentos

François Gonon

*A ideia profunda de Parain é uma ideia de honestidade: a crítica da linguagem não pode evitar o fato de que nossas palavras nos comprometem e de que devemos ser fiéis a elas. Denominar mal um objeto é aumentar o infortúnio deste mundo.<sup>1</sup>*

Albert Camus, “Sobre uma filosofia da expressão”. *Poesia* 44, 1944.

É honrar a ciência lembrar que ela não é uma opinião, mas um discurso. O discurso científico tem suas regras tácitas; por exemplo, separar claramente a descrição das observações e sua interpretação. É guiado por uma ética: dizer as coisas e os seres o mais próximo possível do que se acredita ser exato. Tem, sobretudo, um objetivo: possibilitar o debate das divergências entre pesquisadores. Cada artigo científico é um elemento desse discurso e se coloca de imediato nesse debate, uma vez que começa por relembrar o estado do conhecimento já publicado sobre o tema da pesquisa

---

1 No contexto deste capítulo, podemos notar que a frase de Albert Camus é muitas vezes mal citada, em particular pela Sra. Marine Le Pen, na seguinte forma: “Denominar mal as coisas é aumentar o infortúnio do mundo”. De fato, uma pessoa pode ser o *objeto* dos meus pensamentos ou do meu amor, enquanto uma *coisa* é apenas uma coisa.

e termina por propor uma interpretação das novas observações à luz das publicações anteriores. O conhecimento científico é, portanto, um processo cumulativo possibilitado pela troca pública de argumentos racionais.

O discurso científico tem uma história. É influenciado por conflitos de interesse, modismos, pelas opiniões pessoais dos pesquisadores e por suas falhas. As reflexões a seguir vêm dos meus 15 anos de experiência, como pesquisador universitário, na análise do discurso científico sobre a psiquiatria e, mais particularmente, sobre o TDA/H. O limite mais consequente dessas reflexões é que não tenho nenhuma experiência clínica com transtornos mentais. Convido o leitor a ter sempre em mente esse limite.

## **Alguns marcos históricos**

### **Evolução das denominações**

Os sintomas de TDA/H em crianças foram descritos desde o século XIX, em particular a desatenção e a agitação excessivas (Mahone e Denckla, 2017; Martinez-Badía e Martinez-Raga, 2015; Smith, 2017; Wolraich *et al.*, 2019). Em coerência com a psiquiatria da época, esses sintomas foram atribuídos a uma fraqueza de caráter que poderia se dever seja a uma lesão cerebral, seja a uma combinação de fatores hereditários e ambientais (Wolraich *et al.*, 2019). Ao longo do século XX, e até a publicação do DSM-III em 1980, a síndrome de hiperatividade em crianças foi frequentemente incluída na categoria de distúrbios devidos a disfunções cerebrais mínimas (*minimal brain damage* ou *minimal brain dysfunction*) (Mahone e Denckla, 2017; Wolraich *et al.*, 2019). Essa associação entre os sintomas do TDA/H e disfunções cerebrais mínimas havia sido sugerida por analogia com comportamentos bastante semelhantes observados em algumas crianças com encefalite (Wolraich *et al.*, 2019). No entanto, no final da década de 1970, a falta de evidências de lesão cerebral levou ao abandono dessa denominação e à sugestão de uma etiologia neurológica para denominações mais neutras (como *Hyperkinetic syndrome*). Na mesma época, psicólogos canadenses mostraram que o déficit de atenção era mais frequentemente observado em crianças hiperativas com quociente de inteligência normal (Campbell, Douglas e Morgenstern, 1971).

Com o estabelecimento do DSM-III em 1980, que se pretendia atóxico, esses psicólogos ganharam influência, o que resultou na definição do Transtorno de Déficit de Atenção no DSM-III (*Attention Deficit Disorder*) (Lange *et al.*, 2010; Wolraich *et al.*, 2019). A revisão do DSM-III em 1987 esclareceu que o déficit de atenção podia estar ou não associado à hiperatividade, o que resultou na designação atual: TDA/H (*Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder*) (Wolraich *et al.*, 2019).

Por fim, o DSM-5, publicado em 2013, criou o grupo dos transtornos do neurodesenvolvimento, que inclui o TDA/H, os transtornos do espectro autista e os transtornos da aprendizagem. A designação de transtorno do neurodesenvolvimento significa que esses transtornos se manifestam na infância e que as fronteiras diagnósticas entre eles não são claras, sendo comum a comorbidade (Thapar, Cooper e Rutter, 2017). Segundo seus defensores, essa designação também implicaria que os transtornos do neurodesenvolvimento são estados duradouros ao longo da vida e não transtornos episódicos (Thapar, Cooper e Rutter, 2017). Assim, o TDA/H adulto seria apenas a continuação do TDA/H infantil. No entanto, os especialistas reconhecem que “os diferentes transtornos do neurodesenvolvimento são muito heterogêneos em termos de características clínicas, etiologia e tratamento” (Thapar, Cooper e Rutter, 2017). Em outras palavras, nenhuma característica biológica comum sustenta esse agrupamento, que em nada auxilia o clínico na escolha de um tratamento adequado (Thapar, Cooper e Rutter, 2017).

### **Tratamento do TDA/H com psicoestimulantes**

O efeito benéfico dos derivados da anfetamina sobre o comportamento das crianças agitadas foi descoberto em 1937. Primeiramente, o metilfenidato, que, de início, em 1954, foi comercializado como antidepressivo sob o nome de *Ritalin*®. Durante a década de 1960, verificou-se que o metilfenidato era tão eficaz quanto a anfetamina para melhorar os sintomas das crianças hiperativas, particularmente seu comportamento na escola, mas com menos efeitos colaterais (Campbell, Douglas e Morgenstern, 1971). No entanto, até meados da década de 1980, a prescrição de metilfenidato em

crianças permaneceu marginal, mesmo nos EUA. A indústria farmacêutica tinha pouco interesse nele, pois a Ritalina não estava mais sob patente.

Em 1980, a empresa farmacêutica Ciba-Geigy patenteou uma formulação de liberação prolongada do metilfenidato (Ritalin-SR), cuja prescrição para crianças com TDA/H foi autorizada em 1982 nos EUA. A partir de 1987, a associação americana Children and Adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (CHADD), apoiada pela Ciba-Geigy, fez campanha para que o TDA/H fosse reconhecido como uma deficiência, o que poderia dar origem a compensações financeiras. Em 1990, a Suprema Corte impôs à administração federal americana padrões menos restritivos para a deficiência mental. Após essa mudança nas regulamentações, o número de crianças americanas diagnosticadas com TDA/H e tratadas com psicoestimulantes foi multiplicado por 5 em dez anos (Mayes, Bagwell e Erkulwater, 2008). Nas últimas duas décadas, esse aumento continuou, embora em ritmo mais lento, nos EUA, mas também em todos os países desenvolvidos (Raman *et al.*, 2018). No entanto, deve-se notar que existem diferenças muito grandes nas taxas de prescrição entre países (Raman *et al.*, 2018) e, dentro de um mesmo país, entre regiões (Smith, 2017). Assim, nos EUA, em 2011, a taxa de prescrição para crianças de 4 a 17 anos de um medicamento para o TDA/H variava entre 2% em Nevada e 10,4% em Louisiana (Visser *et al.*, 2014).

A curto e médio prazo (14 meses), o tratamento medicamentoso reduz os sintomas do TDA/H em  $\frac{3}{4}$  das crianças diagnosticadas com esse transtorno (The MTA Cooperative Group, 1999). No entanto, as dificuldades escolares, que aparecem desde o ingresso no ensino fundamental, representam o principal motivo que leva ao diagnóstico de TDA/H. De fato, as crianças diagnosticadas claramente têm rendimentos menores nos estudos do que as outras (Baweja *et al.*, 2015). O tratamento com psicoestimulantes melhora a produtividade escolar dessas crianças em curto prazo, mas não a qualidade de seu trabalho (Baweja *et al.*, 2015; Prasad *et al.*, 2013). Por outro lado, em termos populacionais, o efeito sobre o percurso escolar parece nulo ou, na melhor das hipóteses, mínimo e está bem longe de preencher a lacuna de sucesso que separa as crianças diagnosticadas das demais (Baweja *et al.*, 2015; Jangmo *et al.*, 2019; Sharpe, 2014).

### **Evolução recente do conhecimento neurobiológico**

A explosão do número de crianças diagnosticadas com TDA/H nos EUA foi seguida, com um atraso de cerca de 5 anos, pelo aumento do número de artigos científicos acerca desse transtorno. De fato, se de 1985 a 1995 esse número só havia passado de 195 para 280, em 2015 chegou-se a 2.179 artigos sobre o TDA/H (PubMed). Não se trata aqui de dar conta de todos esses trabalhos, mas de resumir algumas de suas conclusões. Em primeiro lugar, deve-se notar que todos eles ainda não resultaram nem na validação de um marcador biológico para esse transtorno, nem na descoberta de um novo medicamento. Os estudos genéticos que visavam à neurotransmissão dopaminérgica pareciam muito promissores na década de 1990, mas foram invalidados pelos estudos posteriores. Os estudos sobre o genoma inteiro mostraram que o TDA/H, como outros transtornos psiquiátricos, está associado a diversos polimorfismos frequentes, cada um dos quais contribui apenas muito pouco para a sua existência. Além disso, esses polimorfismos raramente são específicos: também são encontrados em outros transtornos mentais. Segundo alguns autores, a mensuração de um escore de polimorfismos associados ao TDA/H poderia um dia atingir um valor preditivo, mas ainda não é o caso (Thapar, 2018).

Da mesma forma, a proliferação de estudos em neuroimagem não permitiu demonstrar anormalidades estruturais ou funcionais indiscutíveis nos pacientes. Duas revisões muito grandes, uma das quais de autoria de Xavier Castellanos, um dos pioneiros da neuroimagem do TDA/H, na verdade apontaram a divergência das conclusões resultantes dos diferentes estudos (Cortese *et al.*, 2021; Samea *et al.*, 2019).

### **Riscos ambientais**

Os numerosos estudos que investigam as anormalidades genéticas associadas ao TDA/H foram motivados pelo fato de que esse transtorno é, de forma evidente, mais comum em certas famílias. Os estudos familiares ou que se debruçaram sobre concordâncias entre gêmeos idênticos e fraternos resultaram em uma herdabilidade do TDA/H de 75% (Hinshaw, 2018). Essa alta herdabilidade é muitas vezes mal interpretada como prova de que esse transtorno é uma doença genética. No entanto, os especialistas não deixam

de apontar que uma alta herdabilidade não exclui, de forma alguma, uma contribuição significativa dos riscos ambientais. De fato, a medida da herdabilidade inclui as correlações entre genes e ambiente e suas interações (Hinshaw, 2018; Thapar *et al.*, 2016).

O nascimento prematuro e o baixo peso ao nascer são dois fatores de risco para o desenvolvimento posterior do TDA/H (Galera *et al.*, 2011; Hinshaw, 2018). Esses riscos, muitas vezes associados, são, em parte, determinados socialmente, uma vez que a taxa de partos prematuros é de 6% na França e de 13% nos EUA (Goldenberg *et al.*, 2008). A exposição no útero e durante a infância a vários produtos tóxicos, como o chumbo, também representa um fator de risco (Hinshaw, 2018; Thapar *et al.*, 2016). Os maus-tratos nos primeiros anos de vida, uma mãe adolescente e/ou depressiva, a pobreza da família também foram muito claramente associados ao TDA/H (Galera *et al.*, 2011; Hinshaw, 2018).

Outros fatores sociais e institucionais raramente são levados em consideração. Assim, a exposição excessiva às telas é um fator de risco tanto mais preocupante quanto mais se intensifica (Tamana *et al.*, 2019; Weiss *et al.*, 2011). Por outro lado, o diagnóstico do TDA/H está fortemente ligado ao ingresso da criança no ensino fundamental. Nos países em que essa entrada se determina pelo ano de nascimento da criança, os mais jovens entre eles (ou seja, na França, os nascidos em dezembro) são duas vezes mais diagnosticados com TDA/H do que os mais velhos (isto é, na França, os nascidos em janeiro do mesmo ano) (Whitely *et al.*, 2019). Ao contrário, na Dinamarca, onde o ingresso no ensino fundamental leva em consideração a maturidade da criança, essa diferença não é observada (Whitely *et al.*, 2019). Finalmente, nos diferentes estados dos EUA, a tão grande diferença na prevalência da prescrição de psicoestimulantes para crianças é explicada em grande parte pelas diferenças no financiamento das escolas públicas (Fulton *et al.*, 2015). Os estados com maior prevalência são aqueles que condicionam esse financiamento ao desempenho dos alunos e autorizam que os professores recomendem o diagnóstico de TDA/H aos pais (Fulton *et al.*, 2015).

## **Análise crítica do discurso científico sobre o TDA/H**

### **Um exemplo: o volume de estruturas subcorticais em pacientes com TDA/H**

Em 2017, Hoogman e colegas publicaram na *Lancet Psychiatry* o que eles apresentam como sendo o maior estudo até hoje sobre o volume das estruturas subcorticais em pacientes diagnosticados com TDA/H. Os autores concluem: “Nossos resultados confirmam que o cérebro dos pacientes com TDA/H é de fato alterado, o que prova que o TDA/H é realmente uma doença cerebral” (Hoogman *et al.*, 2017). Entre todas as estruturas corticais medidas nesse estudo, a que apresentou a maior diferença de volume entre pacientes com TDA/H e sem TDA/H foi a amígdala. Em média, o volume da amígdala dos pacientes é 1,5% menor do que o do grupo de controle, enquanto o desvio padrão entre sujeitos do grupo de controle e pacientes diagnosticados é de 9,5% (Hoogman *et al.*, 2017). Em outras palavras, cerca de 40% dos pacientes com TDA/H têm um volume de amígdala superior à média do grupo de controle, e 40% dos indivíduos desse grupo têm um volume de amígdala menor do que a média dos pacientes. Como a amígdala é uma estrutura cerebral muito envolvida na gestão das emoções, os autores concluem que a regulação das emoções é deficiente em pacientes diagnosticados com esse transtorno. Esse déficit regulatório não é listado como um sintoma de TDA/H de acordo com o DSM-5, embora seja frequentemente observado (Hinshaw, 2018). Por fim, observemos que as diferenças estruturais relatadas por Hoogman e colegas não foram confirmadas por uma meta-análise mais recente (Samea *et al.*, 2019).

Ao concluir que o TDA/H é uma doença cerebral, Hoogman e colegas acrescentaram que ele não se deve, então, a uma educação parental deficiente. Essa afirmação contradiz os estudos epidemiológicos que mostram que os maus-tratos ou a exposição excessiva às telas são fatores de risco para o TDA/H. Quando a imprensa noticiou esse estudo, a relação causal entre essas diferenças de volume e o TDA/H foi ainda mais explícita. Assim, o *Daily Telegraph* de 16 de fevereiro de 2017 teve como manchete: “O TDA/H é a consequência de uma anomalia cerebral, não de uma educação deficiente”. Nesse mesmo artigo também pôde-se ler: “Os investigadores que

realizaram esse estudo dizem que os seus resultados provam pela primeira vez que essa doença tem uma causa física”.

Comentando o estudo de Hoogman e colegas, pesquisadores apontaram que diferenças de volume tão pequenas poderiam ser tanto a consequência quanto a causa do TDA/H: uma associação não prova um nexo de causalidade. Lamentaram que a mídia tenha afirmado tal nexo, espalhando assim “uma mensagem enganosa” (Batstra *et al.*, 2017). A esse comentário crítico, Hoogman e colegas responderam que nunca haviam afirmado um nexo de causalidade e que não eram de forma alguma responsáveis pelos excessos do discurso midiático (Hoogman *et al.*, 2017).

### **As distorções do discurso já presentes na literatura científica**

Muitos trabalhos acadêmicos descreveram e quantificaram as diferentes formas de distorção do discurso na literatura científica. Duas revisões recentes sintetizaram esses trabalhos dedicados à pesquisa biomédica em geral (Boutron *et al.*, 2018; West *et al.*, 2021), e outras duas se concentraram na psiquiatria (Dumas-Mallet *et al.*, 2020; Gonon *et al.*, 2019). Limitar-me-ei, portanto, a descrever brevemente as diferentes formas de distorção.

- ▶ *Viés de publicação*: consiste, para os pesquisadores, em publicar preferencialmente resultados positivos em detrimento de observações que demonstrem ausência de diferença entre pacientes e controles ou ausência de efeito, por exemplo, de um tratamento. Uma consequência desse viés é que a primeira publicação sobre uma nova questão relata com mais frequência um efeito positivo do que os estudos subsequentes sobre a mesma questão. Essa redução da credibilidade dos estudos iniciais foi descrita em particular para o TDA/H (Dumas-Mallet *et al.*, 2016; Gonon *et al.*, 2012).
- ▶ *Embelezamento de resultados*: ele tem o efeito de fazer com que os resultados pareçam mais positivos do que realmente são. Vários procedimentos de embelezamento têm sido descritos: a eliminação arbitrária de observações negativas, a escolha de um teste estatístico favorável, a omissão de informações metodológicas questionando a relevância das observações, um resumo apresentando



observações tendenciosas ou mesmo discordantes das relatadas no texto. Casos de embelezamento foram particularmente relatados na literatura científica sobre o TDA/H (Gonon, Bézard e Boraud, 2011; Gonon *et al.*, 2019).

- ▶ *Interpretação abusiva*: a mais enganosa consiste em sugerir um nexo de causalidade com base em observações que apenas evidenciam uma associação. Para o TDA/H, o exemplo dado anteriormente ilustra bem essa distorção de interpretação (para outro exemplo, ver Gonon e Cohen, 2011). A promessa de um novo tratamento em humanos, baseado apenas em observações em roedores, representa outra forma de interpretação abusiva que tem sido descrita para o TDA/H (Gonon, Bézard e Boraud, 2011).
- ▶ *Viés de citação*: para os pesquisadores, consiste em citar preferencialmente resultados positivos e de acordo com sua hipótese e ignorar aqueles que os contradizem (Dumas-Mallet *et al.*, 2021). Por exemplo, a *Haute Autorité de Santé* publicou uma recomendação sobre o TDA/H em dezembro de 2014. A justificativa científica para essa recomendação afirma que a prescrição de psicoestimulantes para crianças com TDA/H reduz nelas o risco de desenvolver uma toxicomania (p. 147) Essa afirmação é apoiada pela citação de um único estudo de 2008 que defende essa tese, mas não cita nem os estudos primários nem a meta-análise de 2013, concluindo que o tratamento não tem efeito sobre esse risco (Humphreys *et al.*, 2013).
- ▶ *Distorções de citações*: trata-se de, ao citar os estudos de outros autores, se desviar de seu verdadeiro conteúdo. Esses desvios podem resultar tanto de uma alteração das informações relatadas pelo estudo citado quanto de uma apresentação truncada que mascara uma contradição entre o estudo citado e a conclusão que os autores tiram dele ao citá-lo. Na literatura biomédica, cerca de 10% das citações são afetadas por graves desvios, induzindo o leitor ao erro (Dumas-Mallet *et al.*, 2021). Darei a seguir um exemplo desse tipo de desvio.

### **A mídia amplifica as distorções do discurso científico**

Estudos em ciência da comunicação mostraram que os meios de comunicação amplificam as distorções do discurso científico quando noticiam os avanços da pesquisa. Para a psiquiatria, esses estudos foram sintetizados recentemente (Dumas-Mallet *et al.*, 2020; Gonon *et al.*, 2019). Por isso, exporei aqui apenas as suas linhas gerais.

- ▶ *A diminuição da credibilidade dos estudos iniciais e suas consequências midiáticas*: os estudos iniciais, por abordarem uma nova questão e serem geralmente positivos, são mais frequentemente publicados em revistas científicas de prestígio do que estudos posteriores sobre a mesma questão. Eles são, portanto, mais visíveis para os jornalistas. Mostramos que a imprensa comenta preferencialmente os estudos iniciais e quase nunca informa o público quando esses estudos iniciais são contrariados por estudos posteriores, o que é, no entanto, o caso mais frequente (Dumas-Mallet *et al.*, 2017). Isso é particularmente evidente com os estudos da década de 1990 sobre o TDA/H (Gonon *et al.*, 2012).
- ▶ *A mídia acentua o embelezamento dos resultados*: quando estão presentes em artigos científicos, em especial no resumo, os embelezamentos são mais frequentemente retomados, e até mesmo amplificados pelos comunicados de imprensa publicados pelas instituições científicas. Os documentos midiáticos retomam esses comunicados de imprensa com uma pitada de sensacionalismo. Esse fenômeno de amplificação foi demonstrado em vários casos de cobertura midiática de estudos sobre o TDA/H (Gonon, Bézard e Boraud, 2011).

### **As distorções do discurso científico: razões e consequências para o clínico**

Esta breve revisão das diferentes formas de distorção do discurso científico não deve, de forma alguma, ser considerada como uma depreciação da pesquisa científica. Observemos primeiro que são os cientistas que regularmente põem essas distorções em evidência para o público. Voltando ao exemplo dado no início desta seção, os comentários críticos sobre o

estudo de Hoogman e colegas são de autoria de especialistas da área. Em segundo lugar, não deixemos de considerar que os pesquisadores são incentivados a se entregar a essas distorções: é preciso publicar em revistas de prestígio para obter financiamento para pesquisa. Em terceiro lugar, que os jornalistas não têm o tempo nem a competência para investigar o valor dos resultados científicos que relatam e são pressionados por sua direção a apresentá-los de maneira espetacular. Finalmente, em quarto lugar, não nos esqueçamos de que pesquisadores e jornalistas, como todo mundo, não estão imunes ao viés de confirmação que nos faz preferir observações que concordem com nossas opiniões. Os quatro artigos de revisão citados acima fornecem uma discussão aprofundada das razões e causas dessas distorções do discurso (Boutron *et al.*, 2018; Dumas-Mallet *et al.*, 2020; Gonon *et al.*, 2012; West *et al.*, 2021).

Muitos artigos científicos contêm esse tipo de anúncio: “nossos resultados mostram pela primeira vez que...” Vimos que estudos iniciais são muitas vezes contrariados por estudos posteriores. Do ponto de vista do avanço do conhecimento, isso não tem nada de chocante. Efetivamente, a ciência é um processo cumulativo que dá um primeiro passo com um estudo inicial promissor, mas incerto. Para tornar-se fonte de conhecimento, um estudo inicial deve ser confirmado por outros pesquisadores. Infelizmente, a mídia quase nunca informa ao público a refutação dos estudos iniciais e, portanto, alimenta dogmas infundados por anos (Bourdaa *et al.*, 2015; Dumas-Mallet *et al.*, 2017). Em relação à argumentação científica sobre o TDA/H, a mídia impressa é muito mais cautelosa do que a televisiva (Bourdaa *et al.*, 2015; Ponnou e Gonon, 2017). Em conclusão, o clínico que deseja manter-se a par dos avanços da ciência deve esforçar-se para obter suas informações o mais próximo possível das fontes e considerar os estudos iniciais com particular cautela.

## **Questionamentos.**

### **Um transtorno do neurodesenvolvimento?**

Se por transtorno do neurodesenvolvimento entendemos o fato de que o TDA/H aparece na infância e de que envolve o cérebro, só podemos concordar com essas duas evidências triviais: a criança é um ser

em desenvolvimento, e não há comportamento sem cérebro. Além disso, visto que o grupo dos transtornos do neurodesenvolvimento definido pelo DSM-5 não é homogêneo nem do ponto de vista da biologia, nem do tratamento, resta a afirmação de que esses transtornos são estados duráveis que perduram ao longo da vida (Thapar *et al.*, 2017). No entanto, vários estudos epidemiológicos e genéticos questionam a visão de que o TDA/H adulto é necessariamente uma extensão do TDA/H infantil (Shaw *et al.*, 2017).

Por consequência, a designação de transtorno do neurodesenvolvimento pode eventualmente ser aceita como hipótese de pesquisa, mas, do ponto de vista do profissional, essa designação não acrescenta nada. Na verdade, promove uma concepção neuroessencialista do TDA/H, que não estimula o clínico a buscar as causas ambientais do transtorno, como os maus-tratos, a ansiedade gerada por uma situação familiar difícil ou a exposição excessiva às telas. Além disso, essa concepção provavelmente favorece o tratamento medicamentoso, como foi demonstrado para outros transtornos mentais (Dumas-Mallet *et al.*, 2020) e para outras explicações neurobiológicas do TDA/H, como, por exemplo, o suposto déficit de dopamina pretensamente corrigido por psicoestimulantes (Bourdaa *et al.*, 2015; Gonon, Bezard e Boraud, 2011). Por fim, se considerarmos a evolução dos nomes dados ao TDA/H nos últimos dois séculos, constatamos uma oscilação entre designações que evocam uma alteração cerebral (por exemplo, *minimal brain damage*) e outras mais factuais (por exemplo, *hyperkinetic disorder*). A categoria de *transtorno do neurodesenvolvimento*, aplicada ao TDA/H, não me parece mais justificada cientificamente do que as designações anteriores com coloração neurológica.

### **Diagnosticar?**

O DSM distingue três tipos de TDA/H: um em que predomina o déficit de atenção, outro em que predominam a impulsividade e a hiperatividade e o terceiro, que combina os dois grupos de sintomas. Além disso, o diagnóstico de TDA/H está muitas vezes associado a outros transtornos: ansiedade, depressão, transtorno bipolar, transtornos alimentares, dependências e obesidade (Faraone *et al.*, 2021). Alguns autores afirmam que essas comorbidades não excluem o diagnóstico de TDA/H e que ele é confiável

apesar da ausência de teste biológico (Faraone *et al.*, 2021). Um desses autores é, inclusive, mais cauteloso, e observa que muitas crianças diagnosticadas com TDA/H respondem tão bem quanto as do grupo de controle aos testes de atenção. Algumas crianças parecem antes apresentar uma falta de motivação para as tarefas chatas, um menor desempenho das funções executivas, como a memória de trabalho, ou mesmo dificuldades em regular suas emoções (Hinshaw, 2018). Considerando esses sintomas tão diversos e essa comorbidade tão disseminada, bem como os fatores sociais que levam ao diagnóstico, outros autores recomendam avançar por etapas cautelosas antes do anúncio do diagnóstico de TDA/H e da prescrição do psicoestimulante (Thomas *et al.*, 2013). Eles aprovam, então, isso que o *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE, UK) vem recomendando desde 2013: um período de observação de 10 semanas sem diagnóstico acompanhado de aconselhamento educacional aos pais (Thomas *et al.*, 2013).

### **Epidemia ou sindemia?**

A Federação Mundial de TDA/H publicou em 2021 um relatório de consenso assinado por 82 especialistas da área. Eles afirmam que 5,9% das crianças em todo o mundo atendem aos critérios para o diagnóstico de TDA/H sem diferença significativa segundo o país nem qualquer evolução dessa prevalência nos últimos trinta anos (Faraone *et al.*, 2021). O aumento do diagnóstico e da prescrição de psicoestimulantes a partir de 1990 se daria apenas devido a um melhor reconhecimento do transtorno. Este relatório também enfatiza a forte hereditariedade do TDA/H e a eficácia do tratamento medicamentoso (Faraone *et al.*, 2021). Esses argumentos alimentam uma concepção neuroessencialista desse transtorno. Portanto, é surpreendente ler nesse relatório que nos EUA a prevalência de TDA/H é de 14% entre crianças classificadas como negras. Em apoio a essa prevalência muito alta, os autores citam um estudo (Cénat *et al.*, 2021), mas omitem que ele atribui esse excesso de prevalência a fatores sociais (pobreza, violência, serviços públicos sociais e educacionais de má qualidade).

Obesidade e sobrepeso são mais frequentes em crianças diagnosticadas com TDA/H (+40%) e isso é ainda mais claro em adultos (+70%) (Cortese *et al.*, 2016). Um estudo canadense mostrou que essa associação entre

obesidade e TDA/H em crianças foi observada principalmente em famílias de baixa renda (Choudhry *et al.*, 2013). Nos EUA, a prescrição de antipsicóticos às crianças diagnosticadas com TDA/H pode ter contribuído para a associação entre esse transtorno e a obesidade. De fato, a explosão da prescrição de estimulantes para crianças na década de 1990 foi seguida por um aumento acentuado da prescrição de antipsicóticos a partir de 1995 (Crystal *et al.*, 2009). No início dos anos 2000, 38% das crianças que recebiam prescrição de antipsicótico tinham sido diagnosticadas com TDA/H, embora esse tratamento não seja recomendado para o tratamento desse transtorno (Crystal *et al.*, 2009). No início de 2010, no Texas, 22% das crianças diagnosticadas com TDA/H receberam prescrição de pelo menos dois medicamentos psicotrópicos (Medhekar *et al.*, 2019). Entre 1999 e 2015, o número de crianças nos EUA que receberam prescrição de três ou mais medicamentos psicotrópicos triplicou e, dessas, 85% tinham sido diagnosticadas com TDA/H (Zhang *et al.*, 2021). A associação mais frequente combinava um psicoestimulante e um antipsicótico (Zhang *et al.*, 2021). A prescrição de antipsicóticos às crianças estadunidenses começou a declinar a partir de 2008-2009 (Crystal *et al.*, 2016), quando as suas consequências nefastas se tornaram evidentes: obesidade, diabetes tipo 2, hipertensão e hiperprolactinemia afetam 60% das crianças que usam antipsicóticos, e nelas esses efeitos são mais severos do que em adultos (De Hert *et al.*, 2011; Libowitz e Nurmi, 2021). Como a prescrição de antipsicóticos é aproximadamente três vezes mais comum entre as crianças norte-americanas cobertas pelo serviço público (Medicaid) do que entre as crianças com plano de saúde privado (Crystal *et al.*, 2016), são as crianças mais desfavorecidas que foram as mais expostas a esses efeitos iatrogênicos, e que ainda o são, embora em menor grau (Zito *et al.*, 2018).

Dentro de um mesmo país, as diferenças de renda entre os mais ricos e os mais pobres trazem consequências nefastas para as famílias (bairros degradados, escolas públicas e serviços sociais de má qualidade, ambiente violento, má alimentação), que aumentam os riscos de TDA/H, obesidade e doenças cardiometabólicas crônicas (Pickett *et al.*, 2015). Levanto, ainda, a hipótese de que a prescrição de psicoestimulantes para crianças com TDA/H abre a porta para a de antipsicóticos, o que sugere uma influência iatrogênica contribuindo para a associação entre TDA/H e obesidade.

Nesse contexto, o conceito de sindemia me parece interessante: seus promotores defendem uma percepção menos compartimentada da saúde (Mendenhall *et al.*, 2017; Singer *et al.*, 2017). Eles destacam as interações entre patologias crônicas, bem como seus determinantes sociais. Essas interações aumentaram ainda mais com a Covid-19, uma vez que a taxa de mortalidade pelo vírus é significativamente maior em pessoas com obesidade e doenças cardiometabólicas crônicas (Mendenhall, 2020).

## Conclusão

Parte do discurso científico alimenta uma concepção estritamente biomédica e neuroessencialista do TDA/H. No entanto, essa concepção dificilmente é eficaz para ajudar as crianças e seus pais em dificuldade. Ela trava a consideração do contexto social, em particular lá onde a prevenção poderia ser eficaz (por exemplo, nos casos da exposição às telas e do parto prematuro). Ela dificulta a consideração global dos problemas de saúde e educação, incluindo os efeitos iatrogênicos.

Juntamente a muitos outros, defendo que se leve em consideração o contexto psicológico e social quando o profissional se compromete a ajudar crianças e seus pais em dificuldade. Mais do que um discurso neurocientífico justificador, eles precisam ser ouvidos em sua complexidade e em sua singularidade. Em termos de população, talvez ainda precisemos levar mais longe a reflexão. Assim, um fato importante permanece sem explicação: a prevalência de TDA/H é duas a três vezes maior em meninos do que em meninas. Consistente com essa diferença, vemos, em todos os países desenvolvidos, que a diferença no desempenho acadêmico está aumentando em favor das meninas. Marcel Gauchet atribui essa diferença de sucesso à grande virada cultural que ele situa na década de 1970: o fim da dominação masculina tornou mais difícil para cada menino construir sua identidade sexual, ao passo que tendeu a facilitar essa mesma construção para as meninas. Segundo ele, essa convulsão cultural tem contribuído para o desinvestimento escolar de muitos meninos (Gauchet, 2018). A palavra TDA/H abrange dificuldades muito diversas, e sua compreensão certamente precisa menos de neurociências do que de ciências humanas e sociais.

## Referências

- BATSTRA, L. *et al.* Subcortical brain volume differences in participants with attention deficit hyperactivity disorder in children and adults. *Lancet Psychiatry*, [s.l.], v. 4, n. 6, p. 439, 2017.
- BAWEJA, R.; MATTISON, R. E.; WAXMONSKY, J. G. Impact of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder on school performance: what are the effects of medication? *Paediatric Drugs*, [s.l.], v. 17, n. 6, p. 459-477, 2015.
- BOURDAA, M. *et al.* Does television reflect the evolution of scientific knowledge? The case of attention deficit hyperactivity disorder coverage on French TV. *Public Understanding of Science*, [s.l.], v. 24, n. 2, p. 200-209, 2015.
- BOUTRON, I.; RAVAUD, P. Misrepresentation and distortion of research in biomedical literature. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, [s.l.], v. 115, n. 11, p. 2.613-2.619, 2018. DOI: 10.1073/pnas.1710755115.
- CAMPBELL, S. B.; DOUGLAS, V. I.; MORGENSTERN, G. Cognitive styles in hyperactive children and the effect of methylphenidate. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, [s.l.], v. 12, n. 1, p. 55-67, 1971.
- CÉNAT, J. M. *et al.* Prevalence and risk factors associated with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder among US back individuals: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, [s.l.], v. 78, n. 1, p. 21-28, 2021.
- CHOUDHRY, Z. *et al.* Body weight and ADHD: examining the role of self-regulation. *PLoS One*, [s.l.], v. 8, n. 1, p. e55351, 2013.
- CORTESE, S. *et al.* Systematic review and meta-analysis: resting-state functional magnetic resonance imaging studies of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, [s.l.], v. 60, n. 1, p. 61-75, 2021.
- CORTESE, S. *et al.* Association between ADHD and obesity: a systematic review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, [s.l.], v. 173, n. 1, p. 34-43, 2016.
- CRYSTAL, S. *et al.* Rapid growth of antipsychotic prescriptions for children who are publicly insured has ceased, but concerns remain. *Health Affairs*, Millwood, v. 35, n. 6, p. 974-982, 2016.
- CRYSTAL, S. *et al.* Broadened use of atypical antipsychotics: safety, effectiveness, and policy challenges. *Health Affairs*, Millwood, v. 28, n. 5, p. 770-781, 2009.



DE HERT, M. *et al.* Metabolic and endocrine adverse effects of second-generation antipsychotics in children and adolescents: a systematic review of randomized, placebo controlled trials and guidelines for clinical practice. *European Psychiatry*, [s.l.], v. 26, n. 3, p. 144-158, 2011.

DUMAS-MALLET, E.; BORAUD, T.; GONON, F. Le mésusage des citations et ses conséquences en médecine. *Médecine Sciences*, [s.l.], v. 37, n. 11, p. 1.035-1.041, 2021. DOI: 10.1051/medsci/2021142.

DUMAS-MALLET, E. *et al.* Replication validity of initial association studies: a comparison between psychiatry, neurology and four somatic diseases. *PLoS One*, [s.l.], v. 11, n. 6, 2016.

DUMAS-MALLET, E.; GONON, F. Messaging in biological psychiatry: misrepresentations, their causes, and potential consequences. *Harvard Review of Psychiatry*, [s.l.], v. 28, n. 6, p. 395-403, 2020.

DUMAS-MALLET, E. *et al.* Poor replication validity of biomedical association studies reported by newspapers. *PLoS One*, [s.l.], v. 12, n. 2, 2017.

FARAONE, S. V. *et al.* The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208 evidence-based conclusions about the disorder. *Neuroscience and Biobehavioral Review* [s.l.], v. 128, p. 789-818, set. 2021. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2021.01.022.

FULTON, B. D.; SCHEFFLER, R. M.; HINSHAW, S. P. State variation in increased ADHD prevalence: links to NCLB School Accountability and State Medication Laws. *Psychiatric Services*, [s.l.], v. 66, n. 10, p. 1.074-1.082, out. 2015. DOI: 10.1176/appi.ps.201400145.

GALERA, C. *et al.* Early risk factors for hyperactivity-impulsivity and inattention trajectories from age 17 months to 8 years. *Archives of General Psychiatry*, [s.l.], v. 68, n. 12, p. 1.267-1.275, 2011.

GAUCHET, M. La fin de la domination masculine. *Le Débat*, [s.l.], v. 200, p. 75-98, 2018.

GOLDENBERG, R. L. *et al.* Epidemiology and causes of preterm birth. *Lancet*, [s.l.], v. 371, n. 9.606, p. 75-84, 2008.

GONON, F.; BEZARD, E.; BORAUD, T. What should be said to the lay public regarding ADHD etiology. *American Journal of Medical Genetics, Part B, Neuropsychiatric Genetics*, [s.l.], v. 156, n. 8, p. 989-991, ago. 2011. DOI: 10.1002/ajmg.b.31236

GONON, F.; BÉZARD, E.; BORAUD, T. Misrepresentation of neuroscience data might give rise to misleading conclusions in the media: the case of attention deficit hyperactivity disorder. *PLoS One*, [s.l.], v. 6, n. 1, 2011.

GONON, F.; COHEN, D. Le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité: la génétique est-elle impliquée? *Médecine Sciences*, [s.l.], v. 27, n. 3, p. 315-317, 2011.

GONON, F., DUMAS-MALLET, E.; PONNOU, S. La couverture médiatique des observations scientifiques concernant les troubles mentaux. *Les Cahiers du Journalisme*, [s.l.], v. 2, n. 3, p. R45-R63, 2019.

GONON, F. *et al.* Why most biomedical findings echoed by newspapers turn out to be false: the case of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *PLoS One*, [s.l.], v. 7, n. 9, 2012.

HINSHAW, S. P. Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): controversy, developmental mechanisms, and multiple levels of analysis. *Annual Review of Clinical Psychology*, [s.l.], v. 14, p. 291-316, 2018.

HOOGMAN, M. *et al.* Subcortical brain volume differences in participants with attention deficit hyperactivity disorder in children and adults: a cross-sectional mega-analysis. *Lancet Psychiatry*, [s.l.], v. 4, n. 4, p. 310-319, 2017a.

HOOGMAN, M. *et al.* Subcortical brain volume differences in participants with attention deficit hyperactivity disorder in children and adults – Authors' reply. *Lancet Psychiatry*, [s.l.], v. 4, n. 6, p. 440-441, 2017b.

HUMPHREYS, K. L.; ENG, T.; LEE, S. S. Stimulant medication and substance use outcomes: a meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, [s.l.], v. 70, n. 7, p. 740-749, 2013. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2013.1273.

JANGMO, A. *et al.* Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, school performance, and effect of medication. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, [s.l.], v. 58, n. 4, p. 423-432, 2019.

LANGE, K. W. *et al.* The history of attention deficit hyperactivity disorder. *Attention Deficit Hyperactivity Disorder*, [s.l.], v. 2, n. 4, p. 241-255, 2010.

LIBOWITZ, M. R.; NURMI, E. L. The burden of antipsychotic-induced weight gain and metabolic syndrome in children. *Frontiers in Psychiatry*, [s.l.], v. 12, 2021.

MAHONE, E. M.; DENCKLA, M. B. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: a historical neuropsychological perspective. *Journal of the International Neuropsychological Society*, [s.l.], v. 23, n. 9-10, p. 916-929, 2017.

MARTINEZ-BADÍA, J.; MARTINEZ-RAGA, J. Who says this is a modern disorder? The early history of attention deficit hyperactivity disorder. *World Journal of Psychiatry*, [s.l.], v. 5, n. 4, p. 379-386, 2015.

MAYES, R.; BAGWELL, C.; ERKULWATER, J. ADHD and the rise in stimulant use among children. *Harvard Review of Psychiatry*, [s.l.], v. 16, n. 3, p. 151-166, 2008.

MEDHEKAR, R. *et al.* Risk factors of psychotropic polypharmacy in the treatment of children and adolescents with psychiatric disorders. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, [s.l.], v. 15, n. 4, p. 395-403, 2019.

MENDENHALL, E. The COVID-19 syndemic is not global: context matters. *Lancet*, [s.l.], v. 396, n. 10.264, p. 1.731, 2020.

MENDENHALL, E. *et al.* Non-communicable disease syndemics: poverty, depression, and diabetes among low-income populations. *Lancet*, [s.l.], v. 389, n. 10.072, p. 951-963, 2017.

PICKETT, K. E.; WILKINSON, R. G. Income inequality and health: a causal review. *Soc Sci Med*, [s.l.], v. 128, p. 316-326, 2015.

PONNOU, S.; GONON, F. How French media have portrayed ADHD to the lay public and to social workers. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, [s.l.], v. 12, supl., 1298244, 2017.

PRASAD, V. *et al.* How effective are drug treatments for children with ADHD at improving on-task behaviour and academic achievement in the school classroom? A systematic review and meta-analysis. *European Child and Adolescent Psychiatry*, [s.l.], v. 22, n. 4, p. 203-216, 2013.

RAMAN, S. R. *et al.* Trends in attention-deficit hyperactivity disorder medication use: a retrospective observational study using population-based databases. *Lancet Psychiatry*, [s.l.], v. 5, n. 10, p. 824-835, 2018.

SAMEA, F. *et al.* Brain alterations in children/adolescents with ADHD revisited: a neuroimaging meta-analysis of 96 structural and functional studies. *Neuroscience and Biobehavioral Review*, [s.l.], v. 100, p. 1-8, 2019.

- SHARPE, K. Medication: the smart-pill oversell. *Nature*, [s.l.], v. 506, n. 7.487, p. 146-148, 2014.
- SHAW, P.; POLANCZYK, G. V. Combining epidemiological and neurobiological perspectives to characterize the lifetime trajectories of ADHD. *European Child and Adolescent Psychiatry*, [s.l.], v. 26, n. 2, p. 139-141, 2017.
- SINGER, M. *et al.* Syndemics and the biosocial conception of health. *Lancet*, [s.l.], v. 389, n. 10.072, p. 941-950, 2017.
- SMITH, M. Hyperactive around the world? The history of ADHD in global perspective. *Social History of Medicine*, [s.l.], v. 30, n. 4, p. 767-787, 2017.
- TAMANA, S. K. *et al.* Screen-time is associated with inattention problems in preschoolers: results from the child birth cohort study. *PLoS One*, [s.l.], v. 14, n. 4, e0213995, 2019.
- THAPAR, A. Discoveries on the genetics of ADHD in the 21st Century: new findings and their implications. *American Journal of Psychiatry*, [s.l.], v. 175, n. 10, p. 943-950, 2018.
- THAPAR, A.; COOPER, M. Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Lancet*, [s.l.], v. 387, n. 10.024, p. 1.240-1.250, 2016.
- THAPAR, A.; COOPER, M.; RUTTER, M. Neurodevelopmental disorders. *Lancet Psychiatry*, [s.l.], v. 4, n. 4, p. 339-346, 2017.
- THE MTA COOPERATIVE GROUP. A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*, [s.l.], v. 56, n. 12, p. 1.073-1.086, 1999.
- THOMAS, R.; MITCHELL, G. K.; BATSTRA, L. Attention-deficit/hyperactivity disorder: are we helping or harming? *BMJ*, [s.l.], v. 347, 2013.
- VISSER, S. N. *et al.* Trends in the parent-report of health care provider-diagnosed and medicated attention-deficit/hyperactivity disorder: United States, 2003-2011. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, [s.l.], v. 53, n. 1, p. 34-46, 2014.
- WEISS, M. D. *et al.* The screens culture: impact on ADHD. *Attention Deficit Hyperactivity Disorder*, [s.l.], v. 3, n. 4, p. 327-334, 2011.
- WEST, J. D.; BERGSTROM, C. T. Misinformation in and about science. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, [s.l.], v. 118, n. 15, e1912444117, 2021.

WHITELY, M. *et al.* Attention deficit hyperactivity disorder late birthdate effect common in both high and low prescribing international jurisdictions: a systematic review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, [s.l.], v. 60, n. 4, p. 380-391, 2019.

WOLRAICH, M. L. *et al.* ADHD diagnosis and treatment guidelines: a historical perspective. *Pediatrics*, [s.l.], v. 144, n. 4, 2019.

ZHANG, C. *et al.* Characteristics of youths treated with psychotropic polypharmacy in the United States, 1999 to 2015. *JAMA Pediatrics*, [s.l.], v. 175, n. 2, p. 196-198, 2021.

ZITO, J. M. *et al.* Pediatric use of antipsychotic medications before and after medicaid peer review implementation. *JAMA Psychiatry*, [s.l.], v. 75, n. 1, p. 100-103, 2018.

## CAPÍTULO 4

# TDA/H, psiquiatria e psicanálise: percursos entre a França, os Estados Unidos e o Brasil

Rossano Cabral Lima

O diagnóstico de Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDA/H) espelha os principais impasses entre a psiquiatria e a psicanálise na atualidade. O quadro, incluído no grupo dos “Transtornos do Neurodesenvolvimento” no DSM-5 e na CID 11, é um dos motores da transformação da psiquiatria em uma neurologia do comportamento ou “neurociência clínica”, no sentido defendido por Insel e Quirion (2005). Nesse registro, o diálogo e o reconhecimento de outros saberes parecem estar em extinção, com a desqualificação de tudo que não reze pela cartilha da *American Psychiatric Association* (APA) ou não se filie à neurocultura contemporânea. Dessa forma, é sempre um desafio abordar, a partir da psicanálise, conceitos e transtornos que nasceram no interior da medicina e da psiquiatria, muitas vezes resultando no alijamento de noções psicanalíticas. No caso do TDA/H, a presença crítica da psicanálise – penso eu – poderia auxiliar a psiquiatria de crianças e adolescentes a ir além do preenchimento mecânico de critérios diagnósticos e da adesão exclusiva e irrestrita à fórmula terapêutica composta por psicofármacos e terapias cognitivo-comportamentais. Como afirmam Lacet e Rosa (2017), não se trata de dar estatuto psicanalítico ao TDA/H, mas de sustentar questões a respeito da criança, seu corpo e sua relação com o Outro.

Durante parte do século XX, no interior de diferentes “escolas”, na Europa e nas Américas, psiquiatria e psicanálise puderam conviver e

estabelecer hermenêuticas e terapêuticas que se reconheciam reciprocamente como legítimas, ainda que não redutíveis umas às outras. No caso da clínica com crianças, essa relação foi ainda mais intensa, dado que a psicanálise foi parte importante da própria constituição da psiquiatria infantil como especialidade (Bercherie, 2001). Este capítulo busca resgatar – e atualizar – esse espírito, para afirmar a possibilidade de distintas descrições do TDA/H, a despeito do aparente consenso em torno das concepções neurocomportamentais. Para começar, destacaremos três noções: a turbulência, a instabilidade e a hiperatividade. Sem a pretensão de realizar uma revisão sistemática, o texto busca recuperar tradições clínico-teóricas e conceitos algo esquecidos pela psiquiatria, visando permitir uma redescritção do TDA/H que respeite o passado ao se abrir para o futuro. Ao lado disso, este capítulo visa correlacionar a literatura pedopsiquiátrica da França (e, em segundo plano, dos Estados Unidos da América) com sua apropriação pelo campo médico brasileiro no decorrer do século passado. Por fim, por meio da apresentação de uma vinheta clínica, buscamos pensar sobre modos de se conservar a abertura da psiquiatria de crianças e adolescentes a concepções psicanalíticas ou psicodinâmicas, ou seja, à valorização da subjetividade, numa seara hoje dominada por apelos reducionistas à objetividade e às evidências adequadas ao modelo biomédico.

## **Turbulência**

Ao mesmo tempo em que, no cenário anglo-saxão, surgiam as primeiras descrições médicas sobre condutas disfuncionais em crianças, como o “defeito no controle moral” por George Still, e a “lesão cerebral mínima” por Strauss e Lehtinen (Lima, 2019), a neuropsiquiatria francesa também apresentava suas formulações sobre o problema, tendo em Henri Wallon a principal referência na primeira metade do século XX.

Wallon publica em 1925 o livro *A criança turbulenta*, fruto de sua tese de doutorado, baseada no estudo de 214 casos de crianças de 2 a 15 anos internadas em instituições psiquiátricas entre 1900 e 1912. Na trilha das “debilidades motoras” descritas por Ferdinand Dupré, Wallon descreve as “síndromes psicomotoras”, que incluem quatro tipos: i) assinergia motora e mental; ii) hipertonia; iii) automatismo emotivo-motor; iv) insuficiência

frontal. Cada uma dessas síndromes era associada a alterações em regiões cerebrais específicas (cerebelo, *globus pallidus*, aparelho optoestriado e lobo pré-frontal, respectivamente) e suas conexões, de acordo com o conhecimento neurológico da época (Wallon, 2007).

As categorias de Wallon representam uma tentativa de sistematizar as manifestações patológicas das “crianças anormais”, tendo na função postural – que articula motricidade, psiquismo e ambiente – a noção central. Os fenômenos psíquicos têm maior destaque nas síndromes de automatismo emotivo-motor (como a “perversidade”) e nas síndromes de insuficiência frontal (como as dificuldades de atenção<sup>1</sup> e condutas maniformes), mas, mesmo nesses casos, Wallon privilegia a explicação por meio de correlações neurológicas. No tópico sobre as síndromes de automatismo emotivo-motor, a busca pela localização cerebral da “sede da insuficiência” (Wallon, 2007, p. 253) convive com um discurso fortemente moralizante: “Ele [o perverso] justifica o mito do anjo decaído e satânico; parece exigir do mal a desforra de sua incapacidade de perseverar no espírito de se tornar bem aceito” (p. 258). Ao mesmo tempo, o autor não desconhece as influências ambientais sobre as condutas ligadas à “delinquência infantil”:

Sobre esses estados nostálgicos as circunstâncias, o meio, podem exercer a maior influência. Seja qual for a parte do fator constitucional, são o resultado de uma infância reprimida. As dificuldades, as privações físicas e morais tendem a desenvolvê-los, a suscitá-los. É então que convém modificar o regime de vida, de hábitat, de convivência ou de família, abrir um espaço suficiente e apropriado para as necessidades, os desejos, a impetuosidade motora e afetiva do jovem sujeito em vias de se depravar. (Wallon, 2007, p. 266)

Portanto, em Wallon, encontramos tanto a consideração do aspecto “constitucional”, marca da psiquiatria daquela época, quanto a apreciação

---

1 Wallon daria mais destaque à atenção em seu artigo de 1929, *Les causes psychologiques de l'inattention chez l'enfant*.



do ambiente no qual a criança cresce. Na visão de Thong (2007), *A criança turbulenta* envolve, além da análise neurofuncional, a análise psicoambiental das síndromes estudadas. Esse método de análise multifuncional, que valoriza fatores neurofuncionais, relacionais e socioculturais, ficaria ainda mais evidente nas obras posteriores de Wallon.<sup>2</sup>

O impacto de *A criança turbulenta* no meio médico brasileiro pode ser medido na obra *A criança problema*, de Arthur Ramos, cuja primeira edição é de 1939. O livro foi resultado da experiência do autor no Serviço de Higiene Mental da Seção de Ortofrenia e Higiene Mental (SOHM) do Instituto de Pesquisas Educacionais no Rio de Janeiro, então capital federal, entre 1934 e 1939, totalizando o atendimento de cerca de duas mil crianças (Sircilli, 2005). Em um período no qual se misturavam, em torno da higiene mental brasileira, a influência da pedopsiquiatria francesa, as propostas eugênicas de inspiração alemã e a chegada do movimento de orientação infantil norte-americano (*Child Guidance Movement*), Ramos relê o livro de Wallon com um olho em Freud e outro na realidade sociocultural do país.

Nos dois capítulos dedicados ao tema da “criança turbulenta”, Ramos (1949)<sup>3</sup> adverte que vai inverter a ordem clássica e privilegiar a turbulência associada a condições ambientais e afetivas, deixando em segundo lugar a turbulência relacionada a distúrbios neurológicos do desenvolvimento psicomotor. Em sua experiência com a população escolar, ele considerava – “ao contrário dos velhos autores” – o primeiro grupo mais numeroso que o segundo:

[...] grupo constituído de crianças que sofrem desgostos afetivos e morais, crianças abandonadas ou escoraçadas, crianças incompreendidas, que reagem na indisciplina e na turbulência. Nesse grupo está o grosso das crianças “caudas de classe”, turbulentas, agressivas, desobedientes, desatentas... (Ramos, 1949, p. 221-222)

---

2 *Les origines du caractere chez l'enfant* (1934); *De l'act à la pensée* (1942); *Les origines de la pensée chez l'enfant* (1945).

3 A edição consultada foi a segunda, de 1949.

Ramos vai recorrer à psicanálise para a compreensão desses comportamentos. A partir da leitura de “Além do princípio do prazer”, de Freud, sublinha a imbricação entre impulsos de vida e de morte, e entende que os comportamentos agressivos, destrutivos e turbulentos da criança escolar “podem estar ligados à adoção de tendências possessivas conservadoras, da fase anal-sádica da libido” (Ramos, 1949, p. 225). O ambiente teria papel fundamental nos destinos dos impulsos agressivos, com destaque para a repressão excessiva. Para Ramos, o “sadismo dos pais e educadores”, os castigos físicos, o “escorraçamento afetivo e moral” (1949, p. 225-226) teriam efeitos nefastos na constituição da personalidade da criança. A escola de Adler, por sua vez, ao estudar a *Agressionstrieb* infantil, mostraria a associação da turbulência e da agressividade à tentativa da criança de compensar seus sentimentos de inferioridade sob a forma de “protestos viris”.

Ao lado da crítica às atitudes parentais exageradamente severas, Ramos sinaliza que mimos e complacência também levam a problemas de desobediência e indisciplina, que vão explodir na escola. A criança escorraçada e reprimida em casa vai reagir contra a autoridade escolar, “libertando o seu Super-Ego em formação, de um arrocho insuportável” (Ramos, 1949, p. 242). Já a criança mimada, quando não encontra no ambiente escolar os mesmos privilégios que recebe em casa, protesta por meio da insubordinação em face das restrições impostas pelos professores. “De qualquer modo”, arremata Ramos, “é o adulto sempre responsável (...). Dentro dessas dinâmicas afetivas extremas, do ódio ou da complacência, a criança não encontra o equilíbrio emocional, para a definição de um comportamento ajustado” (p. 246).

A valorização dos fatores ligados à dinâmica afetiva doméstica – associados às condições de vida das famílias – fica evidente no texto de Ramos e na direção do trabalho implementado no SOHM. Numa crítica à visão organicista, ele afirma que a turbulência e a agressividade, tomadas isoladamente, poderiam ser atribuídas equivocadamente a

“anormalidades” psicológicas reveladoras de uma cerebrina “constituição delinquencial”, quando de fato seriam condutas reativas frente a situações de desajustamento, tudo isso às vezes

facilitado pela existência de “fixações” da personalidade a uma fase pré-genital da libido, de acordo com a hipótese psicanalítica. (Ramos, 1949, p. 231)

Nesse mesmo sentido, aponta que o tratamento da turbulência ligada a questões familiares envolve a reorientação dos pais, por um lado; e a aposta na “transferência afetiva” com a professora, por outro. A criança problema de Ramos, portanto, pode ser tão turbulenta quanto a de Wallon, mas, em sua origem, os aspectos psicodinâmicos e ambientais tomam o primeiro plano na teoria e na clínica.

### **Instabilidade psicomotora**

A tradição de Wallon tem continuidade, na segunda metade do século XX, nas obras de Julián de Ajuriaguerra e de Jean Bergès, entre outros.

Os escritos iniciais de Ajuriaguerra remontam ao final dos anos 1940, e seu trabalho se consagra com a publicação, nos anos 1970, de seu *Manual de psiquiatria infantil*. No livro, tendo como referência vários autores que o antecederam,<sup>4</sup> Ajuriaguerra descreve a “instabilidade psicomotora”:

Estas crianças são levadas à consulta devido a um atraso escolar e, entretanto, apresentam um nível mental normal; destacam-se, sobretudo, por uma agitação psicomotora: movem-se sem cessar, tocam em tudo, são irritadas sem agressividade, incapazes de inibição motora e de contenção expressional; sua atividade é desordenada, a atenção dispersa; são incapazes de um esforço contínuo e sua eficiência é insuficiente durante um trabalho prolongado. (Ajuriaguerra, 1980, p. 239)<sup>5</sup>

---

4 Ajuriaguerra cita os trabalhos de Bourneville, em 1897; de J. Demoor, em 1901; de G. Heuyer, em 1952 e G. Néron também em 1952; do próprio Wallon; de Abramson, em 1940; e de Kiener, em 1940 e 1954.

5 Foi consultada a tradução brasileira da segunda edição francesa, de 1976. A primeira edição é de 1970, em colaboração com Tissot de Genève.

Ajuriaguerra condena a “vã” e “eterna” polarização entre aspectos motores e psíquicos na compreensão da instabilidade, considerando-a como fenômeno que tem sempre duas faces. Propõe a existência de duas formas extremas: uma denominada “forma subcoreica”, na qual os distúrbios motores seriam prevalentes, havendo ausência de inibição e hiperatividade, que desapareceria com a idade; e uma forma “afetivo-caracterial”, que seria mais reativa a situações vividas pela criança em seu meio, e na qual a agressividade e impulsividade teriam intencionalidade e direção claras. As crianças afetadas por essa forma de instabilidade não estabeleceriam “relações objetivas válidas” e sua busca incessante de satisfações fracassaria por “insuficiência” ou “excesso pulsional” (Ajuriaguerra, 1980, p. 240). Problemas da linguagem, da leitura, de caráter e emocionais poderiam ser encontrados em ambos os tipos, havendo toda uma gama de formas intermediárias – ou um espectro, como a psiquiatria de hoje chamaria.

Para Ajuriaguerra, não seria possível compreender a instabilidade psicomotora sem levar em consideração o desenvolvimento afetivo e as relações da criança com o ambiente. A evolução de sua personalidade dependeria de sua ação e reação dirigidas ao mundo que a cerca; assim, a partir de S. Kiener,<sup>6</sup> Ajuriaguerra identifica quatro tipos de comportamentos reativos da criança instável: a renúncia, a autoacusação, a autopunição e, mais frequentemente, a oposição. O comportamento opositivo, dessa forma, é entendido como resposta à incompreensão e hostilidade do ambiente escolar e familiar, e não como transtorno comórbido, como é a tendência atual ao reificá-lo sob a categoria de Transtorno de Oposição Desafiante (TOD).

Bergès, sucessor de Ajuriaguerra no Hospital Saint-Anne, começa a publicar seus trabalhos articulando neurologia e psicanálise nos anos 1960. Ao descrever a postura e o tônus das crianças instáveis, ele distingue duas categorias: os estados tensionais e os estados de deiscência. Os primeiros são caracterizados pela contração muscular, que se constitui em dispositivo defensivo, como fortificação tônica do envoltório corporal; a instabilidade,

---

6 Citação de Kiener (1954) do livro *Instabilité psychomotrice constitutionnelle, réactions du milieu, conséquences psychologiques pour l'enfant*. Alger, thèse dactylogr.

nesse registro, representa a falência desse sistema de tensão, por meio da irrupção súbita e explosiva da motricidade. Os estados de deiscência, pelo contrário, seriam apresentados por crianças hipotônicas, com vivência de cansaço e evasão de energia; são caracterizados pelo descontrole, sendo a instabilidade uma tentativa de estabelecer uma fronteira, a busca por coesão das partes do corpo e por limites corporais na relação com objetos e pessoas (Bergès, 1997 [1988]).

Um dos componentes da instabilidade, afirma Bergès, é o olhar do Outro, que antecipa a ação da criança. Geralmente, esse lugar é ocupado pela mãe, que demonstra, assim, sua própria dificuldade de separação e de garantir a autonomia do filho. O segundo componente é a postura de provocação da criança: “A instabilidade não é solitária; ela agride o olhar, o ouvido, o tato; ela provoca” (Bergès, 1997 [1988], p. 118). Essa provocação tem uma dimensão identificatória com o adulto: “[...] as atitudes, a voz, as agressões, a ‘falta de tato’, os ruídos, a maneira de deslocar os objetos, de bater as portas, etc., são a caricatura dos traços reparáveis do adulto em causa” (p. 120), sustenta ele.

Bergès considera haver dois registros da instabilidade, o postural e o motor, que articulam o aparato tônico-postural da criança com o olhar do Outro. Enquanto na instabilidade postural há uma relação direta entre as atitudes corporais e o olhar do adulto, numa demanda imediata da criança pelo desejo do Outro; na instabilidade motora, a relação é mediada pelo mundo dos objetos, que são alvo dos atos de desordem, desarranjo e destruição, simbolizando a busca de fronteiras corporais no choque com o ambiente.

A categoria de instabilidade psicomotora pode ser encontrada de modo mais difuso e menos preciso na literatura médica brasileira. O próprio Ramos (1949) aborda o tema quando se refere a situações de turbulência de origem orgânica. Baseando-se em Gilbert Robin,<sup>7</sup> defende que há várias instabilidades: uma delas se inscreve mais especificamente nas instabilidades

---

7 Citação do livro de Robin *La paresse est-elle un default ou une maladie?*, de 1932, e *Les troubles nerveux et psychiques de l'enfant*, de 1936.

ligadas a anomalias do desenvolvimento psicomotor (como a debilidade motora de Dupré); outra se ligaria a causas endócrinas (como hipersecreção tireoideana ou insuficiência suprarrenal). Haveria, ainda, aquelas causadas por toxinfecções benignas, e as que se deveriam a causas neuropsicopáticas (hipomania, degenerescência constitucional, perversões instintivas).

Mais tarde, Haim Grünspun, em *Distúrbios neuróticos da criança*,<sup>8</sup> escrito a partir de casos que chegaram à Clínica Psicológica do Instituto Sedes Sapientiae, em São Paulo, também abordará a instabilidade psicomotora, que considera equivaler às hipercinesias. Segundo o médico, tais situações “não dependem de semiologia clínica especial, pois a família e todo o ambiente humano que rodeia a criança informam de sua movimentação ininterrupta” (Grünspun, 1979, p. 214). A instabilidade apareceria tanto na motricidade quanto nas funções emocionais e intelectuais: incapacidade de fixar a atenção em qualquer objeto, em dar continuidade à mesma ação, em manter o ritmo da atividade, em perseverar numa linha de conduta, prejudicando o desempenho escolar e levando a problemas disciplinares. O EEG se mostra normal na maioria dos casos, podendo apresentar alterações de caráter patológico discutível. Por fim, Grünspun afirma que as “tendências delinquentiais” estão presentes em muitos casos, mas ainda não haveria “elementos suficientes para avaliar se a tendência é caracterológica ou reativa” (p. 215).

Ademais, Grünspun se refere à “instabilidade escolar”, que, na maioria dos casos, seria associada à “instabilidade neuronal” com foco temporal esquerdo, havendo suspeitas de encefalite progressiva. As características das crianças são equivalentes às anteriormente apontadas, mas, agora, a ênfase é no ambiente escolar: inquietas, não ficam sentadas, implicam com os colegas, não se concentram nem se interessam pelas tarefas. Em resumo, são “crianças que não conseguem se adaptar a uma disciplina escolar” (Grünspun, 1979, p. 379). O médico comenta sobre o aumento desses quadros nos

---

8 A primeira edição de *Distúrbios neuróticos da criança* é de 1965, tendo sido antecedida por *Distúrbios psiquiátricos da criança* (1961); a edição consultada é a quarta, de 1979.

anos anteriores, especulando sobre a influência de fatores socioculturais, como a mudança de casas para apartamentos (reduzindo as atividades físicas) e a disseminação do hábito de assistir à televisão (favorecendo a imobilidade). “Assim, o gasto energético que antes se fazia fora dos períodos escolares, torna-se agora difícil. Na escola a criança, então, mostrará maior instabilidade” (p. 380), conclui. A terapêutica envolve medicação, exercícios psicomotores e exercícios de atenção. Instabilidade neuronal, indisciplina escolar e mudanças urbanas se mesclariam na produção dessa psicopatologia escolar infantil moderna, prenunciando debates que voltariam ao centro da cena *psi* em um futuro não muito distante.

### **Hipercinese e DCM**

Em 1957, Maurice Laufer, Eric Denhoff e Gerald Solomons, médicos do Emma Pendleton Bradley Home, hospital psiquiátrico infantil no estado de Rhode Island, Estados Unidos, descreveram o Transtorno do Impulso Hiperkinético (*Hyperkinetic Impulse Disorder*). Como o nome do quadro já sugere, a hiperatividade era entendida como o sintoma central, associada a dificuldades de concentração, impulsividade, irritabilidade e baixa tolerância à frustração. Embora a principal tese defendida pelos autores tivesse caráter neurológico – o quadro estaria associado a uma disfunção diencefálica –, haveria fatores psicodinâmicos que deveriam ser considerados: “O excesso de movimento em particular pode servir a mecanismos de defesa, pode ter um componente agressivo ou sádico, e pode ter muitas outras implicações dinâmicas” (Laufer, Denhoff e Solomons, 1957, p. 38-39), afirmavam. Mesmo quando as dificuldades psicológicas eram tidas como consequência do quadro orgânico, o vocabulário de inspiração psicanalítica era marcante:

Em uma criança com a síndrome hiperkinética, uma quantidade perfeitamente normal de cuidados maternos pode ser inadequada. [...]. À medida que isso falha, o desenvolvimento de hostilidade inconsciente dirigida à criança, à qual por sua vez

ela responde, pode estabelecer uma sucessão de distúrbios emocionais secundários. (Laufer, Denhoff e Solomons, 1957, p. 46)<sup>9</sup>

O resultado, segundo eles, seria uma criança infeliz, com acentuado distúrbio do ego e uma autoimagem distorcida, reagindo com atuações (*acting-out*) no registro dos distúrbios de conduta, embora a síndrome também pudesse vir associada com estados neuróticos.

Laufer, Denhoff e Solomons (1957) realizam um considerável esforço para conciliar fatores orgânicos e psicológicos ao abordarem problemas emocionais e comportamentais infantis. Os autores são cuidadosos ao não confundirem correlações com causas, admitindo o caráter altamente especulativo de suas interpretações, na medida em que as pesquisas neurofisiológicas envolvendo o diencéfalo ainda estavam em estágio inicial. Seu cuidado é menor, entretanto, no que se refere à mistura entre conceitos biológicos e psicanalíticos, gerando híbridos teoricamente frágeis, ainda que tenham reflexos relevantes na clínica. Por exemplo, ao abordar o uso das anfetaminas no tratamento da hiperatividade, acreditam que o medicamento atua no fortalecimento do que Freud descreveu como *Reizschutz*, a barreira protetiva que salvaguarda o ego contra o excesso de estímulos sensoriais, que estaria defeituosa nas crianças com hiperatividade. Nesse sentido, defendem a necessidade de associar a prescrição dos anfetamínicos com a psicoterapia da criança, dada a presença de dificuldades psicológicas intensas e persistentes, e o trabalho com os pais, visando especialmente a seus sentimentos de culpa e hostilidade.

Enfim, para Laufer, Denhoff e Solomons (1957), seria necessário levar em consideração tanto os fatores neurofisiológicos quanto os psicológicos, “ao contrário do tipo de pensamento ‘tudo ou nada’ prevalente até recentemente” (p. 47). Mal sabiam eles que o “tudo ou nada” em relação à hiperatividade e à desatenção ganharia força na psiquiatria das décadas seguintes – o “tudo” seria ocupado pela neuropsiquiatria biológica, e o “nada”, pelas concepções psicanalíticas.

---

9 Todas as traduções são livres, de nossa autoria.



A categoria de Distúrbio do Impulso Hipercinético acabou se refletindo na segunda edição do DSM (DSM-II), de 1968, que incluía o diagnóstico de “Reação hipercinética da infância (ou adolescência)”, quadro que se caracterizava por hiperatividade, inquietude, distraibilidade e curto tempo de concentração. O termo *reação* indicava a influência da psiquiatria “psicobiológica” de Adolf Meyer, que integrava aspectos orgânicos, psicológicos e ambientais, entendendo as psicopatologias como respostas desadaptadas do indivíduo a suas circunstâncias de vida (Morel, 1997).

Nos anos 1960, a hipercinese passa a disputar a hegemonia no campo médico estadunidense com a Disfunção Cerebral Mínima (DCM), adotada em 1966 como diagnóstico oficial pelo United States Public Health Service (USPHS) (Conrad e Schneider, 1992). As crianças com DCM apresentariam disfunções na área da atividade e coordenação motora, atenção e função cognitiva, controle dos impulsos, relações interpessoais e emotividade. Poderia haver, também, sinais neurológicos menores, como má coordenação motora fina e distúrbios no equilíbrio, na coordenação visuomotora e na linguagem (Lima, 2019).

Paul Wender, um dos principais estudiosos da DCM, considerava que sua etiologia envolveria a interação entre fatores genéticos, variações intrauterinas não genéticas, mau desenvolvimento fetal e danos cerebrais, mas admitia a influência de fatores psicogênicos, como a privação precoce. Para Wender, os mecanismos psicológicos na DCM tinham função predominantemente compensatória, restitutiva e defensiva, e ele se mostrava cético quanto à existência de uma forma do distúrbio puramente reativa a tensões ambientais ou intrapsíquicas (Wender, 1974).

No centro da fisiopatologia da DCM, estariam disfunções – e não lesões – no sistema monoaminérgico cerebral, hipótese reforçada pela ação dos anfetamínicos. A DCM seria peça-chave para que a intervenção farmacológica (benzedrina, dexedrina e, principalmente, metilfenidato/Ritalina) se tornasse o tratamento padrão, reforçando a redução do comportamento hiperativo à dimensão neural.

Na França, Ajuriaguerra (1980), ao correlacionar a síndrome hipercinética e a DCM anglo-saxãs com a instabilidade psicomotora, critica o desconhecimento dos autores de língua inglesa sobre os estudos franceses

a respeito da psicomotricidade e censura sua falta de rigor na definição de hipercinesia. Na sequência, ele condena a inclusão da instabilidade psicomotora “em um conjunto de comportamentos extremamente diversos no quadro de uma disfunção cerebral mínima, sem considerar o desenvolvimento afetivo da criança e suas relações com o ambiente” (p. 244).

Ajuriaguerra considera, ainda, “arriscado” generalizar a hipótese de que as perturbações presentes na DCM expressariam alterações neurológicas no sistema monoaminérgico, apontando que, na maior parte dos casos, não é possível estabelecer relações causais entre sinais neurológicos e problemas de comportamento – até porque haveria crianças hipercinéticas nas quais não se detectam indícios de disfunções cerebrais. Reconhece, contudo, a existência de formas graves de hipercinesia que perturbam “a linha geral do desenvolvimento devido ao tipo de experiência vivenciada pelo indivíduo e à repercussão que ela provoca” (Ajuriaguerra, 1980, p. 242), o que justificaria o tratamento medicamentoso, psicoterápico e/ou psicomotor. Por fim, em sua concepção, o diagnóstico de instabilidade seria preponderante:

É nesse sentido que podemos dizer que os distúrbios psicomotores em seu conjunto oscilam entre o neurológico e o psiquiátrico, entre o vivenciado mais ou menos desejado e o vivenciado mais ou menos sofrido, entre a personalidade total mais ou menos presente e a vida mais ou menos vivida; continuamos acreditando que a dupla polaridade que descrevemos na instabilidade psicomotora permanece ainda válida do ponto de vista heurístico e que ela é válida nos casos de síndromes hipercinéticas. Para nós, a instabilidade psicomotora é a figura psicomotora sobre um fundo desorganizado. (Ajuriaguerra, 1980, p. 243-244)

Bergès (1997), por sua vez, considera que a Síndrome Hipercinética corresponde, ao menos em parte, aos estados de deiscência por ele descritos. Para o autor, essa equivalência ajudaria a entender o benefício do uso de anfetamínicos nesses quadros, dado que esses medicamentos ajudariam a elevar o nível de vigilância em crianças nas quais a hiperatividade motora tem como função combater a tendência ao cansaço e o adormecimento.

No Brasil, a penetração dos diagnósticos de hipercinese e, especialmente, de DCM, foi intensa, marcando de forma mais nítida a influência norte-americana sobre a neuropsiquiatria infantil nacional a partir dos anos 1970. Antonio Lefèvre, professor do Departamento de Neuropsiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), foi um dos primeiros a abordar a DCM, em dois livros publicados com seus colaboradores: *Exame neurológico evolutivo* e *Disfunção cerebral mínima: estudo multidisciplinar*. Neste último, apresenta o resultado de sua pesquisa com 100 crianças portadoras de DCM, com ênfase no ponto de vista neurológico, sem deixar, contudo, de abordar os distúrbios da comunicação, da psicomotricidade e os problemas escolares, além de incluir o estudo de personalidade pelo psicodiagnóstico de Rorschach e da avaliação da inteligência pela Escala Wechsler de Inteligência para Crianças (WISC) (Lefèvre, 1975, 1976<sup>10</sup>).

Stanislaw Krynski, também em São Paulo, descreve a DCM como “uma síndrome neuropsíquica em grande moda na atualidade”, que teria como “madrinha” a Ritalina; mas critica: “guardo quem me ensine o que DCM significa em psicopatologia infantil” (Krynski, 1976, p. 30). Lippi (1977), em livro organizado por Krynski, diferencia a hipercinese de origem orgânica, na qual se usariam os estimulantes, e a de origem psicogenética, na qual se usariam os tranquilizantes. Em Pernambuco, Zaldo Rocha, em seu *Curso de Psiquiatria infantil*, que sumariza suas aulas no Departamento de Psiquiatria da Sociedade de Medicina daquele estado, aborda “A criança com disfunção psiconeurológica (D.C.M.)”. Rocha (1984) apresenta em detalhes (citando Lefèvre como uma das referências) o exame psiconeurológico, incluindo a avaliação do esquema corporal, da organização temporal e a investigação dos fatores relacionais e emocionais. Nessas obras brasileiras, o número de autores franceses<sup>11</sup> referenciados começa a ser igualado, e às vezes até

---

10 A primeira edição de Exame Neurológico Evolutivo é de 1972; a edição consultada é a segunda.

11 Ajuriaguerra e Bergès, além de Dubois, Piaget, M. Stambak, R. Zazzo e outros.

superado, pelo de norte-americanos e ingleses.<sup>12</sup> Tudo isso já prenunciava a chegada, em terras brasileiras, do que uma década depois seria batizado como Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade.

### **TDA/H, psicanálise e psiquiatria: impasses e aberturas na teoria e na clínica**

As noções de turbulência, instabilidade psicomotora e hipercinese são resquícios de um tempo no qual psicanálise e psiquiatria ocupavam espaços contíguos e interligados, especialmente no campo da infância. Ambas enriqueciam uma à outra, na teoria e na clínica, embora a convivência nem sempre tenha sido harmoniosa. Como podemos observar, a “psicodinâmica” era uma das leituras possíveis, dentre várias, no repertório da psiquiatria. A partir dos anos 1980, contudo, os caminhos da psiquiatria e da psicanálise passaram a se afastar, em um movimento que começa nos países anglo-saxões e gradualmente chega à Europa continental e à América Latina. No caso da clínica com crianças, o TDA/H foi produto e produtor desse processo, em uma relação de mão dupla com a expansão da psicofarmacologia e a difusão das categorias psiquiátricas para essa faixa etária.

Segundo Akrich e Rabeharisoa (2018), a emergência do TDA/H como questão científica e pública na França foi tardia. A despeito da publicação, em 1987, de *L'hyperactivité chez l'enfant*, editado por Michel Dugas, as pesquisas francesas sobre o TDA/H só teriam deslanchado a partir do início dos anos 2000, com atraso de 6 a 8 anos em relação à Inglaterra e à Alemanha, e de 10 anos em relação aos Estados Unidos. As autoras descrevem que, não obstante a resistência e persistência da psicanálise francesa, como testemunham o Movimento Stop DSM e o Pasde0deconduite, há um panorama em mutação nos últimos 15 a 20 anos naquele país. Nesse sentido afirmam, baseadas em Vallè (2011), que “embora a psicanálise tenha tido uma influência contínua na França, muitos psiquiatras adotaram uma ‘abordagem eclética’, o que levou alguns deles a desenvolver modelos

---

12 Paul Wender, mas também R. S. Illingworth, R. S. Paine, M. Rutter, J. A. Harris e M. Monroe, dentre vários outros.

de atenção ao TDA/H que integram uma variedade de intervenções” (Ak-  
rich e Rabeharisoa, 2018, p. 256).

No Brasil, nos anos 1980 e, particularmente, na década de 1990, passa a haver a gradual difusão do vocabulário dos DSM,<sup>13</sup> e os termos hiper-  
cinese e DCM começam a dar lugar ao TDA/H. De lá para cá, o campo de  
pesquisas e práticas em torno do transtorno vem se fortalecendo com a  
chancela da Associação Brasileira de Psiquiatria, dos principais periódicos  
médicos nacionais e de grupos de pesquisa e serviços ligados aos departa-  
mentos universitários de psiquiatria (Ortega e Muller, 2020). O coor-  
denador-geral do Programa de Transtornos de Déficit de Atenção/Hipe-  
ratividade (ProDAH) do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do  
Rio Grande do Sul (UFRGS) participou do grupo de trabalho do DSM-5  
sobre TDA/H e Transtornos Disruptivos, reforçando a afinidade eletiva  
da psiquiatria brasileira com a APA.

Chegamos, assim, à década de 2020, parecendo não haver mais margem  
para dissensos a respeito do quadro, visto que as duas principais classifi-  
cações entendem o TDA/H como “transtorno do neurodesenvolvimento”  
(APA; 2014; WHO, 2018). Sabemos, contudo, que, por trás do aparente  
consenso em torno de sua “natureza” neurobiológica e da ubiquidade do  
tratamento farmacológico, há incertezas e achados inconsistentes (Ortega  
e Muller, 2020), ou seja, fissuras que devem ser exploradas. A Classificação  
Francesa de Transtornos Mentais da Criança e do Adolescente (CFTMEA),  
cuja tradução foi recentemente publicada no Brasil, é um dos exemplos  
de visões alternativas. Em sua última revisão, ela inclui os “Transtornos  
Hipercinéticos” no grupo dos Transtornos da Conduta e do Comporta-  
mento, esclarecendo sua equivalência ao TDA/H e à “instabilidade psico-  
motora”. A CFTMEA apresenta um diagnóstico específico para os “Tran-  
stornos da Atenção sem Hiperinesia”, incluído no grupo dos Transtornos

---

13 No DSM-III, de 1980, o quadro é nomeado como Distúrbio de Déficit de Aten-  
ção (DDA); no DSM-III-R, de 1987, passa a se chamar Transtorno de Déficit de  
Atenção/Hiperatividade (TDA/H), o que se mantém no DSM-IV, de 1994, e no  
DSM-5, de 2013 (Lima, 2019).

do Desenvolvimento e das Funções Instrumentais (Misès e Silva Júnior, 2018). Ainda haveria, então, alguma possibilidade de diálogo entre psicanálise e psiquiatria, capaz de atenuar o distanciamento radical das últimas décadas?

Os impasses entre os dois campos refletem, do ponto de vista teórico, controvérsias envolvendo as categorias de natureza e cultura, de biológico e psicossocial, de mente e cérebro. Da perspectiva prática, as divergências geralmente se ligam aos usos do diagnóstico e ao lugar dos psicofármacos. Quanto ao primeiro tópico, uma das desavenças se refere ao conceito de sintoma. Para a psiquiatria, ao tomar como modelo a medicina somática, o sintoma é a base do diagnóstico sintrômico sendo encarado como negatividade a ser atenuada ou debelada. Para a psicanálise, o sintoma é visto como positividade, linguagem a ser decifrada, produto de um conflito. Junta-se a isso o desprezo da psiquiatria atual pela distinção entre sintoma e estrutura, fundamental para se pensar o diagnóstico do ponto de vista psicanalítico. Isso conduz a outro ponto de discórdia diagnóstica, relativa ao lugar do TDA/H na nosologia. Se, para a psiquiatria de hoje, ele é inequivocamente um transtorno do neurodesenvolvimento, para autores do campo psicanalítico, ele pode indicar uma estrutura indefinida ou posição subjetiva no limite das estruturas de neurose, psicose e perversão (Legnani e Almeida, 2009); ou se relacionar com a angústia e consistir em um quadro neurótico (Kupfer e Bernardino, 2009); ou, ainda, estar “nas fronteiras da nosografia”, dada a imprecisão de seus limites e sua validade contestável (Marcelli e Cohen, 2010).

O uso de psicoestimulantes é outro terreno minado: enquanto psicanalistas e movimentos antimedicalização apontam os excessos, psiquiatras sustentam que o TDA/H é “subtratado”, ao menos no Brasil (Mattos, Rohde e Polanczyk, 2012). No plano clínico, não é tarefa simples determinar, de antemão, em que situações e momentos se poderia (ou se deveria) recorrer aos psicofármacos. A tendência atual na clínica neuropsiquiátrica é que, tão logo sejam preenchidos os critérios do DSM, os estimulantes sejam automaticamente prescritos. Porém, nem toda desatenção e hiperatividade aponta para o TDA/H, dado que esses fenômenos podem estar presentes em outros quadros (ansiedade, psicose, uso abusivo de substâncias,

transtornos do humor) ou indicar questões (inter)subjetivas que não se encontram nos manuais psiquiátricos. É a dinâmica de cada caso que vai apontar o lugar, ou o tempo, do uso da medicação.

Birman (2002) alerta que, para a experiência psicanalítica funcionar, se faz necessária a presença de algum grau de angústia, que impele o sujeito para o trabalho de simbolização. O psicofármaco poderia, segundo ele, prejudicar esse processo (ao suspender a angústia e alimentar a ilusão de completude) ou auxiliá-lo (ao atenuar a angústia excessiva, traumática e paralisante). É preciso avaliar se essa fórmula também se aplicaria aos estimulantes e ao TDA/H – onde a angústia nem sempre aparenta estar no polo da criança, e sim no dos pais, ou dos professores. Nesse sentido, Bergès (1997) aponta para o papel de mediador que o medicamento ocupa entre quem prescreve, a criança e a família; podendo ser o “único meio de estabelecer os primeiros laços de uma relação propriamente psicoterapêutica entre o médico e a família” (p. 88). Sendo assim, ele desaconselha a condenação precoce da prescrição medicamentosa, “sem considerar o que ela representa no verdadeiro equilíbrio da criança e sua família, fora de todo o aspecto químico” (p. 88). É nessa perspectiva – penso eu – que o confronto direto com os pais ou a escola, já nas primeiras entrevistas, a respeito da pertinência ou não do diagnóstico ou do remédio, pode acabar tendo o efeito inverso ao esperado – a captura do médico ou analista no registro discursivo do TDA/H.

### **Fábio, 13 anos: uma vinheta clínica**

É a partir das brechas na categoria TDA/H e da aposta na subjetividade que apresentarei uma vinheta do caso de Fábio, hoje com 13 anos, adotado quando tinha 4 anos e meio por Sérgio e Celeste,<sup>14</sup> ambos acima dos 50 anos, sem filhos, casados havia 14 anos. A mãe biológica de Fábio tinha 15 anos quando ele nasceu; com 1 ano, ele foi deixado por ela em um abrigo. O pai biológico se envolvia com o tráfico de drogas na comunidade, e não mais tinham notícia dele. Fábio passava um tempo na instituição, depois

---

14 Todos os nomes são fictícios.

era levado de volta para casa pela mãe ou pela avó, mas logo acabavam por deixá-lo novamente no orfanato. A mãe seria usuária de crack e, segundo relatos, castigava Fábio fisicamente. Ela já havia tido outro filho com 13 anos, que fora entregue para adoção logo após o nascimento.

O garoto chegou ao meu consultório quando tinha 7 anos, encaminhado pela escola. Sérgio e Celeste ainda estavam com a guarda provisória, e Fábio ainda tinha o sobrenome da família de origem. Os pais descrevem Fábio como “muito inquieto” e declaram que “sempre teve relutância em seguir regras”: “se ele ouve um ‘não’ ele grita, chuta, cospe, joga coisas”; e, por vezes, se não encontra uma posição antagônica, ele mesmo a provoca. Sérgio admite que, às vezes, utiliza-se de punição física, enquanto a mãe nega ter essa atitude. Celeste diz se lembrar que, logo depois da adoção, notaram que Fábio falava em temas ligados a “bandidagem” e “tiros” e, por vezes, usava “xingamentos baixos” contra ela. Além disso, às vezes dizia não gostar de ser “marrom” (os pais adotivos são brancos, Fábio é negro). A mãe alega que Fábio não a deixa “descansar” e que ela está sempre sobressaltada, com a “sensação de que alguma coisa ruim está pra acontecer”.

Os pais me trazem um relatório da escola, no qual a professora descrevia agitação, saídas da sala sem permissão, implicância com os colegas (cutucando, dando tapas, jogando objetos). Quando todos estavam envolvidos em alguma atividade, ele criava situações disruptivas, deitando-se no chão, pegando algo de algum amigo e saindo correndo. Quanto à aprendizagem, ainda era mais lento na leitura do que os demais colegas, o que também gerava situações de tensão na sala de aula.

Fábio já havia sido atendido por outro psiquiatra, que, na primeira consulta, diagnosticara TDA/H e TOD, dando aos pais um folheto informativo (patrocinado por um laboratório farmacêutico) e prescrevera metilfenidato. Os pais haviam ministrado o remédio durante o restante do período letivo, interrompido nas férias e retornado ao uso no início do novo ano escolar. Segundo eles, a medicação tivera efeitos moderados. Fábio demonstrava maior foco e menor movimentação durante os estudos, mas não houve muito impacto nas demais questões comportamentais. Decido manter o medicamento, não fazendo, naquele momento, questionamentos sobre os



diagnósticos, e reforço a importância da análise que Fábio fazia havia um ano, sugerindo que os pais também precisavam de espaço semelhante.

Após mais quatro encontros, com frequência mensal ou bimensal, os pais interrompem o tratamento, sem nenhum aviso. Fico sem notícias por muito tempo. Quase quatro anos depois, Fábio retorna, encaminhado por seu novo analista. Nesse período, eles haviam passado por outros três psiquiatras, sempre em busca de alguém que “acertasse” com a medicação. Muitos problemas persistiam. Fábio estava em novo colégio; os conflitos com os colegas agora se restringiam aos espaços fora da sala de aula, mas, em casa, continuava muito reativo com o pai. A mãe, no ano anterior, havia decidido sair de casa, indo morar na Região dos Lagos, no Estado do Rio de Janeiro. Fábio por vezes pedia para visitá-la, sendo levado por Sérgio. Numa conversa por telefone, Celeste me diz o quanto é insuportável para ela lidar com o comportamento de Fábio e, em tom de confissão, me conta ter sido Sérgio quem insistiu na adoção, e que ela, no fundo, “não queria esse menino”. O garoto ainda usa metilfenidato de ação prolongada, mas agora já é possível conversar sobre sua suspensão, ainda que temporária, pois os pais já não se mostram tão seguros de que as questões subjetivas e comportamentais de Fábio serão eliminadas com psicofármacos. Isso também vale para os diagnósticos de TDA/H e TOD, que não mais são usados para justificar quaisquer atos do filho. O próprio Fábio não está tão assujeitado pela nomeação diagnóstica e pela ilusão da eficácia medicamentosa total, tendo partido dele o pedido para ficar um tempo sem o remédio.

Interrompo o relato por aqui. Fábio continua sob meus cuidados psiquiátricos, tendo trocado de psicólogo mais uma vez. Os desafios continuam enormes nessa passagem para a adolescência, momento de reatualização de conflitos recalcados. Se vivesse em outra época, ele certamente seria identificado como um “turbulento” de Wallon, ou um “escorraçado” de Arthur Ramos. A partir de Ajuriaguerra, Fábio apresentaria uma “instabilidade afetivo-caracterial”, de natureza reativa, tendo a agressividade uma direção e objetivo claros – a conduta opositiva aparece como resposta à hostilidade do ambiente, desde antes da adoção. Laufer, Denhoff e Solomons também haviam apontado esse circuito de hostilidade inconsciente entre os pais e o filho hipercinético, o que é visível no caso de Fábio,

embora nem sempre seja possível distinguir o que é primário e o que foi produzido secundariamente.

Com Bergès, fica clara a relação da instabilidade do garoto com o olhar do Outro – a mãe e o pai, ou a professora – e o quanto suas atitudes provocadoras têm uma dimensão de identificação, seja com o pai biológico, seja com o pai adotivo. Em relação ao pai biológico, esse processo é marcado pela ambivalência, como mostra a declaração de Fábio sobre a cor de sua pele. Em relação a Sérgio, parece haver também uma forma de apelo ao exercício da função paterna (Kupfer e Bernardino, 2009), especialmente em um momento no qual a mãe tenta executar a separação por meio do afastamento físico, ao invés de efetuar-la no campo simbólico. Ainda é cedo para saber se a ausência da mãe como olhar antecipador no ambiente de casa vai modificar a postura de Fábio, dado que Sérgio continua servindo de modelo identificatório.

Quanto à medicação, embora me pareça incerta sua função de reforço à barreira egoica protetiva, como postulavam Laufer, Denhoff e Solomons, ou de atenuação da angústia da criança (ou dos pais), como considera Birman, apostei, inicialmente, em seu papel de mediação entre mim e a família, permitindo-lhe um equilíbrio provisório, como defendeu Bergès. Famílias como a de Fábio vão percebendo, a partir da transferência com o médico ou o analista, que a intervenção medicamentosa, mesmo quando útil, não substitui as funções materna e paterna, e que o TDA/H pode não ser a única, nem a melhor maneira de entender o enovelamento entre os sintomas da criança e as demandas de casa ou da escola.

## **Conclusão**

A adesão irrestrita ao diagnóstico de TDA/H, em casos como o de Fábio, limita a compreensão do que está em jogo na conduta inquieta ou opositiva. Esses comportamentos, em certas situações, podem operar como mecanismos de defesa, e/ou apontar para processos de identificação com o adulto, e/ou sinalizar a presença de agressividade consciente e inconsciente entre a criança e os pais. Nem todos os casos de hiperatividade, inquietude e desatenção são explicados por essa dinâmica conflitiva, mas alguns certamente o são. A categoria TDA/H, contudo, homogeneiza as diferenças entre os

casos individuais e reduz tudo à dimensão da disfunção neurocognitiva e comportamental, impedindo a redescrição das condutas a partir de conceitos de inegável valor teórico e clínico, como os da psicanálise.

O vocabulário usado para descrever os “desvios” de comportamento nunca é neutro. Ele tem consequências clínicas importantes, e, frequentemente, é em torno das palavras que ocorrem os embates entre distintas concepções a respeito de determinado fenômeno em disputa (Lima, 2017). Como afirma Freud, contestando as críticas que recebeu por usar termos referentes à sexualidade: “Nunca se sabe aonde conduz esse caminho; primeiro, cedemos nas palavras, e depois, pouco a pouco, também na coisa” (Freud, 2011 [1921], p. 25). Nesse sentido, a reabilitação de velhos termos, como turbulência, hipercinese e instabilidade, despidos de sua carga moral ou de anacronismos teóricos, pode abrir novas portas para a compreensão e manejo de casos hoje marcados negativamente pelo significante hiperatividade ou TDA/H. Essa posição vai ao encontro daquela defendida por outros autores, como Thevenot e Metz (2007):

A noção de hiperatividade, que consiste em encarregar-se da dificuldade apresentada pela criança ou por seus pais como expressão de um desregramento funcional ou orgânico, quando se trata da expressão de um conflito psíquico, corre o risco de se deslocar ou de reforçar o sintoma ao invés de aliviar o sofrimento psíquico. Preferimos, então, a noção de instabilidade psicomotora, que conserva a dimensão sintomática das desordens comportamentais. A dimensão familiar do sintoma sublinha a complexidade dos riscos contidos nesse sintoma e o perigo de querer erradicá-lo de uma só vez, tendo em vista que esse perigo é um tanto maior na clínica da criança, onde a dimensão inconsciente do sintoma é negligenciada não só na criança, mas também nos pais. (Thevenot e Metz, 2007, p. 58)

Dessa forma, sem querer ressuscitar o infame debate sobre “culpabilização dos pais”, pela qual a psicanálise de crianças é frequentemente acusada, é possível construir uma clínica ampliada na infância, na qual o sintoma não seja reduzido à mera expressão comportamental de um distúrbio

no funcionamento neural, embora esse domínio também esteja implicado. Isso abre a perspectiva de um reencontro entre psiquiatria e psicanálise no século XXI, em bases distintas da que ocorreu no século XX, mas aproveitando o que de melhor as tradições da pedopsiquiatria francesa e da psiquiatria psicodinâmica norte-americana puderam nos legar, enriquecidas pelas contribuições teórico-clínicas brasileiras.

## Referências

AJURIAGUERRA, J. D. *Manual de Psiquiatria infantil*. Rio de Janeiro: Masson do Brasil, 1980.

AKRICH, M. ; RABEHARISOA, V. The French ADHD Landscape: Maintaining and Dealing with Multiple Uncertainties. In: BERGEY, M. R. *et al. Global perspectives on ADHD: social dimensions of diagnosis and treatment in sixteen countries*. Baltimore: JHU Press, 2018.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5)*. Porto Alegre: Artmed, 2014.

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

BERGÈS, J. *Doze textos de Jean Bergès: Escritos da criança*. 2. ed. Porto Alegre: Centro Lydia Coriat, 1997. (Trabalho originalmente publicado em 1988).

BIRMAN, J. Relançando os dados: A psicopatologia na pós-modernidade, novamente. In: VIOLANTE, M. L. V. (org.). *O (im)possível diálogo psicanálise e psiquiatria*. São Paulo: Via Lettera, 2002.

CONRAD, P.; SCHNEIDER, J. W. *Deviance and medicalization: From badness to sickness*. Filadélfia: Temple University Press, 1992.

FREUD, S. Psicologia das massas e análise do eu. In: FREUD, S. *Obras Completas*. São Paulo: Companhia das Letras, 2011 [1921]. (v. 15)

GRÜNSPUN, H. *Distúrbios neuróticos da criança*. Rio de Janeiro: Atheneu, 1979.

INSEL, T. R.; QUIRION, R. Psychiatry as a clinical neuroscience discipline. *Jama*, [s.l.], v. 294, n. 17, p. 2221-2224, 2005.

KRYNSKI, S. *Temas de psiquiatria infantil*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1976.

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. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, [s.l.], v. 12, n. 1, p. 45-58, 2009.

LACET, C.; ROSA, M. D. Diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDA/H) e sua história no discurso social: desdobramentos subjetivos e éticos. *Psicologia Revista*, [s.l.], v. 26, n. 2, p. 231-253, 2017.

LAUFER, M. W.; DENHOFF, E.; SOLOMONS, G. Hyperkinetic impulse disorder in children's behavior problems. *Psychosomatic Medicine*, [s.l.], v. 19, n. 1, p. 38-49, 1957.

LEFÈVRE, A. B. *Disfunção cerebral mínima*: estudo multidisciplinar. São Paulo: Sarvier, 1975. (v. 6.)

LEFÈVRE, A. F. B. Exame neurológico evolutivo do pré-escolar normal. 2. ed. São Paulo: Sarvier, 1976.

LEGNANI, V. N.; ALMEIDA, S. F. C. Hiperatividade: o “não-decidido” da estrutura ou o “infantil” ainda no tempo da infância. *Estilos da Clínica*, São Paulo, v. 14, n. 26, p. 14-35, 2009.

LIMA, R. C. De volta ao TDA/H – 15 anos depois. In: SURJUS, L. T. L. S.; MOYSÉS, M. A. A. (org.). *Saúde mental infantojuvenil*: Territórios, políticas e clínicas de resistência. Santos: Unifesp/Abrasme, 2019.

LIPPI JUNIOR. Psicofarmacologia em psiquiatria infantil. In: KRYNSKI, S. *Psiquiatria infantil*: aspectos terapêuticos. São Paulo: Sarvier, 1977.

MARCELLI, D.; COHEN, D. *Infância e psicopatologia*. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

MATTOS, P.; ROHDE, L. A.; POLANCZYK, G. V. O TDA/H é subtratado no Brasil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, [s.l.], v. 34, n. 4, p. 513-514, dez. 2012.

MISÈS, R.; SILVA JÚNIOR, P. V. (orgs.). *Classificação francesa dos transtornos mentais da criança e do adolescente*. São Paulo: Instituto Langage, 2018.

MOREL, P. *Dicionário biográfico Psi*: psiquiatras, psicólogos, psicanalistas. Rio de Janeiro: Zahar, 1997.

ORTEGA, F.; MÜLLER, M. R. Global Mental Health and Pharmacology: The Case of Attention Deficit and Hyperactivity Disorders in Brazil. *Frontiers in Sociology*, [s.l.], v. 5, n. 73, 2020.

RAMOS, A. *A criança problema: a higiene mental na escola primária*. 2. ed. Rio de Janeiro: Casa do Estudante do Brasil, 1949. (Trabalho original publicado em 1939).

ROCHA, Zaldo. *Curso de Psiquiatria*. Petrópolis: Vozes, 1985.

SIRCILLI, F. Arthur Ramos e Anísio Teixeira na década de 1930. *Paideia*, Ribeirão Preto, v. 15, n. 31, p. 185-193, 2005.

THEVENOT, A.; METZ, C. Instabilidade psicomotora ou hiperatividade?: riscos dos deslizamentos dos discursos sobre a psicopatologia infantil. *Epistemossomática* [online]. 2007, v. 4, n. 2, p. 49-61. ISSN 1980-2005.

THONG, T. Prefácio. In: WALLON, H. *A criança turbulenta: estudo sobre os retardamentos e as anomalias do desenvolvimento motor e mental*. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2007.

VALLÉE, M. Resisting American Psychiatry: French Opposition to DSM-III, Biological Reductionism, and the Pharmaceutical Ethos. *Advances in Medical Sociology*, v. 12, p. 85-110, 2011.

WALLON, H. *A criança turbulenta: estudo sobre os retardamentos e as anomalias do desenvolvimento motor e mental*. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2007.

WENDER, P. *Disfunção cerebral mínima na criança*. São Paulo: Editora Manole, 1974.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *ICD 11: International Classification of Diseases, 11<sup>th</sup> revision*. June 2018. Disponível em: <https://icd.who.int/>. Acesso em: 21 jan. 2021.

## CAPÍTULO 5

# Ouvir as crianças em vez das sereias do cientificismo

Patrick Landman

O diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção com ou sem Hiperatividade (TDA/H) ainda será, por muito tempo, objeto de críticas, disputas e polêmicas que começaram desde o seu surgimento na complexa e mutável esfera da nosografia psiquiátrica.

O seu inegável “sucesso” – visto que está a caminho de se tornar o primeiro motivo de consulta em psiquiatria infantil – não pode, de forma alguma, servir de validação científica. É antes a consequência de vários fatores combinados:

- ▶ a evolução da demanda em psiquiatria infantil focalizada na sedação dos sintomas comportamentais;
- ▶ o lugar dado ao desempenho escolar devido à seleção e à legítima preocupação dos pais;
- ▶ a tendência a ocultar os problemas pedagógicos, educacionais e sociais substituindo-os por supostos problemas cerebrais;
- ▶ a propaganda da Big Pharma veiculada por associações familiares;
- ▶ e, ainda, somados a todos esses fatores elencados, dois outros nos quais insistirei: o cientificismo na psiquiatria e a tendência a negar o sofrimento psíquico.

Ora, por quais motivos esse diagnóstico é um alvo privilegiado de críticas por parte dos profissionais?

Eles são múltiplos e foram frequentemente expostos em muitos trabalhos. Mas, na minha opinião, a principal razão reside no fato de que o TDA/H é o exemplo mesmo da invasão bem-sucedida dos paradigmas da atual psiquiatria *mainstream* pelo cientificismo.

### **A tentação cientificista**

É verdade que o termo cientificismo se tornou unicamente pejorativo, o que não era necessariamente o caso há um século, na época de Freud. Podia designar uma tendência para a racionalidade científica cujo valor epistemológico para o acesso ao conhecimento era considerado superior a todas as outras abordagens – especialmente as filosóficas ou religiosas. O cientificismo pode ser definido assim:

O cientificismo é uma posição surgida no século XIX segundo a qual a ciência experimental é a única fonte confiável de conhecimento sobre o mundo, em oposição às revelações religiosas, às superstições, às tradições, aos costumes e a qualquer outra forma de conhecimento. O cientificismo propõe, portanto, segundo a fórmula de Ernest Renan, “organizar cientificamente a humanidade”. Trata-se, então, de uma confiança ou de uma aposta (ou de uma esperança. O termo *fé* não se aplica, em princípio, neste campo) na aplicação dos princípios e métodos da ciência, inclusive moderna, em todos os campos. O cerne dessa posição pode ser resumido em: “A ciência (realmente) descreve o mundo tal como ele é”.<sup>1</sup>

É evidente que a ambição dos promotores do DSM-III e subsequentes era organizar a psiquiatria cientificamente. Ora, quarenta anos após o DSM-III, a psiquiatria ainda está na era pré-científica. O conhecimento em psiquiatria é constituído pela coexistência de saberes de diferentes períodos e de difícil comparação, pois sua orientação epistemológica e seu

---

1 Disponível em: <https://fr.m.wikipedia.org/wiki/Scientisme>.



modo de produção são tão díspares que inibem qualquer metodologia para compará-los.

Além disso, nenhuma classificação pode ser considerada inteiramente superior às demais. O DSM é objeto de certo consenso amplo, mas esse fato resulta das escolhas que norteiam sua produção: favorecer os comportamentos observáveis, recusar qualquer *a priori* teórico... Isso não está vinculado a uma validade científica qualquer. De fato, a prática clínica psiquiátrica está ancorada na intersecção de vários domínios diferentes: i) um domínio médico semiológico, útil, por exemplo, para a prescrição medicamentosa; ii) um domínio que poderia ser descrito como sistêmico ou sociológico, que leva em conta as dimensões familiar, ambiental e cultural; iii) e finalmente, um domínio intrapsíquico que diz respeito ao funcionamento psíquico do sujeito acometido por uma patologia e aos significados que ele dá aos seus sintomas e ao seu sofrimento. Dessa complexidade, conclui-se que nenhuma classificação é capaz de orientar de forma satisfatória a boa prática psiquiátrica. Se as classificações e as recomendações que se baseiam nessas classificações podem revelar-se úteis como auxílio à tomada de decisões, elas não podem, em caso algum, constituir injunções que se voltem contra os profissionais.

O “sucesso” do TDA/H se baseia no prestígio da ciência médica, que tem como um dos pilares nada mais nada menos que a pesquisa moderna e a fé que ela suscita na opinião pública, entre os tomadores de decisões políticas e na alta administração da saúde.

A pesquisa é geralmente dividida em pesquisa básica, de um lado, e pesquisa aplicada, de outro. Essa divisão é criticada por alguns autores, mas me parece útil na minha discussão sobre o TDA/H.

Para simplificar, a pesquisa básica procura esclarecer uma ou mais leis naturais, bem como suas consequências, como, por exemplo, um agente causal ou simplesmente os marcadores biológicos de uma patologia.

A pesquisa aplicada é, sobretudo, dependente disso que chamamos “o fazer”, e a pertinência de seus resultados é medida por critérios de eficácia.

## **Nesses dois campos da pesquisa, o diagnóstico de TDA/H é muito decepcionante.**

### **Começemos pela busca de causas biológicas e de marcadores**

Em primeiro lugar, se consultamos os *sites* ou os artigos do público em geral, obtemos certas respostas para a seguinte pergunta: “O que é o TDA/H?”. Aqui temos uma antologia não exaustiva, mas representativa dessas respostas.

TDA/H é a abreviação de Transtorno de Déficit de Atenção com ou sem Hiperatividade. É um transtorno médico. Uma pessoa com TDA/H apresenta diferenças no desenvolvimento e na atividade cerebral que afetam a atenção, a capacidade de ficar sentada e o autocontrole. O TDA/H pode afetar a criança na escola, em casa e nas suas relações de amizade.

Ou ainda:

Se você tem Transtorno de Déficit de Atenção com ou sem Hiperatividade (TDA/H), pode ter muita energia e dificuldade de concentração. Pode ser difícil controlar sua fala e suas ações. O TDA/H é o distúrbio comportamental mais comum em crianças. Geralmente começa por volta dos 18 meses de idade, mas os sintomas tornam-se visíveis entre os 3 e os 7 anos. Não sabemos o que causa o TDA/H, mas os especialistas acreditam que é hereditário. Também pode ser causado por um desequilíbrio das substâncias químicas do cérebro.

Ou ainda:

O TDA/H é caracterizado por períodos de impulsividade, de hiperatividade e de desatenção, mas é muito mais do que ser um sonhador ou um piadista. O TDA/H afeta aproximadamente 2 a 5% da população e é em grande parte genético, embora fatores ambientais possam piorá-lo.

Percebe-se claramente através dessas citações que o TDA/H é apresentado ao grande público como uma patologia incontestável, uma entidade natural de origem biológica, provavelmente genética, insuficientemente diagnosticada e curável por um medicamento. Todas essas alegações são contestáveis e até enganosas. Vamos examiná-las.

### **TDA/H, uma patologia incontestável?**

O TDA/H, como qualquer diagnóstico psiquiátrico, é descritivo e não explicativo. Não pode ser comparado a um diagnóstico médico como a

tuberculose, causada por um bacilo, ou a diabetes, que resulta de um mau funcionamento glicêmico. Imagine-se dizendo a um genitor: “seu filho tem dificuldades de atenção atestadas por um exame neuropsicológico, ele tem comportamentos impulsivos etc.; logo, ele tem TDA/H”. Imagine, em seguida, que esse genitor lhe dirija a pergunta: “por que ele tem TDA/H?” A única resposta pertinente, no estado atual do conhecimento, será: “porque tem dificuldades de atenção e comportamentos impulsivos”. Em outras palavras, tudo que você poderá oferecer a esse genitor é o resultado de um raciocínio tautológico e, de maneira alguma, uma explicação.

Então, em que se baseiam os promotores do TDA/H para “provar” a existência desse transtorno? Vejamos algumas das supostas “evidências científicas da existência do TDA/H”.

### **Evidências genéticas<sup>2</sup>**

A afirmação de que o TDA/H é “genético” foi extrapolada a partir de estudos com gêmeos. No método dos gêmeos, assume-se que, quando uma porcentagem maior de gêmeos idênticos do que de gêmeos não idênticos é diagnosticada com o mesmo distúrbio, isso se deve a fatores genéticos mais do que a fatores ambientais. De fato, pares de gêmeos idênticos compartilham 100% de seu capital genético, enquanto gêmeos não idênticos têm em média 50% de seus genes em comum. No entanto, para que gêmeos idênticos tenham maior probabilidade de sofrer de um distúrbio porque compartilham os mesmos genes, deve-se supor que o ambiente psicossocial é o mesmo para gêmeos idênticos e não idênticos. É a chamada Hipótese da Igualdade do Ambiente, ou HIA, para abreviar. Há muito se estabeleceu que a HIA não é válida quando se comparam gêmeos idênticos e não idênticos. Gêmeos idênticos são frequentemente tratados de forma semelhante (por exemplo, usam as mesmas roupas) e experimentam um ambiente psicológico único (por exemplo, trocam suas identidades para confundir os outros). Fazer parte de um conjunto de gêmeos idênticos é uma experiência

---

2 Disponível em: <https://www.madinamerica.com/2020/11/insane-medicine-chapter-3-part-1/>.

diferente de ser um gêmeo não idêntico e, portanto, o ambiente psicossocial poderia (além dos genes) por si só ser responsável por uma maior semelhança comportamental ou emocional entre os gêmeos idênticos e os gêmeos não idênticos. Isso significa que o método dos estudos com gêmeos não permite distinguir fatores genéticos de fatores ambientais para as apresentações “psiquiátricas” e que esse método não permite estimar a contribuição genética para o TDA/H.

A única maneira de mostrar de forma confiável uma contribuição da genética específica para o TDA/H é por meio de estudos de genética molecular. Desde que mapeamentos do genoma completo mais rápidos e baratos se tornaram disponíveis, as evidências de genética molecular vêm se acumulando. Esse crescente corpo de pesquisas sobre a genética do TDA/H não revela nenhum resultado genético específico, quer se trate de genes anormais, quer de associações genéticas coerentes. No entanto, isso não impediu que pesquisadores não muito escrupulosos afirmassem o contrário.

Em 2010, foi publicado um estudo na revista médica *The Lancet* que alegava ter encontrado evidências genéticas moleculares concretas de que o TDA/H é um distúrbio genético. Esse estudo foi, e continua sendo, referenciado como o estudo proeminente que demonstra a certeza com a qual podemos chamar o TDA/H de genético. No comunicado de imprensa divulgado na época, a líder da equipe de pesquisa, a professora Anita Thapar, deixou pouco espaço para dúvidas ao declarar: “Agora podemos afirmar com certeza que o TDA/H é uma doença genética e que o cérebro das crianças acometidas por essa doença se desenvolve de maneira diferente do cérebro das outras crianças”. Aqui está o que eles realmente descobriram: o estudo consistiu em comparar os mapeamentos do genoma completo de 366 crianças “acometidas por TDA/H” com os de 1.047 crianças “não acometidas por TDA/H”, procurando o que se chama de variações do número de cópias (CNVs). As CNVs são pedaços anormais do código genético que são repetidos ou excluídos ali onde não deveriam. Os pesquisadores descobriram que 15,5% (57) das crianças com TDA/H apresentavam CNVs, em comparação com 7,5% (78) das crianças do grupo de controle sem TDA/H. Isso deixa um excesso de 8% no grupo de TDA/H, um número pouco significativo. Se tivermos que aceitar a prevalência padrão citada pela “corrente

dominante” para o TDA/H, isso também significa que, se você encontrar um jovem com CNVs, é mais provável que ele não seja diagnosticado como tendo TDA/H do que como tendo esse transtorno.

Mas a enganação não para por aí. O QI médio registrado das crianças com TDA/H era de 86, 14 pontos abaixo da média de 100 da população em geral. Além disso, quando 33 “crianças TDA/H” com deficiência intelectual (QI inferior a 70) foram excluídas do grupo TDA/H, apenas 11,4% das 333 crianças restantes apresentavam CNVs (apenas 4% a mais do que o grupo de controle “sem TDA/H”). 39% (13) de 33 crianças com TDA/H e deficiência intelectual tinham CNVs. Esses dados mais sugerem uma relação entre a presença de CNV e de deficiência intelectual (39%) do que de TDA/H (11,4%). Os autores desse estudo deveriam, portanto, ter controlado o QI, dado o seu impacto desproporcional sobre os níveis de CNV, mas optaram por não o fazer. Como mencionado acima, o QI médio no grupo TDA/H foi significativamente menor do que o do grupo de controle (cujo QI médio pode ser assumido como 100). Os autores deveriam ter escolhido um subgrupo entre seus pacientes com TDA/H que tivessem um QI médio de 100. Esse teria sido um grupo de comparação mais legítimo com seu grupo de controle. Não podemos deixar de nos perguntar se alguém no grupo fez isso, pois pode-se suspeitar que eles tenham encontrado uma diferença nula ou minúscula, de cerca de 1%, e, portanto, tenham optado por não a divulgar.

Esse tipo de publicação muito mediatizada e que atrai a atenção da mídia é pior que a ciência de baixa qualidade, porque os autores enganaram a comunidade médica e o público em geral em suas conclusões. Em relação à genética, a lousa está vazia e a hipótese nula permanece: não há anormalidade nem perfil genético característico identificável associado ao TDA/H.

### **A imagem cerebral, que é apresentada como o microscópio do século XXI, permitiu encontrar marcadores?**

Tal como acontece com a genética, os estudos de imagem cerebral do TDA/H não evidenciaram nenhuma anormalidade específica ou característica. O quadro que surge é o de resultados constantemente incoerentes, que provêm de estudos com amostras pequenas, nem sempre homogêneas

em relação à idade – e veremos por que isso é importante quando eu comentar a pesquisa sobre a data de nascimento das crianças. Esses estudos geralmente não controlam o nível de QI ou os possíveis efeitos dos medicamentos. Os resultados obtidos apenas revelam discrepâncias estatísticas: os cérebros das crianças não seriam reconhecidos pelos radiologistas como clinicamente anormais. Uma equipe de pesquisa descobre que uma parte do cérebro é menor do que a dos controles “saudáveis”, e outra não, ou mesmo que essa parte é um pouco maior.

Mas, como expliquei, a ciência não deve se interpor no caminho de um cientista convicto! Em 2017, a *The Lancet Psychiatry* publicou um estudo que, segundo os autores, fornecia a evidência definitiva de que jovens com TDA/H têm cérebros diferentes e menores do que seus pares saudáveis. Tal como acontece com a *junk science* genética, o pesquisador principal, o Dr. Hoogman, fez afirmações ousadas que não resistem ao escrutínio. Em um comunicado de imprensa coberto pela grande mídia, ele declarou: “Os resultados do nosso estudo confirmam que as pessoas com TDA/H apresentam diferenças em sua estrutura cerebral e sugerem, portanto, que o TDA/H é um distúrbio cerebral”. Em uma excelente análise para *Mad in America*, Michael Corrigan e Robert Whitaker mostram como a pesquisa revela mais o desespero dos autores em encontrar algo do que sua capacidade de conduzir uma análise cientificamente prudente de seus resultados.

Os autores chamam seu estudo de “mega-análise” porque coletaram dados de um grande número de projetos de pesquisa anteriores e “esmagaram” os resultados de todos os diferentes *sites* como se se tratasse de um grande estudo único. Esse processo às vezes é esclarecedor, mas também pode fazer com que resultados incidentais pareçam mais importantes do que de fato são. No total, eles dispunham de dados de scanners cerebrais de 1.713 pacientes diagnosticados com TDA/H e de 1.529 pessoas que não tinham recebido esse diagnóstico, coletados em 23 *sites* diferentes ao redor do mundo. Eles afirmam que o que equivale a minúsculas diferenças em algumas estruturas cerebrais particulares (não todas) torna-se estatisticamente significativo quando se somam todos os volumes registrados disponíveis para uma estrutura específica nos grupos TDA/H e não TDA/H. O uso de certas medidas da variância estatística permite-lhes afirmar que as diferenças são

tão minúsculas que não têm qualquer relevância clínica. Esse método lhes permite dissimular os resultados constantemente inconsistentes.

Por exemplo, a maior diferença foi encontrada para uma minúscula estrutura cerebral chamada núcleo accumbens (NAc). Esta meta-análise afirma então que as crianças com TDA/H têm um NAc menor. No entanto, se observarmos os dados por *site*, encontraremos dez *sites* que identificaram um NAc médio menor no grupo TDA/H, quatro *sites* que localizaram um NAc maior neste grupo e seis que nele não encontraram nenhuma diferença. É o quadro da estrutura que apresenta a maior diferença no estudo. Permanecendo no NAc, também podemos ver que existem problemas técnicos fundamentais com a interpretação dos mapeamentos. Por exemplo, as pessoas em Bergen, na Noruega, têm um volume médio de NAc de 758 mm<sup>3</sup> *versus* 805 mm<sup>3</sup> (TDA/H *versus* controle), enquanto em Wurtzburgo, na Alemanha, elas têm um volume médio de NAc de 462 mm<sup>3</sup> *versus* 449 mm<sup>3</sup> (TDA/H *versus* controle). Talvez as crianças norueguesas tenham NAc's surpreendentes em comparação às crianças alemãs, as quais, segundo essa norma, deveriam todas lidar com um tremendo TDA/H. No entanto, como os controles têm volumes mais significativos no grupo norueguês, enquanto o TDA/H tem volumes mais significativos no centro alemão, essa enorme variação, que é maior entre os centros do que no interior do mesmo centro, envia ainda mais os resultados se (como é o caso) aqueles com volumes totais mais destacados são mais encontrados no grupo que tinha diferenças em favor dos controles com estruturas mais significativas.

Finalmente, eis aqui um outro estudo que não leva em consideração as diferenças de QI. Associações entre o volume cerebral e o QI foram evidenciadas em toda uma série de estudos envolvendo adultos e crianças. Quando os autores desse estudo publicaram a tabela correta do QI (é embaraçoso constatar que inicialmente eles publicaram uma versão incorreta), um grupo diferente de pesquisadores reanalisou os seus dados, considerando os efeitos potenciais do QI, e concluiu que não havia diferença significativa entre as pessoas com TDA/H e aquelas no grupo de controle em nenhuma das áreas do cérebro estudadas quando a diferença de QI é controlada.

Aqui também, no que diz respeito à ciência, a lousa está igualmente vazia. Ninguém conseguiu encontrar uma anormalidade característica e, conseqüentemente, não existe um marcador biológico ou um scanner cerebral usado para diagnosticar o TDA/H. A hipótese nula se mantém: não há anormalidade cerebral característica associada ao TDA/H.

### **A famosa teoria do desequilíbrio químico “*chemical imbalance*” se aplica ao TDA/H? Vejamos o que Sami Timimi nos diz<sup>3</sup>**

Não faltam “especialistas” prontos para afirmar que o TDA/H está ligado a uma falta ou a um desequilíbrio químico dos neurotransmissores da dopamina. Essa ideia se baseia unicamente na descoberta de que os medicamentos (como a Ritalina®) que agem para estimular a liberação de dopamina e, portanto, aumentar seus níveis nas sinapses do cérebro, parecem melhorar os “sintomas” do TDA/H. Várias décadas atrás, estudos mostraram que tomar estimulantes, independentemente do diagnóstico, melhora a capacidade de manter o foco em uma tarefa, pelo menos a curto prazo. No entanto, como ninguém ainda havia demonstrado a ausência ou a falta de dopamina em pessoas diagnosticadas com TDA/H, a teoria do desequilíbrio químico pôde se espalhar paralelamente ao marketing agressivo dos fabricantes de medicamentos que aumentam os níveis dessas substâncias químicas no cérebro.

De tempos em tempos, um estudo que vem questionar a sabedoria estabelecida goza de publicidade limitada. Um desses estudos foi publicado em 2013. Seus resultados questionam “as sugestões anteriores segundo as quais o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDA/H) é o resultado de anormalidades fundamentais na transmissão de dopamina”. Os pesquisadores constataram que a administração de metilfenidato (mais conhecido como Ritalina®) a voluntários adultos saudáveis, bem como àqueles com sintomas de TDA/H, levou a aumentos semelhantes na dopamina química em seu cérebro. Ambos os grupos também apresentaram níveis

---

3 Sami Timimi é psiquiatra e professor da Universidade de Lincoln – [https://en.wikipedia.org/wiki/Sami\\_Timimi](https://en.wikipedia.org/wiki/Sami_Timimi).



equivalentes de melhora graças ao medicamento quando foram testados em sua capacidade de concentração e atenção.

Aqui também, a lousa está vazia. A hipótese nula se mantém: não há desequilíbrio químico característico associado ao TDA/H.

### **A imaturidade ou a diferença de idade, fatores de confusão**

Vários estudos realizados em diferentes países revelaram que as crianças mais novas de sua classe – por exemplo, as crianças nascidas em dezembro – têm um risco significativamente maior de serem diagnosticadas com TDA/H em comparação com as crianças mais velhas, nascidas em janeiro. Esses estudos mostraram que essa tendência é sempre evidente, tanto em países que apresentam altas taxas de diagnóstico ou prescrição (como os Estados Unidos) quanto naqueles que apresentam baixas taxas (como a Finlândia). Tal padrão de identificação e de diagnóstico do TDA/H sugere fortemente que a imaturidade relativa em comparação com seus pares é um fator de risco significativo para receber esse rótulo. Tanto para os mais de 6% de crianças do estudo islandês que recebem prescrições de estimulantes, quanto para menos de 1% das do estudo finlandês, o esquema permanece o mesmo. Quaisquer que sejam as normas culturais que permitam problematizar esses comportamentos, a imaturidade relativa da classe sempre aparece como fator de risco, é uma invariável. É claro que as crianças amadurecem em ritmos diferentes, o que levanta a importante questão de saber se um diagnóstico de TDA/H, mesmo para as crianças mais velhas da classe, também poderia refletir sua trajetória de desenvolvimento relativamente mais lenta.

Já há algum tempo, penso que o aumento dos pseudodiagnósticos como o TDA/H é reflexo da crescente intolerância à diversidade nas crianças, que endereça a elas, desde sua mais tenra idade, mensagens de que só serão apreciadas e valorizadas pelo que fazem (pelas suas “performances”, especialmente escolares) mais do que por quem elas são. Esses resultados reforçam a preocupação quanto ao fato de que a prevalência de diagnósticos como o TDA/H funciona como um barômetro de nossa intolerância com as crianças e seus comportamentos imaturos que, às vezes, são mais um problema nosso do que delas próprias.

## **A negação do sofrimento psíquico e os limites do TDA/H para a clínica e a prática**

A recusa em admitir o sofrimento psíquico dos filhos é um fator importante que leva muitos pais a rejeitar qualquer abordagem pelo psiquismo, chegando até a negar a própria existência do psiquismo. Esses pais, por razões bastante compreensíveis, preferem privilegiar todas as teorias que apenas levam em conta a abordagem pelas supostas anomalias cerebrais. Supondo que elas existam e que consigamos dar prova delas eliminando toda causalidade psíquica, isso não fará desaparecer a questão do psiquismo, pois uma doença orgânica listada pode levar a graves distúrbios psíquicos: ela recai sobre um sujeito humano que pode sentir a necessidade de falar sobre isso. Quando eu era psiquiatra em formação, tive a sensação de aprender uma psiquiatria sem cérebro, o que podia acontecer devido à falta de avanços científicos no campo do funcionamento cerebral. Hoje em dia, com os avanços da neuroimagem e das neurociências, estamos aprendendo uma psiquiatria sem psiquismo, o que é igualmente nefasto.

Termino com uma pequena observação clínica que ilustra o interesse em ouvir as crianças rotuladas TDA/H e em levar em conta seu sofrimento psicológico.

Anos atrás, recebi uma criança que chamarei de André, de doze anos, diagnosticada com TDA/H e que havia sido tratada com metilfenidato por vários anos com sucesso moderado. Os pais achavam que o tratamento não estava mais cumprindo seu papel, mas queriam uma opinião, porque achavam que a prescrição estava sendo renovada de forma muito automática. Na verdade, o jovem não queria parar com o medicamento, pois acreditava que ele lhe assegurava uma proteção.

Desde o início dos cuidados desse menino, ele havia sido testado, diagnosticado, medicado, mas absolutamente não solicitado a falar, exceto para responder a perguntas protocolares. Resolvi continuar com a prescrição, mas também ver essa criança com mais frequência do que a simples renovação da receita exigia. Este modo de proceder me foi sugerido por Jean Chambry. Com efeito, a discrepância entre a frequência dos encontros e a frequência da renovação da prescrição de metilfenidato permite estabelecer de início uma forte aliança terapêutica, permite apresentar-se, graças a essa discrepância, como não sendo apenas um prescritor que se submete

ao *timing* da renovação, e pode acontecer de se abrir um espaço de fala que favoreça a transferência.

Após algumas consultas, o menino concordou em falar. Ele me disse que estava infeliz porque seus pais não se davam bem, que discutiam com frequência e que ele os ouvia, porque seu quarto era separado do quarto deles por uma simples divisória. Ele me disse que se sentia culpado, que achava que era responsável por essas discussões dos pais por causa de seus problemas de comportamento e era por isso que tinha medo de parar com a medicação.

Recebi os pais com o filho. Insistiam muito na necessidade de André ter uma “bagagem”, que ele tivesse sucesso na escola e, enquanto eles falavam, André ficava muito agitado. Perguntei então aos pais se a “bagagem” deles lhes havia servido em suas vidas, e foi então que o pai fez um discurso afirmando que os estudos pouco ou nada lhe serviram, que ele havia tido sucesso na vida por outras qualidades. Vi então André, ouvindo as verdadeiras palavras de seu pai, acalmar-se e cessar sua agitação.

Várias semanas depois, a mãe pediu para me ver sozinha, sem o marido ou o filho, eu a recebi. Ela estava em prantos, seu marido havia decidido se separar dela para morar com um homem.

Há muito tempo eles não tinham mais relações íntimas, o marido alegando cansaço e ganho de peso para explicar sua falta de desejo. Mas ela não tinha pensado em homossexualidade. Ela me pediu para continuar as conversas com André e, também, para ajudá-la a encontrar uma direção.

Não vou continuar a história, mas apenas propor algumas reflexões. O diagnóstico comportamental de TDA/H com prescrição de longo prazo havia ocupado toda a cena, permitiu ocultar a fragilidade do casal parental, as meias-verdades do pai, a dissimulação de sua orientação homossexual, a depressão da mãe e principalmente o sofrimento psíquico da criança. André usava o medicamento para tentar atenuar esse sofrimento psíquico. O espaço de escuta, de acolhimento da fala ajudou a resolver um pouco a sua situação. Com certeza foi importante que eu não tenha interrompido a prescrição no início, uma vez que isso criou um sentimento de confiança em André. A clínica da escuta, a clínica transferencial, é sempre caso a caso; ela exclui o protocolo, a postura ideológica ou dogmática.

O metilfenidato é um medicamento que funciona a curto prazo em muitos casos. Melhora a atenção, especialmente para as tarefas tediosas. Geralmente, apresenta poucos efeitos colaterais, mas esses podem ser graves, como impacto no crescimento ou anorexia. Seus efeitos a longo prazo são pouco documentados e ele é apenas um estabilizador de trajetória na medida em que sua prescrição é acompanhada de apoio, de orientação psicológica e, às vezes, social. Na ausência desse acompanhamento, torna-se um dopante escolar que pode mascarar por algum tempo patologias subjacentes ocultadas pelo diagnóstico superficial de TDA/H.

Não é de forma alguma uma pílula mágica.

## Referências

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic statistical manual of mental disorders, second edition (DSM-II)*, APA, 1966.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic statistical manual of mental disorders, third edition (DSM-III)*. APA, 1980.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, third edition revised (DSM-III-R)*, APA, 1987.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition (DSM-IV)*, APA, 1994.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition (DSM 5)*, APA, 2013.
- BEJEROT, S.; NILSONNE, G.; HUMBLE, M. B. Subcortical brain volume differences in participants with attention deficit hyperactivity disorder in children and adults. *Lancet Psychiatry*, n. 4, p. 437, 2017.
- BRADLEY, C. The behaviour of children receiving Benzedrine. *American Journal of Psychiatry*, n. 94, p. 577-585, 1937.
- BREWIS, A.; SCHMIDT, K. Gender variation in the identification of Mexican children's psychiatric symptoms. *Medical Anthropology Quarterly*, n. 17, p. 376-393, 2003.
- CARPENTER-SONG, E. Caught in the psychiatric net: meanings and experiences of ADHD, pediatric bipolar disorder and mental health treatment

among a diverse group of families in the United States. *Culture Medicine and Psychiatry*, n. 33, p. 61-85, 2008.

CONRAD, P. The discovery of hyperkinesis: notes on the medicalization of deviant behavior. *Social Problems*, n. 23, p. 12-21, 1975.

CURTIN, K. *et al.* Increased risk of diseases of the basal ganglia and cerebellum in patients with a history of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Neuropsychopharmacology*, n. 43, p. 2.548-2.555, 2018.

DANIELSON, M. L. Prevalence of parent-reported ADHD diagnosis and associated treatment among U. S. children and adolescents, 2016. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, n. 47, p. 199-212, 2018.

DE CAMPO, N. *et al.* A positron emission tomography study of nigro-striatal dopaminergic mechanisms underlying attention: implications for ADHD and its treatment. *Brain*, n. 136, p. 3.252-3.270, 2013.

FARAONE, S. V.; LARSSON, H. Genetics of attention deficit hyperactivity disorder. *Molecular Psychiatry*, n. 24, p. 562-575, 2019.

FISCHER, J.; FISCHER, A. *The New Englanders of Orchard Town*. John Wiley and Sons, 1966.

GONON, F.; COHEN, D. [S. l.; s. n.], 2011. Disponível em: <http://speapsl.aphp.fr/pdfpublications/2011/2011-16.pdf>.

GÖTZSCHE, P. C. *Death of a Whistleblower and Cochrane's Moral Collapse*. People's Press, 2019.

HOOGMAN, M. *et al.* Subcortical brain volume differences in participants with attention deficit hyperactivity disorder in children and adults: a cross-sectional mega-analysis. *Lancet Psychiatry*, n. 4, p. 310-319, 2017.

JENKINS, H. (ed.). *The Children's Culture Reader*. New York: New York University Press, 1998.

JENSEN, P. *et al.* 3-year follow-up of the 248 NIMH MTA study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, n. 46, p. 989-1002, 2007.

JOSEPH, J. *The Missing Gene: Psychiatry, Heredity, and the Fruitless Search for Genes*. New York: Algora Publishing, 2006.

JOSEPH, J. *The Trouble with Twin Studies: a reassessment of twin research in the social and behavioral sciences*. Routledge, 2015.

- LUK, S. L.; LEUNG, P. W. Connors teachers rating scale – a validity study in Hong Kong. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, n. 30, p. 785-794, 1989
- MANN, E. *et al.* Cross-cultural differences in rating hyperactive-disruptive behaviours in children. *American Journal of Psychiatry*, n. 149, p. 1.539-1.542, 1992.
- MONCRIEFF, J.; TIMIMI, S. Is ADHD a valid diagnosis in adults? No. *British Medical Journal*, n. 340, p. 736-737, 2010.
- MONCRIEFF, J.; TIMIMI, S. Critical analysis of the concept of adult attention deficit hyperactivity disorder. *The Psychiatrist*, n. 35, p. 334-338, 2011.
- MTA CO-OPERATIVE GROUP. A 14 month randomized clinical trial of treatment strategies for attention deficit/hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*, n. 56, p. 1.073-1.086, 1999.
- MTA CO-OPERATIVE GROUP. Moderators and mediators of treatment response for children with attention deficit/hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*, n. 56, p. 1.086-1.096, 1999.
- ODIER, B. La psychiatrie à l'épreuve du scientisme. *L'information Psychiatrique*, v. 80, n. 7, 2004.
- RAPOPORT, J. *et al.* Dextroamphetamine: cognitive and behavioural effects in normal prepubertal boys. *Science*, n. 199, p. 560-563, 1978.
- RAPOPORT, J. L. *et al.* Dextroamphetamine: its cognitive and behavioural effect in normal and hyperactive boys and normal men. *Archives of General Psychiatry*, n. 37, p. 933-943, 1980.
- SINGH, I. A disorder of anger and aggression: children's perspectives on Attention Deficit/Hyperactivity Disorder in the UK. *Social Science and Medicine*, n. 73, p. 889-896, 2011.
- STOREBØ *et al.* Methylphenidate for children and adolescents with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). *Cochrane database of systematic reviews*, 2015.
- SMITH, M. *Hyperactive: the controversial history of ADHD*. Reaktion Books, 2012.
- STILL, G. F. Some abnormal psychiatric conditions in children. *Lancet*, I, p. 1008-1012, p. 1077-1082 e p. 1163-1168, 1902.

STRAUSS, A.; LEHTINEN, L. *Psychopathology and Education of the brain injured child*. New York: Grune and Stratton, 1947.

TIMIMI, S. *Naughty boys: anti-social behaviour, ADHD and the role of culture*. Palgrave MacMillan, 2005.

TIMIMI, S. Attention Deficit Hyperactivity Disorder is an example of bad medicine. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, n. 49, p. 575-576, 2015.

TIMIMI, S. Non-diagnostic based approaches to helping children who could be labelled ADHD and their families. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, n. 12, sup1, 2017.

TIMIMI, S. A critique of the concept of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). *Irish Journal of Psychological Medicine*, n. 35, p. 251-257, 2018.

TIMIMI, S. Rebuttal to Dr Foreman's article on 'ADHD: progress and controversy in diagnosis and treatment'. *Irish Journal of Psychological Medicine*, n. 35, p. 251-257, 2018.

TIMIMI, S. *et al*. A critique of the international consensus statement on ADHD. *Clinical Child and Family Psychology Review*, n. 7, p. 59-63, 2004.

TIMIMI, S.; LEO, J. (eds.). *Rethinking ADHD: from brain to culture*. Palgrave MacMillan, 2009.

TIMIMI, S.; TAYLOR, E. In Debate: ADHD is best understood as a cultural construct. *British Journal of Psychiatry*, n. 184, p. 8-9, 2004.

TIMIMI, S.; TIMIMI, L. The social construction of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). In: LESTER, J. N.; O'REILLY, M. (ed.) *The Palgrave handbook of child mental health*. London: Palgrave Macmillan, 2015. p. 139-157.

TIMIMI, S. *Insane medicine: how the mental health industry creates damaging treatment traps and how you can escape them*. [S. l.]: Kindle Edition, 2021.

WHITAKER, R.; COSGROVE, L. *Psychiatry under the influence: institutional corruption, social injury, and prescriptions for reform*. London: Palgrave MacMillan, 2015.

WHITELY, M. *et al*. Annual research review: Attention Deficit Hyperactivity Disorder late birthdate effect common in both high and low prescribing

international jurisdictions: a systematic review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, n. 60, p. 380-391, 2019. doi: [10.1111/jcpp.12991](https://doi.org/10.1111/jcpp.12991).

WILLIAMS, N. M. *et al.* Rare chromosomal deletions and duplications in Attention-deficit Hyperactivity Disorder: a genome-wide analysis. *The Lancet*, n. 376, p. 1.401-1.408, 2010.



## CAPÍTULO 6

# Corpos indóceis sob transferência

Rinaldo Voltolini

O prestígio indiscutível, em nossos tempos, do diagnóstico de TDA/H tem dividido os profissionais da saúde e da educação em dois campos distintos e opostos entre si. De um lado, encontramos aqueles que comemoram a chegada desse diagnóstico que viria descrever, enfim, um quadro que congrega uma série de comportamentos antes observados sem uma devida sistematização e que agora podem ser identificados pelo nome que os unifica: TDA/H. À precisão dos elementos de observação e identificação, garantida pela existência do quadro, se soma, ainda, a possibilidade de encontrar finalmente uma conduta adequada ao seu tratamento. Seja no que tange à intervenção do médico, seja no que diz respeito ao pressuposto trabalho complementar de pais e professores, a constituição desse quadro nosológico permitiria um melhor e maior controle sobre os efeitos indesejados dele derivados. Um transtorno antes não nomeado dava margem a entendimentos equivocados e a julgamentos incorretos e ofensivos de sujeitos concernidos pelo problema. Preguiçosos, mal-comportados, lunáticos, agressivos: antes, adjetivações comuns, podem, agora, encontrar o assento correto numa descrição científica que os coloca devidamente em seu lugar.

Do outro lado, encontram-se aqueles que levantam uma suspeita sobre a pertinência, consistência e mesmo existência do quadro: fato ou factóide? Tal suspeita advém da percepção de vários fatores presentes na concepção e disseminação do conceito; fatores ligados às condições epistemológicas da pesquisa científica, que constitui e desenvolve o conceito; fatores ligados ao

interesse financeiro que anima os laboratórios que não cessam de investir dinheiro em pesquisas que conduzam ao medicamento correspondente ao quadro, tornando-se, assim, objeto imediato de suspeita de conflito de interesses; fatores ligados ao aumento exponencial de diagnósticos positivos – entre 2005 e 2010, segundo levantamento do Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade, observou-se um aumento de 1.400% na compra do metilfenidato, medicamento mais prescrito para este quadro; e por fim, por conta de fatores de fundo ideológico ligados à sociedade neoliberal, que promove a ideia de um indivíduo autoengendrado, cuja liberdade de ação se encontraria desembaraçada de todo e qualquer determinismo e de todo e qualquer contexto, o que criaria o esteio discursivo para o entendimento dos problemas de comportamento como fundamentalmente ligados à bioquímica do cérebro.

A oposição entre os lados tem assumido com frequência um caráter querelante, pouco propício ao debate, ainda que algumas exceções a isso devam ser assinaladas, como é o caso, no Brasil, do que pratica o Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade,<sup>1</sup> citado anteriormente, que reúne profissionais de diferentes áreas afins – da medicina (pediatras e psiquiatras), da psicologia, da psicanálise, da educação etc. – em torno de uma discussão séria e consequente da circulação da medicação na escola e na sociedade. Esse estado de coisas fica ainda mais complicado quando observamos o peso do atravessamento midiático na questão – em geral, apresentam o tratamento medicamentoso como a alternativa realmente adequada – ou mesmo quando vemos o Estado, na mesma direção da mídia, tomar a iniciativa de encerrar o debate em favor de um dos lados, impactando as políticas públicas com projetos cuja base científica é bastante frágil e cujos efeitos podem chegar a ser bastante sérios para a população – como

---

1 Fórum permanente de debates criado em 2010 a partir da realização do I Seminário Internacional “A Educação Medicalizada: dislexia, TDA/H e outros supostos transtornos”, e que conta com dezenas de entidades signatárias pertencentes aos campos da medicina, da psicologia, da educação e de representações sociais mais amplas. Ver: [medicalizacao.org.br](http://medicalizacao.org.br).

é o caso do fomento ao anúncio precoce de casos de TDA/H como forma de prevenir a delinquência que, supostamente, seria uma consequência desse transtorno.

A complexidade em jogo na análise dessas correlações, que exigiria, por parte da ciência e, conseqüentemente, das autoridades governamentais, um maior cuidado, contrasta com a forma rápida e convicta com que certos *atos* científicos são definidos dentro da política dos fatos *baseados em evidências*. Como se vê, contrariando o ditado popular, uma mentira pode não ter pernas curtas e mesmo andar até muito longe.

Para além de uma tomada de posição quanto a um dos lados, interessamos, neste texto, abordar o problema do TDA/H a partir de uma premissa que problematiza a ideia dos fatos baseados em evidências. Longe de defender uma recusa dos fatos em prol de crenças obscurantistas, trata-se de sublinhar que a construção de um fato depende sempre de um discurso, fora do qual esse fato sequer chega a ter lugar e consistência. Ao contrário do que certa formulação da ciência – mas, também, da perspectiva jornalística – pretendeu fazer acreditar, um fato não é uma realidade neutra e pré-existente ao discurso. Mesmo a mais pura observação – disciplina com a qual a ciência postulou sua diferença no campo dos saberes – está condicionada por um discurso.

A observação é sem dúvida um dom, mas um dom que se adquire. Litré dizia, para “observar”: (1) Conformer-se ao que é prescrito por alguma lei, por alguma regra (primeiro sentido já que o latim *observare* significa: guardar em torno). “Eu observarei, Senhor, uma opinião importante”. (Clavreul, 1983, p. 82 )

Em Foucault (1996), por exemplo, encontramos uma aproximação entre a evidência e a alienação. Imersos em nossa época, nos tornamos menos capazes de compreendê-la por falta do distanciamento necessário, que possibilitaria a devida reflexão; desde essa alienação ao discurso de época, tendemos a naturalizar o que percebemos, como se sua existência fosse imamente e eterna: o que é construção social e histórica nos aparece como um estado de natureza. O único remédio para isso, destaca o autor, é recorrer ao expediente hermenêutico da interpretação dos signos dessa época para

desalojar a evidência em prol de uma *clarividência*. Na mesma direção, Althusser (2012) liga a evidência à ideologia – a evidência ideológica –, demonstrando como a percepção é comandada por um saber que escapa ao domínio daquele que percebe; a ideologia não depende do consentimento do sujeito para disseminar-se, ela é, em si mesma, um saber que comanda para além das decisões do sujeito. Contra ela, a conscientização.

Lacan (1992 [1969-1970]), por sua vez, também insistirá que não há fato que não seja do discurso. Os lugares – discursivos – pré-interpretam, quer dizer, moldam a percepção, induzindo-a a uma dada direção. O discurso oferece semblantes que são *aparências eficazes* que dão ao sujeito uma sensação de evidência. E mesmo o discurso científico, suposto constituir-se em contraposição às aparências, não pode prescindir delas em sua organização. “O ponto de partida do pensamento científico, digo, na história, vem a ser o quê? A observação dos astros. E isso é o quê senão a constelação, ou seja, a aparência típica?” (Lacan, 2009 [1971], p. 15).

Por trás dessas aparências, não há senão outras aparências – já que é próprio ao discurso sustentar a realidade articulando de modo borromeano os registros simbólico, imaginário e real. Se houvesse “um discurso que não fosse semblante”, ele seria o psicanalítico, não porque seria um discurso capaz de eliminar o semblante em prol de uma suposta verdade derradeira, mas apenas porque é aquele particularmente preparado para denunciar a estrutura de todo discurso. Um discurso é, antes de tudo, aquilo que mostra que a palavra é ato, ele é performativo e não simplesmente representativo.

Evitando, portanto, o debate sempre polêmico sobre a *veracidade fáctica* ou não do diagnóstico de TDA/H, mesmo sem desconsiderar sua pertinência, propomo-nos a perguntar sobre sua *verdade discursiva*: *do que o TDA/H é o nome?* Avançando para além de sua precisão conceitual – campo do exame científico –, tomamos o TDA/H como um significante-mestre cuja conveniência discursiva, esperamos demonstrar, se forja num ponto de junção entre a medicina e a escola. Que a medicina – sobretudo a psiquiatria – se alimenta do discurso hegemônico de cada época para constituir a base de seus diagnósticos também já foi vastamente demonstrado. Bastaria um exemplo eloquente fornecido por Scliar (2007) em relação aos diagnósticos de disestesia etiópica e drapetomania. Completamente

abandonados hoje em dia, ambos foram construídos na época em que a escravidão estava legalmente instituída; o primeiro descrevia um quadro de preguiça para o trabalho; o segundo, uma compulsão a vagar ao léu, a andar sem direção, a fugir. Nem é preciso acrescentar que só os negros recebiam esse diagnóstico.

Desse modo, o diagnóstico de TDA/H pode ser tomado como um significativo que refere – e mesmo de modo emblemático – o discurso que ordena a escola atual. Não por acaso, é possível encontrar entre os professores uma forte adesão ao saber médico e, mesmo, a convicção de que, em algum grau, este saber deve fazer parte da formação docente (Silva, 2014). Percorrer o discurso escolar atual não tem para nós uma função ilustrativa, de demonstração do vetor ideológico indubitavelmente presente no diagnóstico do TDA/H, mas, antes, a de resgatar um campo no qual o trabalho com os alunos pode encontrar uma alternativa, eminentemente educativa, ou seja, centrada na palavra, sem precisar recorrer de modo automático e dentro da burocracia institucional ao tratamento medicamentoso. Como o saber pedagógico se tornou dócil ao da medicina, ou seja, como o professor passou a acreditar que a aprendizagem de seu aluno depende diretamente do aporte medicamentoso (Guarido e Voltolini, 2009), sem ver nesse fato nenhuma contradição entre a base de seu trabalho – eminentemente simbólica – e aquela do médico – ação direta sobre a fisiologia do organismo –, constitui para nós a verdadeira questão.

A distinção entre medicalização e medicação não é aqui, evidentemente, desconsiderada, já que não pretendemos questionar os avanços legítimos e bem-vindos das neurociências, da biomedicina, da psicofarmacologia ou de outras ciências afins, e, sim, problematizar o entendimento que reduz os impasses escolares a problemas de mau funcionamento neurológico.

A medicalização da infância e da educação é um processo que tem transformado uma figura literária, o “Menino Maluquinho”<sup>2</sup> (1980/2010) – figura simpática e conhecida na literatura brasileira –, em uma figura literal.

---

2 Personagem de Ziraldo que dá justamente título ao livro “O Menino Maluquinho”, constantemente republicado, publicado pela primeira vez em 1980.

A adjetivação de maluquinho servia, no personagem, para mostrar a simpatia presente na inconveniência que é marca própria do infantil.<sup>3</sup> O risco é que essa inconveniência, característica da infância, seja confundida justamente com algo que não tem uma relação direta com ela: a impertinência. Em outra história – a do Sítio do Pica-pau Amarelo,<sup>4</sup> de Monteiro Lobato –, a personagem Emília, uma boneca de pano, tomava a pílula falante e começava a matraquear. O risco da medicalização da infância, que trabalhamos para evitar, é o de transformar a pílula falante em pílula *calante*.

### **A escola contemporânea e o TDA/H**

O histórico de imbricação entre os discursos da medicina e da escola não é recente; muitos foram os diagnósticos no terreno da infância forjados desde a discursividade da escola. Imbecilidade, idiotia, retardamento mental foram diagnósticos construídos em estreita subordinação àquilo que a escola colocava em evidência: o desempenho intelectual. Não é preciso ir muito longe para ver que com o diagnóstico de TDA/H ocorre o mesmo. Qual lugar, senão a escola, dá mais valor à atenção e à restrição do movimento para seu bom funcionamento? A constatação do vínculo intrínseco entre esses dois componentes do funcionamento psíquico e a escola serve apenas para demonstrar como o saber médico se vê condicionado por elementos que o ultrapassam – a ordem discursiva escolar, no caso –, mas não é suficiente, contudo, para justificar a presença do medicamento como forma de tratamento da questão. A atenção e o controle da motricidade sempre foram componentes importantes da escolarização, mas, em outros tempos, a resposta da escola diante dos desvios ao padrão desejado

---

3 Lembremos da mesma inconveniência retratada na criança da história de Hans Cristian Andersen “A roupa nova do rei”.

4 Obra de Monteiro Lobato, composta de 23 livros que narram as aventuras dos personagens do Sítio do Pica-pau Amarelo, publicados entre 1920 e 1947. Adaptada para o cinema, a obra deu também origem à famosa série da TV Globo, exibida diariamente entre os anos de 1977 a 1986 e reeditada entre os anos de 2001 e 2007.

era de cunho moral, ou seja, o recurso à autoridade docente para convencer o aluno a recuperar o foco e o autocontrole.

O que teria tornado possível e legítimo o surgimento da resposta médica ao problema do controle da atenção e da motricidade? A resposta oficial, como sabemos, é a que refere o fato aos avanços da ciência. Antes não conhecíamos nem o transtorno, nem o remédio para ele; visto que agora o conhecemos, a escola pode beneficiar-se desse grande avanço científico. Como sabemos, desde os trabalhos de Foucault com respeito à construção do solo epistemológico da medicina (1980, 2003) e das ciências humanas (2016), tal afirmação é ingênua – embora jamais inocente –, porquanto parte da suposição, já superada, da existência de uma história das ideias, segundo a qual os saberes evoluem por sua força intrínseca de questionamento, sendo a história geral apenas um cenário cronológico da aparição das ideias. Tudo se passaria como se os cientistas, fechados em seus laboratórios e munidos de hipóteses fortes de trabalho retiradas de sua investigação criteriosa, chegassem às verdades científicas puras e neutras. A história dos saberes se acha muito mais ligada às instituições e seus jogos de poder do que se gostaria de admitir. A que responderia, então, o saber que compõe o diagnóstico de TDA/H?

Nossa hipótese é a de que esse saber se constrói no cruzamento de dois fatos contemporâneos que o condicionam. De um lado, a medicalização da existência (Gori e Del Volgo, 2005), termo empregado para demarcar um discurso corrente que propõe, de modo prioritário, a resposta química a todo e qualquer problema existencial e social. Na esteira do que Foucault (2010) chamou de biopolítica, a medicalização aparece, provavelmente, como sua realização maior. De fato, quando consultamos o DSM<sup>5</sup> em qualquer uma de suas versões, vemos que praticamente todos os domínios da

---

5 O DSM é um manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais feito pela Associação Americana de Psiquiatria, cuja primeira edição (DSM 1) foi publicada em 1952 e cuja versão mais recente (DSM 5) foi publicada em 2013. Ele tem sido defendido como um documento importante para um consenso mundial em torno da nomenclatura que serve de base para o processo diagnóstico.

vida social se acham submetidos à classificação e à patologização: o consumo dos alimentos, a vida sexual, as relações sociais e, até mesmo, o uso que fazemos dos transportes. Por que ficaria de fora a nossa vida escolar?

De outro lado, a entrada da escola num pleno e acelerado processo de “declínio da instituição” (Dubet, 2002). Dizer que a escola declina em sua institucionalidade é reconhecer que ela vai abandonando o caráter *processual* de seu trabalho em direção a um trabalho *procedimental*. O declínio de sua institucionalidade é inversamente proporcional ao aumento de sua organização. Uma instituição não é apenas o organograma que organiza a hierarquia e a atribuição de funções, tampouco o estabelecimento de protocolos de relações no trabalho. Ela é, antes de tudo, um “programa institucional” (p. 13) que representa um modo de socialização, ou seja, que marca de modo significativo o atravessamento da instituição na configuração daquilo que compõe as relações sociais. O programa institucional é aquilo que inscreve uma dada modalidade de laço social no seio do funcionamento institucional.

A tarefa singular da escola, sua marca institucional, é a de promover o *estudar*. Tornou-se necessário lembrar isso, uma vez que hoje em dia é frequente vermos a escola definida como uma agência de aprendizagem. Pode-se aprender em vários lugares, no trabalho, em casa, na rua, na escola, de modo que não é a aprendizagem que define a especificidade institucional da escola. Estudar, entretanto, processo de empregar o tempo na contemplação e análise de um objeto, é o elemento definidor da especificidade institucional da escola. Mas qual professor tem seu trabalho avaliado hoje em dia por sua capacidade de levar o aluno a estudar? O desempenho do professor será entendido como diretamente proporcional à quantidade de respostas certas que seus alunos dão nas provas promovidas pelo Estado para avaliar a eficiência das escolas.

Se até pouco tempo o aluno e/ou sua família eram responsabilizados pelo eventual fracasso escolar, vimos ocorrer nos últimos vinte anos – pelo menos no Brasil – uma crescente responsabilização do professor por este fracasso. O tema da formação docente ganhou, na agenda pedagógica desses últimos vinte anos, a mesma relevância de que gozara até então, com exclusividade, o tema do fracasso escolar. Desde essa consideração em



relação ao discurso pedagógico, torna-se possível entender a adesão de tantos professores à tese da medicação, já que, através dela, seria possível ver o problema do fracasso escolar deslocar-se de suas costas novamente para as do aluno. Mesmo quando o professor duvida, em função dos elementos que colhe graças à sua formação ou tão somente à sua própria observação, de que dado comportamento do aluno possa ser tomado como signo de seu TDA/H, ele prefere seguir a hipótese médica.

Além disso, a medicação é um expediente procedimental e não processual como o é o estudar, permitindo que o professor se situe adequadamente nessa nova configuração organizacional da escola na qual seu trabalho assume formas cada vez mais protocolares. O afastamento de seu programa institucional torna a escola vulnerável também a outros discursos que passam facilmente a atravessá-la e a afastá-la de sua tarefa singular. Foi assim que os professores se viram, também, facilmente convencidos da importância de integrar em seu trabalho a tecnologia, sobretudo aquela que traz o recurso audiovisual. Acusada de anacronismo, de resistência à modernização – mesmo que seja possível observar que, provavelmente, nenhuma instituição passou por tantas reformas nos últimos trinta anos como ela –, a escola incorporou em sua prática o recurso audiovisual.

Não que, como um recurso, ele seja condenável ou refutável em si mesmo. Seria impossível e indesejável deixar a escola à margem das conquistas sociais. O que importa investigar aqui, entretanto, é de que modo ele entra no universo escolar. A oferta desse recurso tecnológico não vem apenas se somar aos recursos pedagógicos já disponíveis para o professor, mas mudar fundamentalmente a modalidade da relação pedagógica. Junto com a tela, a lógica que a ela subjaz: a da audiência.

O modelo educacional que prevalece hoje contra o “arcaísmo” integrou a famosa “revolução audiovisual”, que se desenrolava paralelamente a essa “revolução pedagógica”, de modo que o que doravante funciona na escola é o modelo do *talk show* televisivo, onde cada um pode “democraticamente” dar sua opinião. (Dufour, 2005, p. 142, grifos do autor)

A lógica da audiência é fundamental para nossa análise, uma vez que é ela que coloca a questão da atenção em um lugar de destaque. Na lógica da audiência, o mais importante é prender a atenção e lucrar com ela. É bem verdade que a atenção é uma condição necessária ao estudar e, consequentemente, à aprendizagem, mas seria importante sublinhar que necessária, porém não suficiente. O aluno atento terá, ainda, que implicar-se no que vê para que algo do conhecimento se produza.

Essa concepção, tão valorizada nas reflexões pedagógicas que contestaram a escola dita tradicional, excessivamente ancorada na atenção ao professor e na memorização desimplicada dos conteúdos, se vê agora relativizada em prol dos meios de atrair a atenção. Aposta-se mais que a implicação venha da *motivação* – própria dos estímulos e pensada na lógica televisiva – e não da *mobilização*. Donde a feliz expressão cunhada por Dufour (2005, p. 117), “*Homo zappiens*”, para marcar com a força de uma mutação antropológica esse expediente de conceder ao homem a possibilidade de mudar de canal toda vez que o programa em pauta não lhe atrair a atenção. Nessa fórmula, encontramos reunidos os dois elementos que compõem o diagnóstico do TDA/H: a hiperatividade – mudar sem parar nos canais – e a atenção.

Da mobilização à motivação, um deslocamento importante é realizado sem ser devidamente observado em suas consequências. Trata-se do deslocamento do campo do sentido – lógica significativa – para o campo do estímulo – lógica sensorial. O erotismo, que sabemos, desde Freud, estar intimamente ligado ao processo do conhecimento, recebe no procedimento da motivação um tratamento particular que o aproxima da pornografia, na medida em que, como ocorre na pornografia, é na mostração que se coloca o acento para atrair. O prazer não estaria no mistério, mas na exposição bem-vestida – ou despida – do objeto. Já no processo de mobilização, o erotismo se encontra no mistério, que vai interessando por sua propriedade de enigmatizar o objeto e propor um caminho para seu desvendamento.

Temos, portanto, que atrair a atenção é algo decisivo no processo da motivação, enquanto certa suspensão de sua pregnância é reclamada no processo de mobilização; afinal, como já se soube dizer, um bom livro é aquele que se lê levantando muitas vezes a cabeça, ou seja, deslocando-se

a atenção. Com a atenção em um lugar tão destacado, não é de se espantar que ela apareça dando nome a um quadro que patologiza sua ausência ou ineficiência: o déficit de atenção. Em uma escola tão ocupada em atrair a atenção e que, para tanto, não hesita em confrontar seu programa institucional e a tarefa que a singulariza, faltar com a atenção aparece como um comportamento imperdoável. A oferta da medicação aparece, portanto, como o elo que fecha perfeitamente o ciclo.

Antes que tentar entender o que tantas crianças catalogadas como “agitadas” ou “hiperativas”, que sem parar passam ao ato, não conseguem mais pôr em palavras, reenvia-se-as (sic) doravante a elas mesmas medicalizando-as cada vez mais cedo. (Dufour, 2005, p. 145)

Sem perceber as consequências de tamanho destaque dado à atenção no campo pedagógico, a escola estabelece um *continuum* entre a *sedução* e a *sedação*, ambos procedimentos ligados à premência da atenção. Uma geração de crianças e jovens deve sua constituição a uma época na qual esse processo se encontra em curso. A invasão das telas em todos os ambientes e momentos da vida cotidiana de todos nós é um fato indiscutível, a ponto de sugerir o estudo da toxicidade de sua presença e do risco de que ela se transforme em uma adicção, mais uma provavelmente a conhecer em breve a droga que lhe corresponde.

### **A psicanálise e o TDA/H**

O TDA/H não é um diagnóstico próprio ao campo da psicanálise. Os psicanalistas, ao contrário, encontram-se em um terreno conceitual que os dispõe a contestar integralmente a pertinência dessa denominação. Primeiro, porque ela se dá fora de qualquer consideração psicopatológica – o TDA/H é apresentado como uma disfunção neurodesenvolvimental –; depois, porque ancora sua constatação em uma semiologia frágil, baseada em exames de comportamento e questionários dados aos pais e professores com questões bastante imprecisas – do tipo: ele apresenta dificuldade em seguir instruções? Ele perde coisas constantemente? É facilmente distraído? Convenhamos que, a depender da pessoa que responde a essas perguntas,

a avaliação pode ser muito diferente. Segundo porque se trata de um diagnóstico feito fora de uma situação de transferência.

Que a psicanálise problematize o diagnóstico não significa que ela desconsidere a presença dos traços que levam o médico a fazer o diagnóstico, nem que ela ignore as relações entre o que se flagra hoje em dia como déficit de atenção e a conjuntura social que lhe dá o contexto. Importa-nos traçar, ainda que de forma sintética, uma espécie de *questões preliminares a todo tratamento possível do TDA/H*, ressaltando os eixos principais de uma formulação psicanalítica sobre o assunto. Não apenas para resgatar a legitimidade do tratamento psicanalítico do referido quadro – cada vez mais contestada pela ordem médica que recomenda, em geral, a terapia cognitivo-comportamental como tratamento complementar –, mas também, e sobretudo, para resgatar a legitimidade de todas as práticas de palavra, em particular a educação, naquilo que podem ter de efeitos sobre o problema.

Para tanto, será fundamental organizar um percurso argumentativo que demonstre a relação entre os fatores estruturais do psiquismo – o lugar da atenção, por exemplo, no aparelho psíquico e sua dinâmica – e os fatores conjunturais da cultura – como, por exemplo, o destaque dado à atenção pela lógica televisiva, tal como sublinhamos anteriormente. Sem essa articulação, própria à psicanálise, nos arriscamos a cair ou em um modelo organicista, que atribui tudo a um desvio da norma de funcionamento dos órgãos, ou em um sociologismo primário, que tende a atribuir tudo ao condicionamento social e histórico.

No texto “A moral sexual civilizada e doença nervosa moderna”, Freud (1996 [1908]) inaugura um modo próprio de pensar o sofrimento psíquico em sua relação com a sociedade que lhe dá o contexto. Evitando a *abordagem ecológica* do sofrimento psíquico – aquela que vê nos fatores ambientais a causa dos problemas: vida estressante, competitiva etc. –, tão em voga até os dias de hoje, o autor propõe outro modelo, o da abordagem psicopatológica, que é aquela que toma o cruzamento entre os fatores contingenciais e os estruturais como o que condiciona o sofrimento. Lembremos que, nesse texto, Freud busca demonstrar que, mesmo que se constate a presença de fatores tóxicos contingenciais – considerados por ele nas chamadas “neuroses tóxicas” (p. 173) –, é preciso não esquecer que tais fatores só ganham

força patogênica quando encontram o impulso dos fatores constitucionais do psiquismo. Donde, para ele, a distinção diagnóstica entre neuroses atuais – causadas pelos fatores tóxicos – e psiconeuroses – causadas por fatores relativos à história do sujeito – perde o valor, pois o que se deve observar é a relação sempre presente entre os fatores atuais e a história do sujeito, fora da qual o elemento atual não tem nenhum valor.

A presença intoxicante de uma hiperestimulação sensorial, que faz do sujeito contemporâneo um *zapper* frente a uma plethora de estímulos que o convocam, tem suas raízes nas vicissitudes do mundo capitalista. O capitalismo, em sua voracidade de fazer consumir, propõe tudo nos moldes de uma relação de consumo, ou seja, de devoração e destruição. A perenidade das coisas é prejudicial ao negócio, que precisa do reciclamento dos objetos e dos interesses e desejos para que a máquina produtiva e consumidora não cesse de se movimentar e crescer. Isso explica por que o comércio das drogas ilícitas, claramente rentável enquanto negócio financeiro é, mesmo assim, proibido na maioria dos países. Sua ampla circulação ameaçaria a diversidade necessária dos produtos; afinal, a droga atinge, em geral, aquilo que é o ideal de qualquer agente de marketing: conseguir que o consumidor precise sempre do produto e só daquele produto.

O capitalismo quer/precisa que os sujeitos sejam porosos, quer/precisa de “[...] um sujeito aberto a todas as conexões e às flutuações identitárias e, conseqüentemente, pronto para todas as conexões mercadológicas” (Dufour, 2005, p. 21-22). Quanto menos preso está o sujeito a uma história que condiciona seu desejo e, portanto, reduz o campo de seus interesses a uma faixa restrita de produtos, tanto melhor, já que, assim, aumenta-se a chance de atingir o maior público possível. Para tanto, além do que tinha feito, até então, com o disciplinamento dos corpos, tornou-se necessário ao capitalismo suprimir as almas, “reduzir as cabeças”. Reduzir as cabeças, ou seja, deter o sujeito fora de sua perspectiva crítica e aberto ao controle induzido pelo interlocutor interessado em sua adesão é um procedimento que lembra perfeitamente um outro, testado e abandonado pela psicanálise: a hipnose. Freud percebeu bastante cedo a virtude da hipnose em seu potencial de sugestão, assim como seu defeito na dificuldade que ela impõe ao sujeito de se apropriar daquilo que se revela através dela. Quando

queremos que os efeitos da cura sejam mais duradouros, melhor deixar os pacientes acordados.

Lembremos, também, do papel central que a atenção desempenha no processo da hipnose: é através do controle da atenção que se induz a passagem a um outro estado de consciência e à submissão ao hipnotizador. Lembremos, também, que, novamente, a atenção receberá de Freud, na passagem do método hipnótico ao analítico, um novo lugar e papel: para o analisante, a atenção deve abandonar-se ao fluxo do pensamento – a *associação livre* –, e, para o psicanalista, do mesmo modo, deve abandonar-se a uma flutuação que trata todo assunto trazido pelo paciente de forma igualitária, sem se deixar capturar por suas próprias preferências: a *escuta flutuante*. Freud, portanto, convida a tomar certa distração como método.

Evidentemente que não se trata aqui da mesma distração flagrada no TDA/H, mas o exame dessa diferença resulta instrutivo para compreender melhor o lugar da atenção na estrutura psíquica. Propomos uma fórmula comparativa: atenção *flutuante* versus atenção *siderante*. O cerne da diferença entre os dois modos de distração está no fato de que, na atenção flutuante, proposta pela psicanálise, temos uma porta de entrada; enquanto, na atenção siderante, própria à criança com TDA/H, temos uma porta de saída: o analista se distrai para melhor captar o que diz o analisante, enquanto a criança TDA/H se distrai para se evadir da situação.

A atenção é uma das funções do Eu, que traz a ele a capacidade de selecionar dentre os estímulos que abundam ao seu redor, sejam internos ou externos, aqueles que devem ser focalizados. Se o sujeito não realiza essa seleção que, em geral, tem o desejo como organizador, como bem nos fez notar Freud ao longo de toda a sua obra, ele corre o risco de desorganizar sua ação em prol de respostas difusas de caráter impulsivo, visto que ligadas apenas aos estímulos e sem vinculação com nenhum daqueles que se relacionem ao campo do que é significativo ao sujeito. Eis aqui a íntima conexão entre a desatenção e a impulsividade, ambas características definidoras do quadro TDA/H.

Pensada de modo psicodinâmico, a desatenção não é produto de uma disfunção, mas, ao contrário, pode ser entendida como cumprindo uma função para o sujeito. Permanecer desatento pode fornecer ao sujeito a

possibilidade de evitar o conflito (Dunker, 2020). Respondendo a todas as coisas como se não fossem senão estímulos, todas equivalentes entre si, o sujeito evita – como estratégia para driblar a angústia – enfrentar o conflito, desviando-se simplesmente de seu conteúdo simbólico. Ele “sensorializa o conflito”, transformando em ação rápida e impulsiva aquilo que poderia levá-lo a ter que se debruçar sobre um impasse. O “Eu fica a céu aberto” sem conexão com o inconsciente, num processo de exteriorização constante como forma de evitar o contato com o mundo interno. Ele sidera justamente para não flutuar.

Trata-se, pois, de cair na ansiedade para evitar a angústia; enquanto a primeira é a dor do presente contínuo, pura pressão, medo de que o pior esteja à espreita; a segunda é fruto da pressão do passado, de um passado que não cessa de fazer impasse e perturbar o presente. O desatento tenta, pois, evitar a *outra cena*, aquela que dota a cena atual de extensão simbólica. Nesse sentido, ele situa seu conflito mais no campo do “estar do que no do mal-estar” (Dunker, 2020): o TDA/H é uma patologia do estar. Essa versão psicodinâmica do problema de atenção e impulsividade parece se adequar bastante à atual clínica com crianças, na qual se vê a chegada de crianças cada vez mais cedo e com razões de consulta longe daquelas que inauguraram essa mesma clínica. Embora ainda presentes, as fobias – presença direta da angústia – parecem ceder lugar aos transtornos de ansiedade, alimentares, de sono, de controle dos esfíncteres, todos fenômenos mais propriamente ligados à ansiedade. Em face do primeiro encontro de uma criança de hoje com um novo brinquedo, ouvimos, por parte dela, uma questão que é instrutiva para nossos fins: *o que isso faz?* As crianças esperam objetos (hiper)ativos que façam algo enquanto elas se tornam meras espectadoras.

A experiência da análise, mas não apenas ela, como veremos a seguir, pode ser interessante para as crianças que se encontram nessa perspectiva, na medida em que oferecem a ela a transferência como possibilidade de colocar-se frente ao conflito e de encontrar palavras para elaborá-lo (Dunker, 2020). Essas crianças, que, para deixar o conflito, optaram pelo confronto – modalidade em que se veem colocadas por força de sua desatenção –, poderiam se beneficiar muito da experiência que inclui o tempo como dimensão necessária para a elaboração do conflito.

### **Professores, o TDA/H e o campo transferencial**

Dentro dessa maciça máquina escolar na qual o diagnóstico do TDA/H figura como uma peça bem instalada, os professores parecem ocupar um lugar central, com um papel definido, pelo menos segundo a concepção medicalizante.

Um aspecto fundamental no que diz respeito à medicação é a adesão ao tratamento. Professores sensíveis e bem-informados podem favorecer muito o processo terapêutico motivando a família, auxiliando-a a buscar informações confiáveis e grupos de apoio e reforçando o vínculo com os profissionais da saúde. (Estanislau e Mattos, 2014, p. 161)

Os professores são igualmente, convocados a compor o trabalho diagnóstico, trabalho que ultrapassa não só a consistência, mas também a lógica de sua formação.

O diagnóstico do TDA/H é clínico, ou seja, o médico chega ao diagnóstico pela avaliação cuidadosa da história e do comportamento observável da criança ou do adolescente. Neste processo, a opinião dos professores é decisiva. Ela costuma ser mais precisa que a dos pais e da criança, pois professores têm mais referência de comportamento (outros alunos), costumam ser mais imparciais e têm a possibilidade de observar a criança “em tarefa”. (Estanislau e Mattos, 2014, p. 158)

Espera-se, ainda, que a escola participe do tratamento, não só facilitando o trabalho médico, mas também trabalhando desde a especificidade pedagógica em consonância com a perspectiva médica. “O tratamento do TDA/H deve ser multimodal, e orientação de pais e professores, reforço escolar, psicoterapias individuais e em grupo e acompanhamento médico são modalidades a serem consideradas” (Estanislau e Mattos, 2014, p. 160).

Para ajudar os professores em seu trabalho com a criança com TDA/H, a medicina oferece os *practice guidelines*, que são manuais com dicas objetivas de como lidar com alguém que possui o quadro, completando, assim,



o circuito de tratamento que envolve médico, escola e família. Pais e professores são convidados a identificar comportamentos-alvo – aqueles que se deseja modificar – e a estabelecer estratégias, organizar espaços e atividades que possibilitem o melhor aproveitamento da criança atingida pelo transtorno.

O que parece escapar à perspectiva que propõe essa conduta aos professores, conduta que os situa de frente a um expediente procedimental, como dizíamos antes, é que, uma vez que todas essas dicas caem no campo necessariamente processual que é a escolarização, o destino delas fica absorvido por uma dinâmica transferencial, cujos efeitos ultrapassam em muito o valor intrínseco das tais dicas.

Quer reconheçamos ou não, os professores que aderem a tais recomendações dos *guidelines* demonstram uma inventividade forjada no campo das considerações singulares que marcam o laço estabelecido com o aluno em questão. Primeiramente, porque as tais dicas, mesmo quando pretendem obedecer a um estilo objetivo e referencial, passam pela interpretação do professor, que as lê de um modo singular. Assim, “alguns possíveis reforços positivos que podem ser administrados pelo professor: ser ajudante do professor; apagar o quadro; escrever na lousa; ter tempo extra de brincadeira” (Alfano, Scarpato e Estanislau, 2014, p. 170-171), vão encontrar, na interpretação de cada professor, sentidos diferentes.

A professora “[...] Marta, por exemplo, procura ‘colocá-lo num lugar mais privilegiado, né, estabelecer alguns combinados com a criança. Então, às vezes, eu preciso colocar a mão nele e falar: Vamos acalmar, senta’” (Silva, 2014, p. 127).

A professora Clara, por sua vez, diz:

*Eu faço assim: falo baixo, eu uso mil estratégias para eles prestarem atenção, eu canto muito, então, eles sabem que, quando começo a cantar, eles têm que fazer silêncio. Às vezes, eu conto e brinco que, ‘Ah, vamos ver, hoje contei até dez, amanhã vou contar até cinco’. Faço um desafio e é muito bacana. Eu trabalho também com metas, então, quando começa o mês, a gente faz uma roda e cada um pensa na sua meta. Lógico que não é fácil, é um trabalho de formiguinha.* (Silva, 2014, p. 128)

Ainda que se possa reconhecer, nesses dois exemplos, uma sintonia com as recomendações de manejo do TDA/H na sala de aula, constantes nesses manuais – como, por exemplo, “evite reprimendas; combine sinais que sirvam como alerta; sinalize o que é importante; mantenha a calma e a esperança; não descuide da autoestima do aluno” (Alfano, Scarpato e Estanislau, 2014, p. 173-174), pode-se notar, claramente, essa adesão é atravessada pela subjetividade do professor. Marta, por exemplo, ao buscar mudar o garoto para um lugar “privilegiado” e, em seguida, colocar a mão sobre ele e sugerir que se acalme, pode estar de acordo com as recomendações de manter a calma e a esperança, não descuidar da autoestima do aluno etc., mas, ao colocá-las em prática, o faz um modo que deixa sua marca singular.

Clara decide cantar e estabelecer metas e, assim fazendo, parece também ficar em consonância com as recomendações de evitar reprimendas, combinar sinais que sirvam como alerta etc. Contudo, podemos nos perguntar se o que faz o efeito positivo nesses casos é a adequação ao conceito que sustenta a recomendação ou algum elemento do campo transferencial que se estabelece entre os sujeitos. A inventividade presente nessas professoras parece advir muito mais de um juízo extraído no calor do contato com os alunos do que de qualquer recomendação generalizante sobre o TDA/H. Em completa desconsideração do valor da contingência, ou seja, do fato de que nenhum ato pode se dar fora dela – na medida em que implica sempre o imponderável –, os *guidelines* encobrem a compreensão do processo que se estabelece entre o professor e o aluno em interação.

Ao entendermos que o vínculo entre o professor e o aluno é da ordem do particular, deduzimos que é impossível estandardizar respostas prontas que deem conta de garantir que tal vínculo tenha sucesso. Para que haja um encontro produtivo, é necessária uma invenção que suporte o vazio instalado diante de um saber. (Silva, 2014, p. 129)

Se o destino de cada intervenção varia conforme a contingência, é porque o valor das indicações gerais é sempre relativo e subordinado àquilo que Freud nos ajudou a ver sob o nome de transferência, lugar onde o conflito é (re)vivido como tal: toda cena tem uma outra cena. A ponto de

podermos nos perguntar sobre o quanto os efeitos obtidos nessas intervenções não têm a ver com a figura do professor – para o bem ou para o mal resultado. Em seu texto “Algumas reflexões sobre a psicologia do escolar”, Freud (1996 [1914]) indica a importância do impacto da personalidade dos mestres sobre seus alunos. No afã de defender o ideal de professores *interessados* – em seus alunos –, a pedagogia deixou de se perguntar sobre os professores *interessantes* – para seus alunos.

Em todo o caso, o que vemos delinear-se aqui é o que podemos chamar de *soluções educacionais*, soluções que os professores elaboram em cada situação e que incluem elementos de sua formação, mesmo quando eles creem ou declaram estar seguindo o saber médico. Saber que, cumpre ressaltar, o professor, em geral, contesta – mais raramente em suas declarações, mas quase sempre em seu ato. Ouve-se de uma professora:

Eles [médicos] não têm um depoimento da escola adequado para fazer um diagnóstico. Eles fazem o diagnóstico em cima das informações que os pais levam ao consultório. Então, eu acho que muitos desses diagnósticos são errados, eu me arrisco a falar disso... Mas aqueles que são diagnosticados a gente vai com mais cuidado, porque os que vêm com o diagnóstico médico... nós não podemos diagnosticar. (Mesquita, 2009, p. 113)

Nesse depoimento, fica claro como o saber médico entra como *desautorizador* do saber pedagógico e como o professor se vê em dificuldades para fazer valer o que ele sabe diante da autoridade e do prestígio da figura do médico. Tal desautorização que, aliás, ocorre em larga escala, é parte integrante do que já abordamos aqui sob o nome de declínio da instituição. Forçada a cortar o laço com o que a autoriza – o estudar –, a escola se vê vulnerável à colonização de várias práticas discursivas que veem nela uma oportunidade para disseminar seu discurso.

Com uma vaga, mas angustiada, percepção disso, o professor, dentro da lógica do desamparo, se defende de dois modos bem distintos. De um lado, adere ao saber médico, ao modo de tantos povos colonizados que, para preservar a vida, são obrigados a escamotear sua própria cultura: “Diante do desamparo, pode-se apegar ao que aparece como solução.

Assim, a medicação parece ter caminho aberto à educação, pois, sem dúvida alguma, ela surte algum efeito” (Mesquita, 2009, p. 114). De outro lado, elaboram em suas práticas soluções educacionais que pouco se referem ao que indicam os médicos, seja em seus diagnósticos, seja em seus *guidelines* – seguindo o exemplo de tantos de nossos povos originários, que, em face da catequização que lhes foi imposta pelos portugueses, rezavam para o Deus monoteísta de dia e batiavam seus tambores de noite, invocando os espíritos.

Os médicos já deveriam conhecer o fenômeno, tão comum em sua prática e por eles chamado de automedicação: o paciente chega em casa portando os remédios prescritos e começa a tomá-los segundo decisões próprias baseadas em seu julgamento e não naquele explicitado pelo médico na receita. O que escapa aos médicos como saber – porque tudo em seu discurso os prepara para não poder integrar isso em seu saber – é que o corpo é lugar de gozo. Em sua formação – e como elemento ordenador do discurso médico –, aprenderam que o corpo é um lugar objetivo, um real sem simbólico sobre o qual devem intervir com a colaboração do paciente. A tese foucaultiana sobre os corpos dóceis, tão fecunda e verdadeira sob vários pontos, encontra na questão do gozo seu limite: *os corpos são indóceis*.

Curiosa e inusitada é a aproximação entre a criança com TDA/H e seu professor. A primeira é percebida pela escola e pelos médicos como um corpo indócil que convém docilizar. Para tanto, evocam a medicação e o controle comportamental, expedientes que viriam a auxiliar a criança. Por sua vez, o professor, profissional convocado a trabalhar na linha de frente, aparece, também, como indócil, com suas percepções falhas e seus manejos inadequados, segundo a ótica médica, devendo adequar-se a esta, igualmente para o bem do aluno. Quando prefere o caminho curto do encaminhamento, o professor, sem o saber, comporta-se como seu aluno suposto TDA/H: sem dar a atenção e o tempo de experimentar o conflito – questão educacional ou médica? –, ele age, encaminhando, exteriorizando, assim, a solução. Quando, contudo, decide a seu modo sua intervenção – afinal, se a decisão pode ser transferível, o ato nunca o é –, recupera aquilo que o autoriza.

Mas por que essa autorização não ganha a luz do dia e confronta a autoridade do discurso médico? Em uma sociedade sem o lastro da autoridade,

sobram as relações de poder, como bem o demonstra o prestígio e a disseminação do termo *empoderamento* em nossos dias. “Pretendemos mostrar como a impotência em sustentar autenticamente uma práxis reduz-se, como é comum na história dos homens, ao exercício de um poder” (Lacan, 1998, p. 592). O TDA/H parece ser um problema social muito mais do que médico, mesmo que ele possa, eventualmente, guardar alguma relação – ainda não comprovada – com o cérebro; enquanto tal, ele parece oferecer o semblante que o discurso capitalista precisa para continuar a vender seus produtos, produtos sob medida, que exigem, portanto, que se ache bem configurado seu público-alvo.

Mesmo que o índice de prevalência seja significativamente discordante segundo as preferências locais – de método, de critérios etc., como destaca Ponnou (2020) ao estudar o caso francês –, de 0,4 a 16,6% chegando em alguns casos a 20 ou 25%, a extensão mundial do diagnóstico e seu impacto estatístico são provas claras de sua força referencial. Saberemos recuperar a existência por trás de sua medicação?

## Referências

- ALFANO, A.; SCARPATO, P. S.; ESTANISLAU, G. M. Manejo do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade em sala de aula. In: ESTANISLAU, G. M.; BRESSAN, R. A. (coord.). *Saúde mental na escola: o que os educadores devem saber*. Porto Alegre: Artmed, 2014. p. 165-176.
- ALTHUSSER, L. *Aparelhos ideológicos do Estado*. São Paulo: Graal, 2012.
- CLAVREUL, J. *A ordem médica: poder e impotência do discurso médico*. São Paulo: Brasiliense, 1983.
- DUBET, F. *Le déclin de l'institution*. Paris: Éditions du Seuil, 2002.
- DUFOUR, D. R. *A arte de reduzir as cabeças: sobre a nova servidão na sociedade*. São Paulo: Companhia de Freud, 2005.
- DUNKER, C. I. L. [S. l.: s. n.], 2020. 1 vídeo (18 minutos). O TDA/H e a psicanálise. Disponível em: <https://youtu.be/GWvpL4pT4UQ>. Acesso em: 5 jul. 2023.
- ESTANISLAU, G. M.; MATTOS, P. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. In: ESTANISLAU, G. M.; BRESSAN, R. A. (coord.). *Saúde*

- mental na escola: o que os educadores devem saber*. Porto Alegre: Artmed, 2014. p. 152-164.
- FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*. São Paulo: Forense Universitária, 1980.
- FOUCAULT, M. *A ordem do discurso: aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970*. São Paulo: Edições Loyola, 1996.
- FOUCAULT, M. *História da loucura*. São Paulo: Editora Perspectiva, 2003.
- FOUCAULT, M. *Nascimento da biopolítica*. Coimbra: Edições 70, 2010.
- FOUCAULT, M. *As palavras e as coisas: uma arqueologia das Ciências Humanas*. São Paulo: Martins Fontes, 2016.
- FOUCAULT, M. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. São Paulo: Editora Vozes, 2020.
- FREUD, S. *Moral sexual "civilizada" e doença nervosa moderna*. Rio de Janeiro: Imago, 1996a. (Trabalho original publicado em 1908.) (Edição *standard* das obras completas de Sigmund Freud.)
- FREUD, S. *Sobre a psicologia escolar*. Rio de Janeiro: Imago, 1996b. (Trabalho original publicado em 1914.) (Edição *standard* das obras completas de Sigmund Freud.)
- GORI, R.; DEL VOLGO, M. J. *La santé totalitaire: essai sur la médicalisation de l'existence*. Paris: Denoël, 2005.
- GUARIDO, R.; VOLTOLINI, R. O que não tem remédio, remediado está. *Educação em Revista*, Minas Gerais, v. 25, n. 1, p. 239-263, 2009.
- LACAN, J. A direção do tratamento e os princípios de seu poder. In: LACAN, J. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998. (Trabalho original publicado em 1958).
- LACAN, J. *O Seminário, Livro 17: o avesso da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1992. (Trabalho original publicado em 1969-70).
- MESQUITA, R. C de. *A implicação do educador diante do TDA/H: repetição do discurso médico ou construção educacional?* 2009. 152 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.
- SCLIAR, M. História do conceito de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.

## Escutar crianças e adolescentes hiperativos

SILVA, M. G. *O TDA/H e os professores de escolas particulares: contribuição da psicanálise*. 2014. 199 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

PONNOU, S. Prévalence, diagnostic et médication de l'hyperactivité/TDA/H en France. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, [s.l.], v. 180, n. 10, p. 995-999, dez. 2022.

ZIRALDO, A. *O Menino Maluquinho*. São Paulo: Melhoramentos, 2010. (Trabalho original publicado em 1980).

## CAPÍTULO 7

# A criança hiperativa, um mito coletivo bem singular

Pascal-Henri Keller

### **A criança turbulenta: duas culturas, duas orientações**

1925 e 1937 correspondem a duas datas que marcam a história do interesse científico por alguns comportamentos de crianças considerados problemáticos pelos adultos, principalmente aquele caracterizado pela agitação. Do ponto de vista do adulto, é problemático qualquer fenômeno que se oponha ao seu poder de mobilizar a atenção da criança, especialmente para as tarefas de aprendizagem. Essa situação do adulto que falha em obter a atenção da criança de forma duradoura tem um nome: o problema da criança turbulenta. Foi em 1925 que Henri Wallon lhe dedicou sua tese de doutorado, e em 1937 que Charles Bradley, um pediatra americano, descobriu, por acaso, os efeitos positivos da benzedrina para esse problema. Foi, portanto, este último que desenvolveu, por assim dizer, o primeiro psicoestimulante oficial nos Estados Unidos para a criança inadaptada à escola (Strohl, 2011). Na França e no mesmo período, o psicólogo Henri Wallon abriu, a partir de sua tese, todo um leque da pesquisa em psicologia infantil (Wallon, 1984).

Esquemáticamente, Wallon descreve o desenvolvimento psíquico da criança como uma sucessão de etapas, separadas umas das outras por crises durante as quais ela gradualmente aperfeiçoa as ferramentas intelectuais para lidar de modo eficaz com seu ambiente externo. Quanto à oposição da criança a esse ambiente, ela representa, segundo Wallon, o modo



privilegiado de passagem de uma etapa à outra. Sem esses movimentos de oposição, a criança tem dificuldade em experimentar-se como independente do entorno do qual depende integralmente desde a origem. A fórmula que resume essa noção é bem conhecida: “colocar-se ao se opor”.<sup>1</sup> O conhecimento das fases do desenvolvimento da criança, incluindo aquelas ao longo das quais ela se opõe, deveria esclarecer pais e educadores, inclusive os professores. Em última análise, a publicação do livro de Wallon permite estabelecer com clareza que a instabilidade da criança é menos uma doença orgânica do que uma característica do desenvolvimento psicológico.

Não obstante, é numa estratégia diferente que parte da pediatria americana se engajou, na esperança de devolver à razão as crianças que manifestam sua oposição, na família ou na escola. Sendo seu comportamento interpretado como sinal de doença, convém aplicar o tratamento que a fará desaparecer. Sem outra ambição senão a da eficácia comportamental, essa corrente da pediatria americana trabalhará nessas bases para desenvolver uma atitude que nunca deixará de aperfeiçoar-se com um único e mesmo objetivo: suprimir esse sintoma constrangedor.

### **A criança comportamental, o DSM e a Ritalina®**

Quase 100 anos depois, qual é a situação? A nova ferramenta da psiquiatria mundial teria dado razão a Bradley, em vez de a Wallon? Efetivamente, ao descrever o Transtorno de Déficit de Atenção com ou sem Hiperatividade (TDA/H), o DSM passa a estabelecer que, no mundo inteiro, o que é responsável pelo comportamento inquieto epositor das crianças é, sem dúvida, uma autêntica doença. É ainda mais fácil acreditar nessa “doença” quando sua “descoberta” é acompanhada pelo estabelecimento de tratamentos medicamentosos que acabam com ela, entre os quais a famosa Ritalina®.

Mas, se o diagnóstico dessa patologia tem um corolário, este raramente é explicado como tal. De fato, se é necessário garantir que um certo número de sinais esteja presente para determinar com certeza que uma criança tem TDA/H, deveria ser igualmente necessário, por uma implicação lógica,

---

1 “*Se poser en s'opposant*” no original em francês.

invocar a norma comportamental que permite declarar uma criança livre dele. A questão que daí surge consiste, portanto, em se perguntar a que modelo-tipo de “criança comportamental” convém fazer referência? Uma vez que esse modelo tenha sido oficialmente descrito com base em critérios objetivos (resultados escolares, fichas elaboradas pelos professores, investimento e sucesso nas atividades escolares etc.), associados ou não a outros critérios mais subjetivos (escolha dos colegas, situação familiar e irmãos, condições de moradia etc.), como não supor que há, para cada desvio comportamental de uma criança, um carrossel medicamentoso? Todo “defeito” comportamental justificaria, de alguma forma, a aplicação de um produto “corretivo” capaz de o eliminar. Assim, explicados e corrigidos como desequilíbrios na química dos neurotransmissores, os distúrbios induzidos por essas patologias não mais perturbariam nem a escola nem as famílias. Quanto à criança, cujos comportamentos problemáticos lhe terão sido explicados em termos de distúrbios neurológicos, ela só terá que absorver, nas horas determinadas e em quantidades fixas, os produtos responsáveis por remediá-los. Tanto para ela quanto para seus pais, os intermináveis questionamentos sobre a responsabilidade que respectivamente lhes cabe serão deixados de lado, ignorados.

A essa apresentação sem nuance, pode-se, é claro, contrapor que se trata sobretudo de uma visão especulativa e polêmica, se não ultrajante, até caricatural. Alguns acrescentarão que ela ignora a realidade com que se deparam diariamente os professores e as pessoas próximas a esses seres inquietos, desobedientes, impossíveis e, em uma palavra, insuportáveis. Quanto aos perigos potenciais a que essas crianças estariam expostas pelo consumo de tais produtos, pode-se, é claro, considerar que são exagerados ou mesmo dramatizados. Independentemente das causas de sobrediagnóstico que multiplicam artificialmente o número de casos (Whitely *et al.*, 2019), a medicalização dos problemas comportamentais dessas crianças é denunciada regularmente há anos, tanto na Europa quanto nos Estados Unidos (Landman, 2015; Schwarz, 2017; Saul, 2014).

Nesse debate recorrente, o que acontece com isso que vem sendo trabalhado pela psicanálise desde Mélanie Klein: a busca do sentido dos sintomas de que a criança sofre? Na melhor das hipóteses, os defensores da

abordagem cientificamente “armada” consideram a abordagem psicanalítica inútil ou eventualmente complementar a um tratamento medicamentoso. Mas, na pior das hipóteses, formulam uma oposição de princípio, considerando que chamar a atenção do paciente para o conteúdo e o significado de seus sintomas equivale a desviá-lo da explicação racional (e neurológica) dos sintomas em questão. Efetivamente, o argumento que alguns defensores de uma etiologia apenas neurológica dos transtornos mentais às vezes contrapõem aos psicanalistas é que é “perigoso” para o paciente ser levado à busca do significado de seus sintomas, visto que a ciência é suficiente – ainda de acordo com eles – para provar que seu conteúdo não obedece a nenhum tipo de racionalidade identificável.

Apresentar aqui o caso de Jordy C., um menino de 6 anos, me dá a oportunidade, não de validar a tese dos efeitos maléficos da abordagem “dura” do tratamento medicamentoso nem de dar razão à abordagem psicanalítica, mas sim de lançar luz sobre o debate adotando uma posição ao mesmo tempo teórica e clínica. Para conseguir fazer isso, ainda é preciso priorizar o sujeito singular e sua história e colocar o ponto de vista geral em segundo plano, aceitando deixar “surgir o inesperado” e renunciando a tornar-se senhor do sintoma, tão racionalmente quanto seja.

### **O inédito do sujeito e de sua história**

Hoje é comum que, por intermédio de seus professores, a escola formule, por iniciativa própria, o diagnóstico de TDA/H em relação a uma criança em dificuldade no contexto escolar. Prezando por sua responsabilidade engajada, solicita então aos pais que confirmem o diagnóstico por meio de uma intervenção médico-psicológica. Às vezes, chega a mencionar a prescrição de um tratamento medicamentoso para a criança.

### **A família de Jordy**

É em contexto semelhante que um dia recebo esse menino de 6 anos no meu consultório, na companhia dos seus pais e do seu irmão Kevin.

O que o Sr. e a Sra. C me dizem? Acima de tudo, eles querem que seu filho tenha sucesso na escola, mas também acrescentam que gostariam que ele deixasse de se comportar como um bebê em casa. Relatam que ele

é insuportável na escola, onde não para quieto, o que leva a professora a afirmar que ele sofre de uma incapacidade totalmente patológica de concentração. Os pais sustentam que em casa ele não obedece mais do que na escola, que está constantemente em ação, como se não ouvisse nada, acrescentando que perturba sua vida de casal ao incrustar-se, por exemplo, no quarto deles aos domingos, o único dia da semana em que poderiam estar tranquilos. Se a Sra. C reclama que seu filho tem ansiedades noturnas, recusando-se obstinadamente a contar-lhe seus sonhos, o Sr. C aponta com um meio-sorriso que ele mesmo era o caçula de três irmãos, e que seu filho se parece muito com ele quando era criança.

Ao final da entrevista familiar, fica evidente que, por Jordy ser o mais velho dos três meninos, o pai e a mãe receiam o exemplo que ele poderia representar para seus dois irmãos. No entanto, antes de iniciar um tratamento médico, desejam, de comum acordo, obter a opinião de um psicólogo. No final deste primeiro encontro, Jordy deseja fortemente voltar para me encontrar a sós. Serão cinco sessões ao todo, com um intervalo de 15 dias entre elas.

### **Jordy em sessão**

Durante a primeira dessas sessões, e como se ele continuasse a troca que havia iniciado com seus pais na semana anterior, Jordy começa a falar, sem que eu o incite, sobre suas dificuldades na escola, anunciando que iria apresentá-las a mim, matéria por matéria. Começando então com suas dificuldades em matemática, ele me esclarece: “Tem uma coisa que não sei fazer, não entendo nada, são as operações com lacunas”. Jordy fala à vontade, minhas intervenções são raras, mas procuro saber se a dificuldade dele diz respeito à compreensão do problema colocado. Como resposta, Jordy descreve-me claramente o enunciado dado pela professora e, ainda afirmando que não entende nada, ele finalmente declara: “Eu erro o tempo todo”.

Ele continua por conta própria com o francês, dizendo: “O que não consigo fazer em francês são os exercícios com os intrusos”. Assim como em relação à matemática, pergunto a ele sobre sua compreensão desses exercícios. Ele me dá um exemplo que sugere que não se trata, para ele, de um

problema de compreensão e afirma, como se a conclusão fosse evidente: “com os intrusos, eu não sei fazer”.

Em vez de continuar enumerando suas dificuldades por matéria, ele começa a reclamar da atitude da professora, e resume o que quer dizer ao declarar que ela é “severta”<sup>2</sup> demais. Eu apenas repito sua palavra-valise interrogativamente: “severta?”, ao que me responde com uma associação de ideias: “Em casa, a minha mãe também é severta quando faço besteira”. Intrigado, pergunto o que ele quer dizer com “fazer besteira”. Sem ser mais explícito, ele especifica que se trata do que ele faz com seus irmãos, e que sua mãe não gosta.

Ele então se acomoda diante das folhas e marcadores que estavam lá desde o início, sobre os quais eu simplesmente disse que poderia usar para dizer o que quisesse quando não conseguisse encontrar as palavras. Ao fazer seu desenho, declara que é um monstro, para o qual faz braços, um dos quais está armado com uma faca. Ao perguntar sobre esse monstro, ele me diz que se parece com aqueles que vê à noite, em seus pesadelos. Ele acrescenta sobre seu desenho: “Isso é para Pascal; teu nome é Pascal, né? Como se escreve?” (começa a soletrar escrevendo na parte inferior da folha). Depois, quando me entrega o desenho, comenta: “Não é bonito... é afiado... Como uma montanha”. Como essa evocação o faz pensar nas montanhas onde vai esquiar com a família nas férias de Natal, ele exclama de repente: “Ah, esqueci!”. E voltando ao seu desenho para completá-lo, me explica, enquanto desenha, que esqueceu de acrescentar um homenzinho, que este tem um pouco de sangue e que tem um buraco na barriga.

Supondo que esse homenzinho, esquecido e em mau estado, tenha um lugar inconsciente em sua vida psíquica, pergunto-lhe quem poderia ser. Sem hesitar, ele responde que é Yvan, seu irmão mais novo. Fazendo então a hipótese de uma fantasia de assassinato, formulo minha hipótese por uma interpretação: “O monstro poderia ser você”? Sua reação é imediata: “Se eu matar, vou ser castigado... E mesmo que ele esteja morto, eu ainda vou pensar nele a vida inteira... Mas ele me irrita!”. Ele então me conta,

---

2 “*Séverte*” no original em francês.

em detalhes, as estratégias de seu irmão para “irritá-lo”, na maioria das vezes com total impunidade, e faz a conexão com as observações de seus pais sobre esse ponto, feitas durante a última sessão.

Claramente satisfeito com essa primeira sessão, Jordy expressará cinco vezes seguidas o desejo de voltar. Ele concluirá nosso quinto e último encontro assim: “Não tenho mais pesadelos! Acabaram os monstros! Agora, sabe, eu tenho... Sonhos!”.

## Epílogo

Jordy, a criança turbulenta ou hiperativa, era atormentado por pesadelos que parasitavam seus investimentos escolares? Cinco reuniões ouvindo sua vida fantasmática teriam sido suficientes para acabar com essa parasitagem? A modéstia se impõe aqui. Como se gabar de um sucesso que se deu sem que a sua testemunha principal o tenha sabido, só vindo a se dar conta dele posteriormente?

O pai de Jordy, de fato, marcou uma consulta algumas semanas após o término do processo iniciado por seu filho. Ele queria falar de si mesmo, dado que falar tinha funcionado tão bem para seu filho. Durante essa primeira entrevista, centrada em suas dificuldades conjugais, surge um lapso no qual, em sua fala, sua mãe toma o lugar de sua esposa. As associações de ideias se sucedem, entre as quais o Sr. C começa a falar de seu principal motivo de preocupação: a ejaculação precoce da qual sofre e que, segundo ele, poderia estar na origem da infidelidade de sua esposa. Uma teoria, vinda de não se sabe onde, tenta em vão estancar essa preocupação: nascido de cesariana, o Sr. C teria sido privado sexualmente, ao nascer, da sensação de passar pelo sexo feminino, ficando condenado à ejaculação precoce. Preocupado com esse aspecto de sua vida conjugal, o pai de Jordy fará questão de vir falar sobre isso para examinar sua fundamentação, durante vários meses, oscilando entre o amor que tem pela esposa e o ódio que a infidelidade dela havia feito nascer nele. É por ocasião das férias escolares que ele interromperá esse processo.

A agitação do filho, que leva a família a solicitar a primeira consulta, dá a impressão de ter sido, de certa forma, transmitida pelo pai. Não somente o pai estabelece de imediato uma relação de semelhança entre a

agitação do filho e a sua própria quando era criança, mas, visto que o filho agora se sente seguro sobre si mesmo, ele deseja, por sua vez, lançar luz sobre a sua própria agitação, que escapa, segundo ele, ao seu controle... A identidade psicosssexual de Jordy continua a ser construída em uma dinâmica relacional onde o lugar do pai parece pouco assegurado, e sua potência sexual, incerta. As brincadeiras dos domingos de manhã no leito conjugal contribuem tanto para a agitação do filho quanto para o sentimento de impotência do pai. E as queixas da mãe sobre esse assunto, sem dúvida, visam tanto às questões edipianas inconscientes quanto à culpa ligada às suas satisfações extraconjugais, adivinhadas ou não pelo marido ou pelo filho. Seja como for, a pulsionalidade em ação tanto em uns quanto nos outros dificilmente pode ser excluída da análise do sintoma “oficialmente” causa da iniciativa dos pais.

Confusão, tumulto e reviravoltas ocorrem no encontro do universo subjetivo dos adultos com o das crianças. Ainda é necessário sermos capazes de distinguir um do outro. Assim, o pai de Jordy, durante suas próprias sessões, depois de ter falado sobre sua mãe e as mordidas que ela lhe infligia como punição quando criança, ficou surpreso ao descobrir que, em sua mente como nos fatos, as mordidas conjugais as sucederam, para serem elas mesmas seguidas pelas mordidas afetuosas dadas em Jordy, com o único objetivo de fazê-lo descobrir “os calafrios do prazer”.

Embora para Ferenczi se trate de questionar o ensinamento de Freud, ele descreve o desafio do trabalho psicanalítico nestes termos: “a análise alcança uma vitória quando consegue substituir o agir pela rememoração [...], o trabalho de pensamento” (Ferenczi, 1980). Em relação ao TDA/H, que atribui à criança um comportamento padronizado e autoriza o adulto a exigir dela um controle infalível, não é inútil lembrar que, já em 1932, o aluno mais assíduo de Freud indicava o quanto a irrupção da paixão adulta no universo subjetivo da criança podia causar danos, na maioria das vezes invisíveis. Sua principal recomendação era de que “pais e adultos deveriam aprender a reconhecer [...] por trás do amor de transferência, submissão ou adoração de nossos filhos [...], o desejo nostálgico de se libertar desse amor opressor. Se ajudarmos a criança [...] a abandonar essa identificação,

podemos dizer que conseguimos facilitar o acesso da personalidade a um nível mais elevado” (Ferenczi, 1982).

## Conclusão

Na consulta “em bruto”, a chamada criança “hiperativa” terá, sem dúvida, um lugar cada vez maior no futuro. A generalização do DSM provavelmente contribuirá para isso, assim como a perspectiva de uma solução medicamentosa que seja rápida e fácil de implementar. Enquanto a psicologia de Wallon anunciava o interesse por um estudo aprofundado do diálogo corpo a corpo que se estabelece entre a criança e as pessoas ao seu redor, em particular a partir das trocas tônicas que ali ocorrem, a psicanálise, por sua vez, restituiu ao conteúdo dessas pesquisas sua dimensão fantasmática e libidinal. Quanto à dinâmica pulsional em ação nas trocas entre adultos e crianças, ela se esclarece aos poucos. Poderíamos reduzir a dicotomia entre clínicos organicistas e psicanalistas a uma clivagem entre partidários das ciências duras e partidários das ciências suaves? A causa das crianças, sem dúvida, merece mais do que esse confronto estéril e, seja qual for o caso, trata-se de uma causa que merece mobilizar as criatividades de todos os lados, para melhor tornar obsoletos todos os imobilismos, baseados em certezas próximas da crença pura e simples.

## Referências

- FERENCZI, S. Analyse d'enfants avec des adultes. Conferência ministrada na ocasião do septuagésimo-quinto aniversário do professor Freud na Association Psychanalytique de Vienne, 6 de maio 1931. *Le Coq-Héron*, n. 5, p. 5-21, 1980.
- FERENCZI, S. Confusion de langue entre les adultes et l'enfant. Le langage de la tendresse et de la passion. In: FERENCZI, S. *Psychanalyse 4, Œuvres complètes*, t. IV: 1927-1933. Paris: Payot, 1982. p. 125-135.
- KLAIN, M. *La psychanalyse des enfants*. Paris: PUF, 2013.
- LANDMAN, P. *Tous hyperactifs?* Paris: Albin Michel, 2015.
- SAUL, R. *ADHD does not exist: the truth about attention deficit and hyperactivity disorder*. [S. l.]: Harper Collins, 2014.



SCHWARZ, A. *ADHD nation: children, doctors, big pharma, and the making of an American epidemic*. New York: Simon and Schuster, 2017.

WALLON, H. *L'enfant turbulent*. Paris: PUF, 1984. (Originalmente publicado em 1925.)

WHITELY, M. P. *et al.* Attention Deficit Hyperactivity Disorder late birthdate effect common in both high and low prescribing international jurisdictions: a systematic review. *Journal of Child Psychol and Psychiatry*, v. 60, n. 4, p. 380-391, 2019.

## CAPÍTULO 8

# TDA/H: do transtorno à invenção singular

David Coto

### **Sempre mais, sempre mais rápido**

“Eu zapeei”, “Eu te zapeei” tornaram-se expressões de uso comum. O significante “zapear” serve para designar o fato de que nos esquecemos de algo ou de alguém e nos envolvemos em outra coisa, pensamos em outra coisa. Significa que nossa atenção foi levada para outro lugar, para outro objeto.

“Zapear” é se deixar fisgar por um objeto diferente daquele ao qual estávamos inicialmente ligados. É como mudar de um programa de televisão para outro. Aquele momento em que, mudando de canal durante o comercial que interrompe seu programa, você se deixa levar por um outro programa, esquecendo o que estava assistindo. Zapear é colocar tudo no mesmo nível e assim deslizar de um objeto a outro. Não é apenas a memória que está em jogo aqui, é a atenção associada à oferta pletórica de objetos. Essa atenção se difrata e se coloca em tudo ao mesmo tempo.

Esse sintagma, zapear, é derivado do termo *zapping*, contemporâneo da publicidade, que, portanto, encontra suas origens no campo televisivo e designa uma forma particular de consumir televisão. Tornou-se um programa em si, montagem de uma série de sequências heterogêneas, dando a impressão de reunir tudo em um único movimento. Você perdeu alguma coisa? Assista ao *zapping*! Hoje, esse termo ultrapassou o campo audiovisual para designar o que poderia ser considerado como sintoma contemporâneo: o da multiplicidade de objetos investidos em um curto período de tempo, o da velocidade da passagem de um objeto a outro ou de uma

ideia a outra, o da instabilidade, da atenção difratada e efêmera, do movimento incessante, da agitação, até da hiperatividade. Sintoma de nossas sociedades modernas baseadas no consumo excessivo e no prazer imediato.

Assim, o *zapping* permite consumir o máximo possível em um mínimo de tempo. Otimiza o consumo incentivando a aquisição de objetos sempre “novos” que prometem satisfazer, sem sombra de dúvida, a quem os adquire. Apresentado assim como novo, o objeto, no entanto, nunca é outra coisa senão aquilo atrás do qual corremos desde sempre: o que Lacan chama de objeto *a*. Mas é o próprio princípio do consumismo; o objeto dito novo mantém a carreira ao não satisfazer nada senão a própria carreira. Promessa e decepção, renovadas *ad infinitum*, impelem ao consumo. Esse frenesi afeta, assim, todas as áreas. Fala-se agora de *zapping* amoroso, *zapping* ideológico, *zapping* turístico... Basta olhar, de fato, para essas viagens organizadas, em que se trata de ver, na correria, o maior número possível de coisas. Os turistas, assim presos nos circuitos, param apenas o tempo de uma *selfie* em frente aos monumentos. O retrato, capturado e digitalizado, é imediatamente publicado nas redes sociais. Uma imagem que se soma a milhares de outras para ser comentada enquanto espera a próxima. *Zapping* garantido. Basta olhar para os *sites* de namoro de uma noite, em que cada um se faz objeto de consumo de um outro ou uma outra, escolhido ou escolhida em meio a um catálogo de imagens e perfis filtrados. Com o *zapping* amoroso, o amor e seus semblantes dão lugar ao gozo, “levando a prescindir [...] de restrições, ideais, compromissos” (Deltombe, 2005-2006, p. 34). O *zapping* permite gozar sem impedimentos e imediatamente. É um deslizamento infinito que carrega os próprios sujeitos, reduzidos a objetos dos objetos que consomem. Atualmente, o significante *zapping* está em processo de ser, por sua vez, zapeado por outro significante: *speed*. Estamos falando de *speed dating*, esses encontros cronometrados, ou de um novo fenômeno audiovisual: o *speed watching*. Trata-se de assistir a uma ou mais séries de televisão em velocidade acelerada.

### **Pacote de dados e gozo ilimitados**

O acesso à internet hoje é ilimitado. A marcação do valor (o pacote de tempo contratado) dos primórdios da internet doméstica já não opera mais.

Fim dos cortes impostos pela operadora para limitar a navegação. O corte deve ser buscado em outro lugar.

Pelo preço cada vez mais acessível de um computador, ou mesmo de um simples celular, e de uma conexão à internet, em breve bilhões de pessoas poderão ter acesso a milhões de livros, imagens, músicas, filmes, séries de TV, com custo marginal zero. (Citton, 2014, p. 18)

Assim, uma vida inteira não seria suficiente para varrer a massa de dados digitais que compõe a internet. Muitos adolescentes que encontro estão presos nessa teia sem bordas, ilimitada, para desgosto daqueles ao seu redor. Então, na *web*, nós não zapeamos, nós navegamos. Surfar também é isso, ficar na superfície, é o contrário de mergulhar nas profundezas. Ficamos na superfície das coisas, nos satisfazemos com o imediatismo do que é visto, ou ouvido, nada mais. Quanto mais conciso o conteúdo, melhor! Confirma-se uma tendência: os adolescentes passam cada vez menos tempo em frente à televisão em favor da internet e dos *smartphones*. Surfam, assim, passando de uma rede social para outra, de uma plataforma audiovisual para outra, de um conteúdo para outro. Essa é a nova forma assumida pelo *zapping*. A pletórica oferta de conteúdos exerce aqui também uma extraordinária força de atração. Às vezes, podemos nos deixar capturar por essa teia, quando, precisando fazer uma pesquisa específica, somos fisgados pela diversidade de conteúdos oferecidos e esquecemos o que inicialmente começamos a pesquisar. O objeto inicial se perde, afogado pelas centenas de outros que pululam na tela. Um bom número de adolescentes se encontra então preso nesse circuito infinito, no qual, ao clicar em um conteúdo de vídeo, por exemplo, dezenas de outros são oferecidos. A dimensão ilimitada surge porque clicar em um deles leva, novamente, a uma multiplicidade de outros conteúdos sendo oferecidos. Vertiginoso, labiríntico! Um adolescente me disse que se “perdia” em uma plataforma de conteúdos de vídeo. Era sua atividade dos fins de semana, descrita não sem um certo gozo. Passando de um vídeo a outro, ele se perdia sem nenhuma escansão possível. Ele surfava como outros perambulam pelas ruas. Perambulação digital. Outro só para de assistir a vídeos quando seu corpo cai de exaustão.

Uma dimensão viciante aflora e nem o relógio, nem as injunções dos pais operam. Outros não percebem o quão excessivamente usam a internet. Surfam na onda dos algoritmos que tentam manter o mais perto possível os conteúdos que convidarão a um novo clique do *mouse*. Assim é a cultura *free* (gratuita e ilimitada) em que se movem os adolescentes. Os conteúdos se sucedem em ritmo frenético e, às vezes, se sobrepõem por meio do uso simultâneo de várias telas. Esfarelamento, fragmentação da atenção captada por fontes múltiplas e heterogêneas. Hiperatividade digital.

### **TDA/H: entre o gozo do corpo e a demanda do Outro**

Os distúrbios da atenção, a hiperatividade, a impulsividade comporiam assim um tríptico emparelhado com a nossa sociedade de consumo baseada em um tipo de gozo direto e ilimitado. À margem desse sintoma contemporâneo, dessa hiperatividade que nos rodeia, encontramos crianças e adolescentes ditos “TDA/H”, cujos transtornos são tão intensos que dificultam radicalmente sua vida social e sua inclusão na aprendizagem escolar. Em instituições consideradas “de educação especializada”, acolhemos e acompanhamos muitas crianças e adolescentes que apresentam parcial ou totalmente as manifestações comportamentais descritas no que é chamado de TDA/H: incapacidade de concluir uma atividade, impossibilidade de permanecer sentado, de manter o foco por mais de alguns minutos, intervenções orais intempestivas, necessidade imperiosa de ser o primeiro a entrar ou sair da sala de aula, perda de objetos pessoais... Jovens surfistas ou *zappers* do dia a dia, cujo corpo está em movimento perpétuo, deslizam por baixo das mesas, escapam, se esgueiram... E não suportam a menor frustração ou contrariedade. É no encontro com o Outro escolar, lugar privilegiado da demanda, que essa sintomatologia particular se expressa de modo mais evidente. É também pelo viés desse encontro que os pais são alertados sobre a sintomatologia dos seus filhos. Diante das solicitações diversas, das tentativas de transmissão de um saber universal, a criança parece se esquivar, parece estar aquém da possibilidade de responder adequadamente às demandas, sendo capturada por todos os estímulos que competem com a fala e as exigências dos adultos. Assim, o que agita a criança, o que se agita no corpo da criança, parece ter precedência

sobre a fala que lhe é dirigida, a ponto de ela parecer surda. Outras vezes, a criança impõe uma fórmula radical e cortante, tentativa de subjetivar o que lhe escapa: “eu faço o que eu quiser”. A demanda do adulto, explícita ou implícita, permanece assim sem resposta. Inaudível ou contrariada, a criança não responde a ela afirmativamente. Parafraseando Philippe Lacadée, são esses os sinais de uma época caracterizada pelo fato de o objeto *a* ter se tornado a bússola singular de cada *falasser*, reduzindo o saber do Outro, que pesa só um pouquinho diante das sensações imediatas que impelem cada um, em nome daquilo que o agita, a se orientar mais pelo seu ser de gozo do que pelo Outro do saber (Lacadée, 2012, p. 14). Em outras palavras, as de Daniel Roy:

Ali onde antes havia ideais impossíveis de suportar pelo sujeito, há agora o corpo e seus prazeres em excesso, impossíveis de suportar pelo Outro – pais, professores, educadores. O problema se complica pelo fato de o próprio Outro, em suas encarnações, se encontrar infiltrado por essas manifestações de excesso de gozo. (Roy, 2015, p. 10)

Pierre tem 10 anos. Ele é uma dessas crianças que não conseguem ficar sentadas em sala de aula nem à mesa durante as refeições. Seu tempo máximo de concentração é de 5 minutos. Está em movimento perpétuo. Assim, passa seu tempo se esquivando de pedidos implícitos ou explícitos que lhe são dirigidos. Permanece, na maioria das vezes, desconectado do Outro, e principalmente do Outro escolar, podendo, assim, perambular pelo parque da instituição nos momentos em que deveria estar em aula. Quando o recebo, muitas vezes lhe é impossível ficar no meu consultório. Exige que saíamos. Então fazemos o encontro lá fora, em movimento; caminhamos. Ele pega folhas, seixos ou galhos, que coloca em uma caixa, ou então se encarrega de construir uma cabana. A caixa e a cabana são suas amargens, amargens privadas. Pierre se mostra, então, muito diretivo e autoritário. Ele usa o imperativo para se dirigir a mim. Determina a direção a seguir, o tipo de seixo a encontrar, os galhos a recolher para sua cabana... Ele deixa pouco espaço, ou mesmo espaço nenhum, para o que poderia vir sob minha enunciação. Então me dá uma série de ordens. Depois

reboca um veículo que carrega com objetos que prende com barbante. É outra amaragem. Fala, em seguida, de um veículo de mudança. Carregado de objetos dispersos, em movimento perpétuo, desconectado do Outro, não seria esse objeto, para Pierre, uma tentativa de se fazer representar no campo do Outro?

Sébastien, de 12 anos, também não consegue ficar parado, sua atenção é extremamente instável. Ao entrar no consultório, ele pode se precipitar sobre tudo o que vê para pedir para usá-lo, sem nunca parar em nada, como se estivesse capturado, convocado por cada objeto que cruza seu campo de visão. Esse dilúvio de solicitações significantes é interrompido em uma ocasião, quando Sébastien se sintoniza com as imagens de celulares exibidas na tela do computador e encontradas na internet. Ele cessa seus movimentos e perambulações. Seleciona imagens para imprimir e colar num papelão. Torno-me então um instrumento para Sébastien, uma ferramenta que executa suas ordens para construir o objeto cobiçado. Sébastien não usa fórmulas interrogativas para sondar meu consentimento quanto ao que deseja, menos ainda fórmulas educadas... não, Sébastien exige! Ele é extremamente diretivo, para não dizer autoritário.

Pierre e Sébastien, cada um à sua maneira, não nos dão a entender a relação que mantêm com a demanda do Outro? Uma demanda implacável, que os ameaça e os anula enquanto sujeitos da mesma forma que me anulam quando se dirigem a mim? Nenhuma enunciação possível para eles em sua relação com o Outro, e nenhuma enunciação possível para mim, que sou esmagado pela dimensão diretiva de suas demandas. Não nos fazem eles entender até que ponto são, como indicam Daniel e Maryse Roy, sujeitos coagidos, para quem qualquer pedido assume o valor de um comando, testemunhando aí uma submissão extrema ao Outro da demanda, que se torna aquele que goza. Ao fazê-lo, é como se fossem chamados a responder prontamente a todas as solicitações do significante e, ao mesmo tempo, a defender-se dos assaltos incessantes da máquina significante. Cada significante que se apresenta exerce, então, uma extraordinária força de atração e comanda uma resposta. O sujeito é, assim, assaltado por significantes heterogêneos que têm todos o mesmo peso para ele. Sem hierarquização possível, a criança ou o adolescente é convocado por cada um deles e deve

responder a eles, “o que [o] deixa sem trégua, perturba a [sua] atenção e agita o [seu] corpo” (Roy e Roy, 2004, p. 34).

### **Desconstruir a categoria TDA/H e extrair dela um sujeito no trabalho**

A época é, portanto, mais inclinada ao que é manifesto do que ao que é latente. A famosa “caixa-preta”, localizada entre o estímulo e a resposta comportamental de um sujeito, se encaixa perfeitamente na era do *zapping* generalizado e do *speed* de todos os tipos. Não é hora de sondar a psique do sujeito, suas fantasias, suas representações, seus afetos, sua história, seu inconsciente... Mas de observar seu comportamento. A sintomatologia de crianças e adolescentes, tão ruidosa quanto complexa, não escapa a esse interesse restrito. Cada um dos jovens assim acompanhado em uma instituição especializada é apresentado ou se apresenta com um certo número de significantes diagnósticos que os tacham sem deixar *margin* para mais nada. Surgem, então, perfis de crianças ou adolescentes a partir de uma comunidade de transtornos ou disfunções. Deve-se dizer que, nessa área, o TDA/H está no topo da lista. Os jovens enquadrados nesse perfil se constituem em categorias aparentemente homogêneas, um mesmo perfil convocando, assim, uma mesma intervenção. No entanto, fica claro que, na análise, os referidos transtornos se inscrevem a cada vez em uma história e em uma lógica sem medida comum. Assim, se a grande maioria das crianças ou dos adolescentes que acolhemos em instituições apresenta sinais de hiperatividade, impulsividade ou transtornos de atenção, ou até mesmo um diagnóstico de TDA/H, a aparente homogeneidade não resiste muito tempo a quem quer ir além do que se dá a ver e a ouvir. Desenham-se, a partir daí, os contornos de um sujeito incomparável, que demonstra um trabalho incansável para lidar com o que se impõe a ele de sua relação com o corpo, de sua relação com os outros e de sua relação com a linguagem.

### **Baptiste: encontrar uma voz para o que do corpo se impõe**

Baptiste é um adolescente que tem 15 anos quando chega ao meu consultório. Seu percurso é pontuado por rupturas. Vários episódios de atos violentos revestem sua história. Sua inquietação motora, sua impulsividade



e sua incapacidade de se concentrar nas tarefas escolares ocupam o centro do quadro clínico. Baptiste é um jovem que não consegue ficar estático. Seus pais indicam que assim que acorda, que pode ser muito cedo, Baptiste começa a fazer tarefas domésticas. Limpeza, arrumação... Mas, embora se envolva em uma infinidade de atividades, não consegue completar nenhuma delas. Seus pais indicam que o encontro com a escola foi difícil logo de cara. Baptiste imediatamente se mostrou reticente em consentir com o saber do Outro.

### **A hiperatividade como tratamento?**

É correndo que Baptiste chega às sessões semanais que lhe proponho. Eu posso ouvi-lo de longe, ele corre e chega sem fôlego, reclamando de fisgadas laterais. Parece estar sempre com pressa. Eu entendo imediatamente que ele não pode evitá-lo e que está ativamente tentando diminuir o ritmo com que se move pelo mundo. Procura pontos de parada, sem muito sucesso, maneiras de desacelerar sua correria. Por exemplo, num dia em que se comemora o Natal na instituição, vejo-o chegar muito ajeitado. Ele então me indica que seus sapatos novos em folha vão permitir que ele não corra, porque não quer danificá-los. Boas intenções, mas ouço-o sair a passos rápidos assim que cruza a porta do meu consultório. Baptiste é empurrado por uma força que lhe impõe uma correria permanente. Há como que um impulso constante que se impõe a ele, do qual não pode dizer nada, exceto que tenta refreá-lo. Uma das maneiras que encontrou para dar uma saída a esse impulso é o movimento. Um movimento incessante, uma corrida contra o tempo, uma carreira constante. Baptiste apresenta uma clínica “que destaca o corpo como puro objeto pulsional [ênfaticamente assim] a natureza acéfala da pulsão, a ausência de intencionalidade e de identidade subjetiva no movimento perpétuo” (Cottet, 2012, p. 80).

### **Tentativas de subjetivação do impulso pulsional e emergência de uma borda**

Baptiste me fala de uma angústia: o transbordamento. Mais especificamente, da água que pode transbordar de seu recipiente. Logo, observa um circuito de goteiras no telhado da casa vizinha, visível do meu consultório.

Esse circuito lhe serve de suporte para formular uma pergunta e tentar nomear sua angústia. Como pode a canaleta final, aquela em que as outras goteiras terminam seu curso, conseguir canalizar a água sem transbordar? Em outras palavras, como pode a água contida em uma grande quantidade de canais terminar seu curso, sem transbordar, em um único canal do mesmo tamanho daqueles que nele deságuam? Pergunta insistente que pontuará as primeiras conversas, inquietação dos primeiros tempos. Ao fazê-lo, não seria isso, para Baptiste, uma tentativa de metaforizar o que acontece no seu corpo? Como canalizar esse impulso constante que, pelo passado, o levou a transbordamentos no campo social? Transbordamento que parece temer no momento em que o recebo. Baptiste evoca o desejo de “desmaiar” como se para ele se tratasse de se desconectar de seu corpo que goza, e assim desligar-se desse impulso constante para o qual parece ter dificuldade de encontrar uma saída satisfatória.

### **Dar uma forma à agitação: o trabalho manual**

Os homens da família são descritos como trabalhadores áduos. Baptiste parece tomar esse significante por conta própria para nomear sua hiperatividade. Efetivamente, o jovem diz que trabalha e conserta coisas em casa. Ele, como seus pais, não aponta nenhuma outra atividade. Não há momentos de lazer. Apenas trabalha. Nessa ocasião, notamos com Baptiste que parece haver necessidade para ele de fazer atividades que envolvam seu corpo. É preciso que haja movimento. A partir daí, ele pode investir-se de forma um pouco mais durável em uma atividade, o que lhe é impossível quando se trata de um trabalho escolar, por exemplo. Ele identifica, assim, sua agitação a esse significante “trabalho”. Dá testemunho disso no retorno de fins de semana em que acorda às quatro da manhã e busca madeira, por exemplo. Em casa, tentamos estruturar o seu trabalho, com os pais. Uma forma de planejamento é pensada para limitar o gozo em jogo: não se trata de impedir de trabalhar, mas de introduzir um recorte nos dias. É também com base nesse significante que será oferecido a Baptiste um trabalho manual na instituição, principalmente nos dias em que seu corpo não estiver envolto nas redes de uma programação estruturada, como as quartas-feiras, dias sem oficinas ou aulas. Dias particularmente difíceis para ele.

### **Uma nova tentativa de metaforização: o carro**

O trabalho descrito por Baptiste gira, em primeiro lugar, em torno das tarefas domésticas. Ele as realiza uma atrás da outra em casa e pode de repente pegar a vassoura na instituição, interrompendo assim o trabalho em que está engajado. Bem cedo no acompanhamento, ele me conta sobre outra atividade que o atravessa até tornar-se exclusiva: o reparo de carros antigos. Aqui, novamente, trata-se de um significante que circula na família. Baptiste quer compartilhar comigo seu profundo conhecimento nessa área. “Você conhece?” É a interrogação recorrente sobre tal ou tal modelo que quer me mostrar na internet.

Assim, ele participa da restauração de veículos e principalmente de sua exposição em *meetings*. Eu escuto a importância desses encontros marcados que o introduzem em uma dimensão temporal diferente. A data de cada um desses *meetings* vem escandir o trabalho, permitir uma descontinuidade ali onde as tarefas domésticas se inscrevem na continuidade, no ilimitado. Com efeito, os veículos expostos devem estar prontos nas datas previstas. Essas escanções temporais permitem que Baptiste descreva outra relação com o tempo. É preciso estar pronto na hora certa, ou seja, terminar aquilo em que se está engajado, mas, acima de tudo, é uma questão de esperar a data. Ele parece muito sensível a essa divisão temporal inédita. Falamos, então, sobre o programa do fim de semana e a ordem em que os reparos dos veículos devem ser realizados. É também tendo esses carros como suporte, material simbólico-imaginário, que o jovem se engajará em uma nova tentativa de lidar com uma parte do que se impõe a ele. Uma via metafórica nova para traduzir o impulso e tentar dar-lhe um destino socialmente aceitável, uma borda que lhe permita dar forma aos seus movimentos, sublimar essa agitação. Duas fórmulas lhe facultam expressar sua dificuldade e também sua tentativa de solução. “Subir nas torres” vem designar a agitação, a vontade de agir, a impulsividade... E “frear” vem designar a tentativa de canalizar o aumento da velocidade do motor, o excesso, o transbordamento. Assim, Baptiste tenta nomear o impulso e canalizá-lo. Metáfora mecânica como tentativa de definir aquilo que age no corpo. O jovem pode começar a me dizer que ele “freia com os sapatos”, mas que de vez em quando deve “trocar as pastilhas” de freio. As sessões semanais

parecem tornar-se sua oficina de “manutenção” das pastilhas de freio. Um espaço-tempo em que se trata de acolher e acompanhar as formas de nomear o que agita e o que permite baixar a rotação do motor, desacelerar a corrida e o pânico. Um lugar onde o agir, a precipitação, dão lugar às palavras. Observo então que Baptiste boceja muito durante as conversas. Ele se queixa de uma fadiga intensa. Ele desacelera.

### **Uma virada, um real: o amor à primeira vista como nova saída para o impulso?**

Baptiste, durante uma sessão, quer falar comigo sobre o encontro com um camarada. Um encontro que o abalou. Ele descreve um amor à primeira vista quando viu esse camarada que estava “correndo por toda parte”. Baptiste me explica estar invadido pela imagem desse jovem. Seu rosto aparece para ele, salta-lhe aos olhos. Impõe-se a ele. Não consegue se livrar disso. Diz que está apaixonado e, ao mesmo tempo, esse camarada desperta nele uma grande violência. Afirma que sente vontade de brigar. Explica que não consegue parar, o que se impõe a ele se revela aqui a céu aberto. A invasão, o impulso constante assume uma figura, a desse camarada em direção a quem ele nunca deixa de ir ou para quem nunca deixa de se imaginar indo. Um movimento inteiramente dirigido, localizado nesse novo objeto que se torna exclusivo. Período de alto risco para Baptiste, que sente estar prestes a passar ao ato.

### **A invenção de dois limitadores?**

#### **Acoplamento musical**

Os carros e o trabalho com eles passaram a ocupar um lugar importante na narrativa de Baptiste. Esse objeto lhe permite ocupar uma posição de saber. Os “você conhece...” que me são dirigidos lhe permitem não só criar um laço social como também me descompletar. É sem dúvida a esse preço que Baptiste pode continuar o trabalho que lhe proponho. Eu sou colocado em posição de aluno, de aprendiz. Assim, ele afasta a dimensão do saber do Outro. Outra série emergiu rapidamente no discurso de Baptiste em torno dessa mesma fórmula de “você conhece...”. Esse objeto é a música. Ele se acoplou a uma caixa de som. A partir daí, os objetos música e

carro se tornaram um par em torno da fórmula “você conhece...”. Não o ouço mais chegar correndo sistematicamente, mas ouço a música que ele está ouvindo muito alto. “Ela me segue em todo lugar”, me diz, falando de sua caixinha de som. Dou a esse objeto todo o valor que merece. Um objeto-tratamento. Uma invenção singular que claramente ajuda Baptiste a manter à distância o que se impõe. Percebemos o quanto ele precisa se distrair disso, daquilo que o apressa e que não tem nome. É isso que a música lhe permite. A música e o trabalho com os carros. Ele me explica que a música se torna o objeto que lhe facilita adormecer mais rápido, ele que tem tanta dificuldade em pegar no sono. Também me explica que, quando acorda muito cedo, ou trabalha ou ouve música. A música lhe permite, assim, adiar o início da movimentação. Falamos então do ritmo da música. Baptiste me explica que gosta de música de ritmo acelerado, mas que às vezes consegue ajustar e, assim, diminuir o ritmo com seu MP4. Ele o coloca no mínimo. A música e seu ritmo, com os quais se conecta, parecem lhe impor um tempo um pouco mais regulado, que o acalma. A caixa de som e a música que ela emite tornam-se uma extensão de seu próprio corpo, que regula o que do corpo se impõe.

### **Uma nomeação de frenagem repentina: “o adolescente”<sup>1</sup>**

Se a música tocada pela caixa de som permite que Baptiste adie o início da movimentação, ela também é um objeto com o qual muitos adolescentes se adornam e se movimentam pelo mundo. Muitos jovens têm uma caixinha de som na mão ou no bolso. Baptiste parece ter adotado esse acessório de moda que é usado como uma roupa. Esse significante comumente compartilhado faz parte de uma identificação que ele compartilha comigo: “o adolescente”. Assim, após reclamar de dores após uma corrida, Baptiste me disse: “Antes, eu corria, mas agora não corro mais [...]. Vivo meu adolescente [...]. Somos preguiçosos, os adolescentes”. Baptiste se identifica com “o adolescente”, do qual adotará certos traços, como a indiferença ou o fato de dormir até tarde pela manhã. Se ele mostrava, por ocasião do amor à

---

1 “*l'ado*” em francês.

primeira vista, uma espécie de relação de espelho com o outro no qual se reconhecia, não seria isso uma forma de “estabilização imaginária”? (Stevens, 2018, p. 6-64). Uma estabilização imaginária que não se apoia “no Outro do simbólico, mas no pequeno outro [...], o que muitas vezes é viável em alguns sujeitos psicóticos, e dá um modo de identificação rígido? (Borie, 2012, p. 75). Após a visualização de um clipe em que a questão do desejo sexual é acoplada ao campo automobilístico, Baptiste indica sentir-se menos invadido e se controlar melhor.

### **Léo, hiperativo: mas e aí?**

Leo tem 14 anos quando o recebo como parte de uma oficina terapêutica. Logo de início, ele se apresenta como uma criança extremamente agitada. Corre, pula, grita, empurra os outros, se joga no chão, sobe na mobília... Em grupos muito pequenos, fica mais calmo, gruda no adulto. Leo é diagnosticado como “hiperativo” e está em um tratamento medicamentoso, que, no entanto, nunca resolveu sua agitação. Ela até mesmo aumentou, a ponto de inviabilizar, naquele momento, a sua evolução em uma coletividade. O roçar da mão na calça, os “eu te amo”, os abraços incessantes, testemunhavam sobre um real que de repente parecia invadir seu corpo. Diante do tsunami da puberdade, Leo não controlava mais nada.

### **Pular, quicar, para sentir-se existir?**

Léo está em constante agitação. Ele corre sem parar. De longe ouve-se ele chegar, bater as portas para precipitar-se aonde quer ir sem nem mesmo, às vezes, levar em conta os obstáculos à sua frente. Pode-se dizer de Léo que ele “quica” nas paredes e nos corpos dos outros... Únicos objetos que parecem fazer borda ao mundo infinito, não simbolizado, em que ele parece mover-se. Três tempos merecem destaque, porque vêm frear sua correria, três tempos que pontuam seu cotidiano. Assim, as refeições, um momento sagrado, o detêm em seus movimentos incessantes, mas o transbordamento se desloca. Ele engole sua refeição, e os que o acompanham devem limitar as quantidades, porque Léo não seria capaz de parar... Também para de quicar graças à música. Mas a agitação assume outra forma. Ele se balança. Seus balanceios são impressionantes tanto por sua intensidade quanto por

sua precisão. Léo apenas roça a parede com a parte de trás da cabeça, sem nunca bater nela. A ida à piscina também é um momento importante, por ser considerada um momento de descanso para ele e seus educadores. A água, dizem, o envolve. Os seus acompanhantes dizem o quanto o jovem parece estar lutando contra o cansaço, o quanto parece não ceder, não conseguir ceder. É sozinho em um quarto que pode finalmente se acomodar e muitas vezes adormecer. Separado do Outro, sua agitação parece finalmente ceder. Ao abrigo dos estímulos que o assaltam e lhe ordenam responder, Léo encontra o apaziguamento.

### **Um trabalho na borda**

Quando chegou à instituição, Léo tinha de comer entre dois adultos. De outra forma, a refeição era impossível. Ele não conseguia ficar sentado e deslizava sob a mesa. Na oficina, notei que Léo constantemente tentava colocar-se nos cantos: ou no ângulo formado pela junção de duas paredes, ou em um dos ângulos formados pelas divisórias do consultório ou ainda no ângulo de uma prateleira. Léo se alojava nos cantos, e isso o aquietava. Ao longo das sessões, ele foi capaz de deslocar-se dos cantos para encostar-se em uma parede. Naquele momento, usava pequenos objetos (carros, estatuetas e até barreiras) com os quais se cercava. Ele mesmo começou a fabricar as bordas que o contêm. De fato, se viu sentado no meio de um quadrado formado, de três lados, pelas fileiras de objetos, enquanto a parede formava o quarto lado. O perímetro assim traçado era interditado ao Outro. Desse modo, Léo encontrava o apaziguamento. Os objetos justapostos pareciam fazer borda e lhe permitiam permanecer no grupo. Assim alojado, mantendo o Outro à distância, ele consentia que alguns outros interagissem com ele, mas em seus termos. Léo realizou todo um trabalho em torno da borda. Na instituição, movimentava-se seguindo o mesmo caminho. Ele contornava as paredes dos prédios caminhando pelos corredores, às vezes estreitos, que cercam as casas.

### **Lá onde não há corpo, a agitação**

Não é incomum que Léo esqueça de calçar os sapatos ao sair, também não é incomum que ele não coloque um casaco quando as temperaturas o exigem.

No esporte, Léo impressiona com seu desempenho. O jovem corre no mesmo ritmo sem nenhuma queda de qualidade. Ele não parece sentir os limites fisiológicos de seu corpo. Durante várias sessões, na oficina, vai me pedir para lhe confeccionar equipamentos corporais. Estes podem ser relógios de papelão, pulseiras de papelão ou coroas. Ele me faz entender a necessidade desses objetos que o contêm. Léo sai das sessões assim adornado com papelão, envolvendo a cabeça ou os pulsos. Jacques-Alain Miller destaca que “nosso esquizofrênico [...] tem a sensação de estar fora de seu corpo, e ele tem que inventar, como ele diz, recursos para ligar-se ao seu corpo”. E continua especificando essa necessidade a partir do caso de um homem a quem se refere: “Nos dedos, ele coloca anéis, que têm o valor de ligações ao corpo. Na cabeça, ele coloca uma bandana, para prendê-la ao corpo. [...] São laços que são colocados em órgãos, partes do corpo” (Miller, 2004, p. 5).

Jacques-Alain Miller acrescenta que, nesse sujeito, não havia “eu”. Eu só ouvi Léo dizer “eu” em uma ocasião. Foi um momento marcante. Em um momento de muita agitação, em que ele absolutamente não conseguia parar quieto, deambulando pela sala, peguei uma das muitas coroas que tínhamos fabricado e a coloquei na sua cabeça. No momento seguinte, ele congela e pronuncia esta sentença: “Eu estou encurrulado”. A coroa parece vir a unificar seu corpo fragmentado, dá testemunho de uma provação. A agitação cede ali onde ele se faz um corpo. A invenção de Léo está aí, ele se enfeita com chapéus de *chef*, bandanas ou elásticos que coloca na cabeça. Isso o prende, como ele estava tentando até então ficar enfiado nos cantos ou entre duas pessoas.

### **De um real a outro**

Baptiste e Léo nos ensinam que o que se dá a ver e ouvir é necessário, mas não suficiente. Eles nos convidam a ir além de uma clínica das superfícies, do que é manifesto, para poder então mergulhar nas profundezas do inconsciente e do gozo. Ambos testemunham sinais significativos de agitação, instabilidade, transtornos de atenção, de impulsividade, de hiperatividade, mas isso se inscreve em uma lógica específica de cada um. Uma lógica singular que exige um acolhimento e um acompanhamento diferenciados. Eles



testemunham igualmente um trabalho que se impõe a eles e que é o sinal de um impulso irreprimível e inominável que se manifesta a céu aberto. As invenções singulares que eles empregam são fruto desse trabalho psíquico que são tantas alavancas para sustentar seu saber-fazer com essa parte inab-sorvível que é o real com o qual cada um deles tem que lidar.

O real em questão aqui não é aquele que é rastreado no órgão cerebral, esse real com pretensões universalizantes e objetivizantes que dispensa a fala do sujeito. Não, o real do qual estamos falando é aquele que é inerente ao exercício da linguagem e à forma como esta impacta o corpo que goza de cada Um. Um corpo que, ao experimentar-se, perfura a teia significativa e produz um impossível a dizer para cada *falasser*.

Baptiste e Léo nos orientam para esse real, cada um o seu, cada um com o seu corpo, cada um com a sua linguagem, cada um com o seu impossível.

## Referências

- BORIE, J. *Le psychotique et le psychanalyste*. Paris: Éditions Michèle, 2012.
- CITTON, Y. *Pour une écologie de l'attention*. Paris: Éd. du Seuil, 2014.
- COTTET, S. *L'inconscient de papa et le nôtre*. Paris: Éditions Michèle, 2012.
- DELTOMBE, H. *L'insaisissable désir à l'adolescence*. Paris: ACF CAPA (Association de la Cause freudienne Champagne-Ardenne-Picardie-Artois), 2005-2006. Série Les documents de Scripta.
- LACADEE, P. *Vie éprise de parole*. Paris: Éditions Michèle, 2012.
- MILLER, J.-A. L'invention psychotique. *Quarto*, n. 80/81, 2004.
- ROY, D. *Énigme et défi: interpréter l'enfant*. Paris: Navarin éditeur, 2015.
- ROY, D. ; ROY, M. Hyperactivité: ordre et désordres. *La Cause Freudienne*, n. 58, 2004.
- STEVENS, A. *La psychose ordinaire et les stabilisations par l'imaginaire*. Montréal: Le Pont Freudien, 2018.

## CAPÍTULO 9

# “Um corpo que cai”: hiperatividade, nomeação e salvação

Cássio Eduardo Soares Miranda

*O discurso analítico traz uma promessa: introduzir o novo. E isso, coisa incrível, no campo a partir do qual se produz o inconsciente, já que seus impasses, certamente entre outros, mas em primeiro lugar, revelam-se no amor.*

Jacques Lacan

Mark Twain, em seu extrovertido livro escrito em forma de diário, aborda e satiriza a narrativa bíblica sobre o início da criação humana. De um modo subversivo em relação ao clássico, o autor mostra que foi Eva a responsável por dar nome às coisas. O importante, na versão que Mark Twain dá à história, é que Eva não se preocupa em encontrar uma relação entre o nome e a coisa, instaurando, assim, a relação arbitrária entre o significado e o significante (Twain, 1904). O que, para Adão, parece ser uma insensatez, para nós se trata de uma antecipação da linguística moderna inaugurada pelo filólogo Ferdinand de Saussure. É manifesto, também, na narrativa do escritor estadunidense, que a linguagem embarça a adequação do ser vivo ao seu mundo, que não tem nada de natural. Tal fato pode ser associado com a função da construção languageira da realidade, pois, na medida em que o “jardim humano” é criado, ou seja, estruturado a partir da linguagem, essa inadequação se apresenta. Esse fato não é sem consequências, tendo

em vista que tal condição torna sempre possível os equívocos, os desencontros, os mal-entendidos que a língua promove.

Se, na narrativa clássica do mito, foi Adão o responsável por trazer à existência simbólica as coisas; e, na história de Twain, Eva é quem se ocupa de extrair da *physis* um sentido em forma de palavras, o que fica marcado é que a nomeação é um ato de fazer existir um elemento que até então só existia no campo da natureza. Nomear é, desse modo, trazer à existência, no campo dos discursos, algo que se encontra colocado no estado bruto das coisas, ou seja, naquilo que comumente se chama de “mãe natureza”.

De algum modo, a história apresentada como introito deste ensaio relaciona-se diretamente ao tema aqui abordado. Partimos da pressuposição do caráter criacionista do significante, conforme proposto por Lacan (1974). Esse autor sustenta que, à medida que o social outorga ao sujeito um nome, não lhe resta outra saída a não ser responder desse lugar, mesmo que seja ao preço de uma perda capital. Ora, o que Lacan diz, de modo mais preciso, é que o “ser nomeado para” é uma nomeação que é “da ordem de ferro” e se impõe ao sujeito, com suas devidas consequências. A partir desse referencial teórico, queremos investigar os efeitos do significante *hiperativo e/ou desatento* para os sujeitos que recebem esse nome e quais as consequências advindas de tal nomeação, uma vez que a apreensão do Outro se funda na experiência da linguagem (Lacan, 1998 [1958]).

### **A dádiva de Deus e seus atos**

Atos é um adolescente de 13 anos de idade e foi encaminhado à análise por apresentar várias afecções cutâneas desde muito novo. A mãe supõe que os problemas de pele estejam relacionados a questões “emocionais” das quais ele não fala. Segundo ela, Atos recebeu o diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade aos 7 anos de idade, mas acredita que as afecções não se relacionam a ele. Atos recebe diversas nomeações provenientes do campo do Outro: hiperativo e o que tem manifestações somáticas, pelo Outro da ciência; esquecido, pelo Outro da escola; a criança que precisa do pai, pelo Outro materno. Entretanto, em todos os casos, tais nomeações, dentre muitos outros significantes que o identificam, são

carreados pelo discurso no discurso materno. Atos, no entanto, relata que possui uma percepção aguçada, que dá a ele uma capacidade de perceber muitas coisas, das quais, algumas, não gosta. Ao dizer que isso é uma das características da hiperatividade, estabelece para si uma nomeação que para nós é importante, uma vez que será uma das ferramentas a serem utilizadas na condução do tratamento.

Fruto de uma concepção planejada, Atos é o segundo filho de um casal com claras diferenças culturais, que, unido pelo desejo da chegada de um menino, pedia diuturnamente a Deus, diante das incertezas, que ele viesse um “menino perfeito”. A mãe de Atos relata que ele é um ótimo filho, sendo muito parecido com ela: no temperamento, no jeito de ser, na maneira mais impositiva e na agitação. Deseja que o filho não sofra tanto quanto ela sofreu, em função desse temperamento.

Atos relata que ultimamente tem estado muito esquecido – se esquece de tudo: dos compromissos escolares, das atividades extraescolares, de onde coloca as coisas – e que sua mãe cobra muito dele, em razão desses esquecimentos. São muitas cobranças como aquelas relativas ao dever de casa, às atividades domésticas, ao comportamento. Em uma das sessões, apresenta-se muito angustiado pelo fato de a mãe ter tido uma crise hipertensiva. Isso, segundo ele, o deixou às voltas com a ideia de morte e, a partir daí, começou a pensar sobre ela, a separação, o abandono, a solidão. Durante várias sessões, trata desse tema e diz que essas ideias sempre voltam, “como se fosse uma ruminação que o boi faz ao comer o capim: elas vão e vêm”. Se, em certos momentos, ficava às voltas com a ideia da morte da mãe, tempos depois sustenta que tem medo de sua própria morte: “fico pensando na saudade que vou ter das pessoas quando eu morrer; se vou sentir falta; se lá onde eu estiver vou poder me comunicar com elas” e emenda:

Outro dia entrei no banheiro e fiquei horas e horas no banho; enquanto tomava banho, ficava pensando que, da próxima vez, não trancaria mais a porta, pois poderia escorregar, bater a cabeça e morrer ali; se não tivesse ninguém em casa, poderia ficar muito tempo morto no banheiro sem que ninguém me encontrasse.

Relata que, após um tempo em análise, resolveu entrar em uma escola de artes e que fez o desenho das meninas superpoderosas crescidas; que não estava pensando em nada enquanto desenhava, pois só pensa quando inventa e não quando copia. “Mas você inventou as meninas superpoderosas crescidas...”, aponto. “É, é verdade! E uma aqui é a Melody, que, quando se separa, fica Mel, que é alguém muito doce; mais doce que todas as mulheres”. “Você sempre desenha mulheres que têm alguma coisa a mais que as outras...”, intervenho. No que ele diz: “É! E esta aqui é a mais inteligente de todas, esta canta mais...”. “Mas, o que acontece que você desenha mulheres que têm alguma coisa a mais?”, questiono. E ele responde: “Não sei! São mulheres difíceis de encontrar...”.

Em uma das sessões, relata que a mãe brigou com ele, deixando-o de castigo por não fazer as tarefas escolares. Nisso, conta que seu pai é ausente, está sempre distante, nunca muito próximo a eles; e a mãe sempre fazendo tudo, pagando todas as despesas da casa. Desde muito novo, começou a perceber um certo distanciamento do pai em relação a ele, e a tentativa da mãe de suprir isso; por vezes, sente-se entediado e sem muitas expectativas em relação ao futuro.

Em uma entrevista agendada com os pais, a mãe comparece novamente sozinha, porque o marido não quis acompanhá-la. A mãe declara que retomou uma análise que ela havia iniciado tempos atrás, a partir de uma de nossas conversas, pois precisa aprender a lidar melhor com “esse amor todo, às vezes meio doído”, que ela sente pelo filho. Volta a afirmar que o filho é muito parecido com ela e não quer que ele passe pelas mesmas coisas pelas quais passou: discriminação em função de seu corpo, autoestima baixa e falta de amor-próprio. Quando o analista a interroga se ela não cobra do filho de maneira um pouco excessiva, ela diz: “Eu tenho refletido sobre isso.... penso que a forma brava de cobrar as coisas dele pode gerar essa desatenção nele; acho que o pai é muito distante, muito racional e também cobra do filho uma postura de adulto”.

Afirma novamente que pensa ser o pai, com sua distância, o motivador dessas questões pelas quais Atos passa. Sustenta que gosta do marido como homem, como companheiro, mas acha que, enquanto pai, falha, ao que interrogo: “Você conhece algum pai que não tenha falhado?”. “Como te

disse, meu pai era um bom homem, mas com muitos problemas, distante dos filhos e às vezes agressivo...”.

Atos resolve fazer um desenho de uma garota chamada Kith, de 16 anos de idade; uma jovem muito diferente, de gostos diferentes, que se chateava muito com sua vida; o que mais chamava a atenção nela era o poder da mente que ela tinha, embora não soubesse muito bem disso. Como percebeu que era diferente das demais meninas, começou a ficar confusa; daí ela encontrou um instituto para pessoas com dons que fazem o bem, com identidade secreta. Segundo Atos, em sua história, essas pessoas especiais ficam no instituto, porque o mundo não está preparado para conhecê-las. Com os treinamentos nesse instituto-escola, Kith descobre que seus poderes são o de destruir objetos com a mente, e, quando fica com raiva, destrói muitas coisas pela frente. Ela resolveu usar uma máscara para que sua identidade não seja reconhecida e não seja discriminada por ser diferente. A personagem usa roupas especiais e espera até o momento em que vai se mostrar para o mundo sem ter vergonha de si, sem ter medo da discriminação, do jeito que ela é. O superpoder da garota, na história elaborada a partir do desenho, parece ser o correlato de um “poder” que torna o seu autor capaz de lidar com as ofensivas que vêm do Outro. Quando é chamado de gay, por exemplo, a sua raiva teria a seu dispor o poder de destruir, com a força de sua mente, objetos, “muitas coisas pela frente”. A máscara, por sua vez, seria o véu que cobriria o rosto daquele que não pode ser visto como uma mulher. Responder do lugar de hiperativo talvez seja uma saída que ele cria, para dar conta da falta materna, naquilo que a identificava e discriminava. A questão que fica é: como ser “hiper” sem ficar identificado a uma mulher, quando está travestida de mãe?

### **TDA/H: um designador rígido<sup>1</sup> e as consequências psicanalíticas da nomeação**

Cadeia de significantes. É assim que Lacan define o inconsciente (Lacan, 1998 [1960]). De certo modo, a cadeia de significantes é condição para a

---

1 A terminologia “designador rígido” é proveniente das elaborações teóricas do filósofo estadunidense Saul Kripke.

existência do simbólico, pois, afinal, é a partir desse elemento mínimo – o significante – que toda a estrutura da linguagem se forma. Conforme apontado por Lacan, o simbólico é o Outro e se configura como “o sítio prévio do puro sujeito do significante, ocupa a posição mestra, de dominação, antes mesmo de ter acesso à existência [...]. Ora, é de algo bem diferente que se trata na mensagem, uma vez que é por ela que o sujeito se constitui...” (p. 821). Assim, o Outro é o lugar do significante, uma “matriz simbólica” que oferta ao sujeito um nome. Desse modo, a nomeação primeira é aquela vinda do Outro, como, por exemplo, a que se dá através do nome escolhido e do sobrenome herdado, o que, de algum modo, marca a existência do sujeito. Isso implica problematizar o TDA/H como um efeito de discurso e, também, como os efeitos que tal nome pode assumir para certos sujeitos; ou seja, trata-se de verificar as consequências de uma nomeação para um sujeito, pois é patente que nomear não é apenas “fazer existir um objeto”, mas é também colher os efeitos de sentido que tal nomeação acarreta.

Ora, conforme apontamos no início deste ensaio, o atributo de nomear, no começo do mundo, foi dado ao primeiro casal e, como consequência disso, o poder de trazer à existência, no campo do discurso, as coisas que existiam na natureza. No entanto, no Seminário XXI, Lacan apresenta o conceito de “nomear para” e, a partir dele, aponta uma participação do social na constituição do sujeito: “Eis aqui o que se prefere no ponto da história em que estamos, ao Nome-do-Pai: o ser nomeado para” (Lacan, 1974, p. 2.886). Nesse ponto, o psicanalista francês sustenta que o “nomear para” se refere a uma função do desejo materno, justamente a partir do momento em que o social passa a desempenhar tal ação. No entanto, é oportuno destacar que, no ensino de Lacan, é o amor quem nomeia; ou seja, é sustentado numa perspectiva de amor que o ato de nomear se efetiva, a partir de um reconhecimento que se busca no desejo do Outro. Tal asseveração pode ser encontrada também em *Função e campo da fala e da linguagem*: “Para me fazer reconhecer pelo outro, só profiro aquilo que foi com vistas ao que será. Para encontrá-lo, chamo-o por um nome que ele deve assumir ou recusar para me responder” (Lacan, 1988 [1953], p. 301). A resposta em termos do que é favorável ao sujeito, a partir do nome, só

encontra garantias a partir do amor: “Só existe amor por um nome [...]. No momento em que é pronunciado o nome daquele ou daquela a quem se dirige nosso amor, sabemos muito bem que esse é um limiar da maior importância” (Lacan, 1962-1963, p. 366). Todavia, se o Nome-do-Pai é diferente do “nomear para”, podemos afirmar que, de um lado, com a metáfora que o Nome-do-Pai instaura, há a possibilidade da entrada da lei do significante amparada pelo amor; e, de outro, com o “nomear para”, talvez possamos dizer que uma metáforização não ocorre exatamente no ponto em que há uma prevalência do gozo como efeito de uma presença maciça da mãe. Assim, o ser “nomeado para” pode tomar o lugar do Nome-do-Pai; em outras palavras, o sujeito pode “ser nomeado para” sem necessariamente ter sido acrescido a ele o Nome-do-Pai.

Lacan adverte que há um eclipsamento da função do pai, com as devidas consequências no que se refere à constituição dos sujeitos contemporâneos. A nomeação, propriamente dita, é aquela que vem sustentada pelo Nome-do-Pai e é ela que faz nome próprio, enquanto o “ser nomeado para” é aquilo que faz atributo. O social, assim, na contemporaneidade, tem a função de fornecer atributos aos sujeitos, sem, no entanto, deixar de cobrar seu preço, conforme destaca Jacques Lacan: “[...] é absolutamente estranho que o social tome uma prevalência de nó, e que literalmente faça a trama de tantas existências; é que ele detém este poder de *nomear para*, a ponto de que depois de tudo se restitui uma ordem, uma ordem que é de ferro” (Lacan, 1973- 1974, p. 2.887).

Lacan se questiona: “Será este *nomear para* o signo de uma degenerescência catastrófica?”. A nosso ver, tal questionamento aponta para uma resposta já colocada, ou seja: à medida que o social concede ao sujeito um nome, um atributo ou uma categoria, como a de fracassado, ou de TDA/H, ou de débil, ou de deprimido, a título de exemplos, não há outra saída a não ser responder dessa posição ordenada – uma ordem de ferro, mesmo com a consequência funesta da alienação no campo do Outro social. Na continuidade dessas discussões, Lacan destaca que, com o declínio da função paterna, o Nome-do-Pai é substituído pela do “nomear para”, com uma ressalva: “a mãe geralmente basta por si só para designar seu projeto, para efetuar seu traçado, para indicar seu caminho” (Lacan, 1973-1974, p. 2.888).



Nessa discussão, Lacan parece sustentar que o *nomear para* substitui a função nomeadora do Nome-do-Pai; mais ainda: a ação da mãe, nessa ausência da função nomeadora do Nome-do-Pai, é uma força necessária para estabelecer seu projeto e, assim, abrir um caminho para o sujeito. Talvez se possa inferir que, para alguns sujeitos ditos TDA/H, que receberam uma nomeação advinda da mãe, tendo seguido, por isso, o caminho por ela traçado, receberam tal nome como um nome de gozo. No entanto, poderíamos interrogar, seguindo Lacan, se a contemporaneidade não mostra o efeito mais “catastrófico” do “ser nomeado para” quando se sustenta em uma espécie de foraclusão generalizada na medida em que substitui a função nomeante do pai.

De algum modo, em razão de a ciência não querer nada saber da verdade como causa, isso já a situa em uma relação de *Verwerfung* do Nome-do-Pai, o que aparece colocá-la, conforme marcamos, em uma posição de *nomear para*, ou seja, de subsumir a função nomeante do pai. Caso isso se confirme, podemos sustentar que a ciência, enquanto elemento importante que entra em causa no estabelecimento de novos nomes e novas identificações para o sujeito contemporâneo, apresenta-se como uma “degenerescência catastrófica”, tendo em vista o caráter tamponador e até mesmo alienante que certos nomes promovem no sujeito.

Desde o início de seu surgimento enquanto fenômeno, o TDA/H recebe sua chancela a partir do discurso da ciência. Se, no início, a identificação de crianças ditas agitadas ou desatentas era uma responsabilidade de educadores, filósofos e sacerdotes, amparados em perspectivas filosóficas, míticas ou religiosas, a contemporaneidade delegou à ciência essa tarefa. Assim, nomear crianças e adolescentes como TDA/H é uma atribuição de ciências como a biomédica – em menor grau; da pedagogia – em grau intermediário; e da psicologia – em grau maior, pois esta “[...] descobriu meios de se perpetuar nos préstimos que oferece à tecnocracia...” (Lacan, 1966, p. 873).

Para a psicanálise, conforme temos visto, o sujeito é efeito de linguagem, mesmo que esse sujeito seja efeito do discurso capitalista. O signifiante causa o sujeito e a linguagem; instaurando a ordem do discurso, promove uma hiância. É justo neste ponto que o significante-mestre atua como uma marca, como um traço que identifica o sujeito. De acordo com Aflaflo,

“a função do significante-mestre é identificar o sujeito, a chave do discurso do mestre. A identificação captura o sujeito, mas petrifica o sujeito” (Aflalo, 2008, p. 84), atuando como um traço unário sob a forma de um efeito de linguagem, uma vez que o S1 está no lugar dominante do discurso.

Para nós, a identificação ao significante TDA/H é uma operação do sujeito, que, ao se identificar com o significante da nomeação, assume os elementos presentes em tal nome, como uma resposta à precariedade do Nome-do-Pai, como um dos pais do nome. Sendo assim, nomear é um modo de instalar algum tipo de relação entre o real e o sentido, pois o sentido é uma tentativa de se nomear alguma coisa que não se possa compreender. Nesse viés, Lacan coloca o Nome-do-Pai como o Pai-do-Nome (Lacan, 1974- 1975).

O pai, enquanto aquele que dá nome às coisas, opera na justa medida em que ele é capaz de atuar como um operador que estabelece algum tipo de amarração entre o real e o simbólico. No avançar das discussões, Miller (2011) destaca que é preciso considerar as nomeações existentes no seio familiar que afetaram o sujeito. Além do nome que esse sujeito recebe do Outro familiar, trata-se de recolher o testemunho do “reconhecimento, neste discurso, de um ou muitos atributos cuja marca o sujeito continuará a carregar” (p. 11). Esse nome pode se tornar um modo de gozo importante, que localiza o sujeito no laço social. Entretanto, trata-se de um novo modo de nomear, o que, na atualidade, parece ser um fenômeno evidente. Da mesma forma que “perturbações” inéditas aparecem como “simples” resultado de novas nomeações, provenientes principalmente do campo da ciência e publicizados pela mídia, “soluções inéditas” também aparecem, pelo “simples” fato de se ter fixado o sujeito em um nome que, por vezes, vem em forma de uma sigla.<sup>2</sup>

---

2 Aqui, nos referimos aos novos sintomas que surgem “codificados” em acrônimos como TDA/H (Transtorno de Déficit de Atenção com ou sem Hiperatividade), TOC (Transtorno Obsessivo Compulsivo), TGD (Transtorno Global de Desenvolvimento), PC (Paralisia Cerebral), PAH (Portador de Altas Habilidades), dentre outros.

Contudo, por que responder desse lugar? Uma primeira hipótese que levantamos a partir das contribuições psicanalíticas é a de que a resposta que um sujeito dá acontece na medida direta em que ele se identifica ao significante da nomeação; uma identificação ao significante traz suas consequências imediatas. A identificação ao significante, a partir de Lacan (1963/1964), aparece como uma tentativa de tamponamento de uma falta, e a recuperação de um modo de gozo. Trata-se, também, da proposição de que o nome é um ponto de ancoragem onde o sujeito se constitui, e a partir do qual se pode falar em identificação. Nesse sentido, o nome tem valor de traço unário. Lacan acentua que é somente a partir da diferença estabelecida por esse traço que é possível pensar em algo associado à identidade. É nesse aspecto que o nome próprio funciona como um traço exatamente por marcar uma diferença. Collete Soler (2007) destaca a importância do *patronímico* para a psicanálise. De início, a psicanalista defende a necessidade de se destacar que “[...] todo sujeito tem pelo menos dois nomes próprios: no sentido comum do termo, seu sobrenome, que tem sempre grandes ressonâncias subjetivas, e seu nome particular, aquele de seu sintoma” (p. 172). Ao destacar a duplicidade do nome próprio, a autora chama a atenção para o nome que automaticamente é transmitido de pai para filho, na tentativa de se perpetuar uma geração – o patronímico –, e o prenome, que é aquele que deriva de uma escolha. No que tange ao prenome, um traço do desejo do Outro se estabelece sobre o recém-nascido: “Em outras palavras, um significado do Outro [s(A)] que traz consigo o rastro de seus sonhos e expectativas” (p. 172).

Tais sonhos e expectativas, em boa parte das vezes, aparecem em forma de narrativas que são construídas em torno do sujeito. Se “ser” é “ser nomeado” trata-se, assim, de extrair as consequências de tal nomeação. Desse modo, a hipótese que norteia este capítulo, e na qual apostamos, é que o “ser nomeado” hiperativo constitui um “nome” de fantasia que ocupa o sítio da verdade do sujeito, tornando-se, assim, seu selo (sê-lo), sua marca, seu traço, sua distinção. É através desta marca que o sujeito passa a ser reconhecido pelos familiares, colegas e agentes de educação e saúde. A nomeação oriunda de um ou mais agentes do discurso da ciência contemporânea – o psicólogo, o pedagogo, o pediatra, o psicopedagogo – adquire uma

significação tal que o “nome próprio” da criança ou do adolescente é trocado pela identidade social atribuída pela designação do déficit a ele imputado.

### **O nome do Nome e seus efeitos no corpo**

Este caso dá provas de como, mesmo quando a hiperatividade não parece ser uma questão tão importante para o sujeito, o simples fato de receber um nome derivado desse estado pode fazer com que ele seja acometido de uma desatenção e uma agitação em seu corpo. Trata-se de uma situação na qual a identificação, sob a forma de uma nomeação, vacila na puberdade. Para o caso, o que se torna evidente é o fato de a mãe desejar um filho “perfeito” para dar ao pai: ela clama a Deus Pai que uma dádiva lhe seja dada na tentativa de tocar um pai idealizado que ela constrói.

Ora, conforme brevemente discutimos neste capítulo e diversos psicanalistas do Campo Freudiano têm indicado, há uma queda da imago paterna (Lacan, 2003 [1938]) no mundo atual, onde a função paterna como instância capaz de ordenar a dimensão do gozo, a partir da metaforização do falo, no que diz respeito ao desejo da mãe, sofre uma perda. O que chama atenção aqui é que, mesmo com a presença física do pai no lar, há um efeito de sua presença fragilizada. Ainda assim, sua função fica constatada no discurso da mãe, ou seja, ela pôde garantir o exercício da função paterna ao desejar dar um filho perfeito àquele homem. Entretanto, com o nascimento do menino, seu *a mais*, seu objeto, fez aparecer as insuficiências do pai, suas falhas e, portanto, uma amarração frouxa se estabeleceu sobre o filho, cujo nome hiperativo faz toda a diferença. O novo casal (mãe-filho) se constitui como parceiro sintomático. Ao menino, só lhe resta fracassar, esquecer para se proteger do desejo do Outro materno e, assim, se identificar com as falhas do pai, numa tentativa de se fazer homem. Na puberdade, a difícil decisão entre o sexo e a morte de um desejo parece tê-lo encaminhado na direção do tratamento, uma questão crucial para o menino a partir da pergunta do analista sobre a relação que ele estabelece entre a morte e as cobranças da mãe.

Miller (2011) aponta que o tratamento analítico de toda criança deve sempre levar em consideração a sexualidade feminina, uma vez que a divisão entre mulher e mãe deve acontecer aí. Ao pensar nessa proposição,

o psicanalista sustenta, a partir do Seminário 4 de Lacan, que a mãe deve ceder espaços à subjetivação do filho. Para esse autor, a lição do Seminário 4 é a de que o que permanece ignorado, no momento em que se centraliza a atenção na relação mãe-filho, não é tão somente a função do pai; é também o fato de a mãe não ser “suficientemente boa quando só veicula a autoridade do Nome-do-Pai”, ou seja, quando ela não se desvia da sua condição de desejar enquanto mulher em contraposição aos cuidados com o filho (Miller, 1998, p. 7). Em outras palavras, a mãe deve ser também mulher para um homem, para que o filho realize seu processo de subjetivação, ou seja, não ser o objeto que satura a falta materna. No caso Atos, parece-nos que o impasse vivido por sua mãe reside justamente no dilema entre ser uma mãe demasiadamente boa, que, por vezes, trata o filho como aluno, com sua carga de exigência alta, e em ser mulher para um homem.

Como a mãe idealiza um pai, e lhe dá um filho perfeito, o que pode esperar de ambos quando se trata de um lugar impossível? Será que a interrogação que ele se fazia, durante as sessões, sobre o que é ter um professor homem não estaria no mesmo nível de interrogação sobre o que é ter um pai, que, como um mestre, lhe servisse de modelo? Parece-nos que a identificação com a mãe também aparece nas constantes investidas no campo do desenho em torno de mulheres que sempre carregam a marca do *hiper*. Esse recurso que Atos utiliza lhe permite uma saída, na análise, da posição de objeto para o Outro. Dessa forma, quando sua mãe sustenta que desejava um filho “perfeito” e que seu marido fosse um pai melhor que o seu, trata-se, a nosso ver, de uma tentativa de reparação em torno do pai edípico, no qual ela quer suturar uma falta, mas isso não é sem consequências. Desse modo, o discurso depreciativo acerca do pai possui o efeito de impedir encontrar nele atributos fálicos que permitam ao menino romper com a identificação à mãe fálica, na figura da superpoderosa mulher. Somente quando o menino fracassa na escola, apesar da nomeação oferecida pela mãe, encontramos algo do pai como sintoma.

Se, na história de Kith, os temas abordados podem ser colocados em uma cadeia – discriminação, subjugação por parte do outro e ódio como resposta –, nela também verificamos um “ponto de mutação” que faz, a nosso ver, sua identificação: de todo modo, é à medida que Atos constrói

histórias a partir dos seus desenhos, que ele consegue ficar um pouco mais “organizado” e atento; à medida em que os corpos das meninas superpoderosas transformam-se em corpos de meninas crescidas, Atos pode se dispor a fazer caminhadas para não ficar tão parecido fisicamente com a mãe, a ponto de ser discriminado como ela.

Podemos dizer que os esquecimentos e a desatenção de Atos atuavam como uma ferramenta para interrogar o desejo do Outro materno e, ao mesmo tempo, barrar e nutrir suas exigências. Ao responder do lugar de objeto fálico da mãe, suas constantes desorganizações e esquecimentos apontavam para uma mãe exigente com o filho, com o pai e consigo mesma. Para nós, o tratamento possibilitou ao jovem rapaz realizar uma separação entre aquilo que vinha do Outro e ele; por meio dos desenhos e histórias, pôde produzir elementos a partir dos quais conquistou a possibilidade de se orientar.

Ao tratar do processo de reconstituição do sintoma e da fantasia pela qual os púberes necessitam passar, Stevens (2013) sustenta que a adolescência é o momento em que o sujeito busca uma resposta sintomática para o real que invade o corpo, mas também reformula o que é da ordem do psíquico. Além disso, o autor indica que o adolescente pode encontrar uma saída pelas vias do Ideal do Eu, ou seja, ressalta que é de suma importância que, articulado ao significante, se escolha uma profissão, um ideal, um parceiro, o que aponta para a escolha de um sintoma com sua envoltura significativa. Acreditar que ser ator e pintor profissionais é a única coisa que se vê fazendo na vida talvez sirva de orientação para Atos. O trabalho de análise permite a ele articular seus “dotes” artísticos como uma forma de lidar com aquilo que lhe traz sofrimento, a presença maciça do que é uma mulher, pergunta da mãe que tenta responder com o significante super. Assim, esse rapaz faz “a escolha de um sintoma com sua envoltura significativa”, o que marca sua adolescência a partir da invenção de um nome próprio. Não mais o nome da “dádiva divina”, ou um nome ancorado em uma marca, que é a da hiperatividade, mas, talvez, um nome que seja um encaminhamento para a construção de seu *sinthoma*. Ainda que haja uma desconsideração familiar em relação ao fato de ele vir a ser “ator e pintor”, apostamos que a sua aspiração profissional represente uma tentativa de

separação, proveniente da autenticação que foi capaz de construir a partir dos restos colhidos daquilo que lhe foi transmitido pelo pai e que lhe deu condições de inventar algo.

### **TDA/H: entrelaçamento de excesso e falta**

A quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), lançada há pouco mais de uma década (APA, 2013), considera os Transtornos de Aprendizagem como uma categoria dos Transtornos do Neurodesenvolvimento, assim os definindo:

Transtorno de Aprendizagem Específico é uma desordem neurodesenvolvimental, de origem biológica, que é a base das dificuldades, em nível cognitivo, que estão associadas às expressões comportamentais do transtorno. A origem biológica inclui uma interação de fatores genéticos, epigenéticos e ambientais os quais afetam a habilidade cerebral de perceber ou processar informação verbal ou não-verbal de forma eficiente e precisa. (APA, 2013, p. 68)

É provável que o DSM-5 seja o primeiro caminho no campo da ciência a se colocar como uma oferta para a nomeação da angústia que toca o real do corpo, agitando-o. Essa nomeação produziu efeitos não só subjetivos, mas também sociais, promovendo uma popularização do termo e suas consequentes adoção e emprego como critério diagnóstico nos campos da saúde e da educação.

Antes disso, o DSM IV-TR definia o Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDA/H) como “um padrão persistente e severo de desatenção, hiperatividade e impulsividade, com sintomas que se manifestam antes dos 7 anos e que provocam prejuízo ao desenvolvimento infantil e ao funcionamento social, acadêmico ou ocupacional, manifesto em, pelo menos, dois contextos diferentes, por exemplo, em casa, na escola ou em situações especiais” (APA, 2002). Para Sulkes (2018), por sua vez, o TDA/H se configura como uma síndrome de desatenção, hiperatividade e impulsividade, apresentando três tipos: o de desatenção predominante; o de hiperatividade/impulsividade predominante; e o combinado. Esse autor defende que

o Distúrbio de Déficit de Atenção/Hiperatividade é um distúrbio de neurodesenvolvimento caracterizado por condições neurológicas que surgem muito cedo na infância, geralmente antes da idade escolar, e prejudicam o desenvolvimento do funcionamento pessoal, social, acadêmico e/ou profissional. Quase invariavelmente, segundo o autor, envolvem dificuldades na aquisição, retenção ou aplicação de habilidades ou conjuntos de informações específicas (Sulkes, 2018).

Como se trata de um fenômeno complexo, envolvendo profissionais da saúde e da educação, dentre outros, o TDA/H possui uma prevalência que se modifica de acordo com os critérios diagnósticos utilizados e o tipo de amostra estudada. A partir dos critérios estabelecidos pelo DSM IV, as prevalências são díspares, variando de 5,8 a 17,1%. Parece, no entanto, que existe uma tendência a se encontrar uma prevalência maior daquilo que os profissionais da saúde definem como tipo combinado. Estudo conduzido por Márcio Vasconcelos, no Rio de Janeiro, no ano de 2003, localizou constâncias estatísticas de 39,1%, 37,7% e 23,2% para os tipos desatento, combinado e hiperativo, respectivamente. Por outro lado, estudo realizado por Luís Augusto Rohde, em escolas de Porto Alegre (RS), somente com adolescentes portadores de TDA/H, constatou prevalência de 52,2% para o tipo combinado, 34,8% para o tipo desatento e 13% para o tipo hiperativo. Por esse mesmo caminho, estudo conduzido por Damasceno (2020), da Universidade Federal do Pará (UFPA), mapeou dados de 23 estudos de prevalência do TDA/H realizados nos quatro continentes. A pesquisa encontrou as maiores estimativas de prevalência em crianças de 3 a 6 anos (uma média de 25%); por outro lado, as amostras revelaram que, no Brasil, 7,6% dos estudantes investigados, de 6 a 17 anos, apresentaram sintomas de TDA/H. Da mesma forma, verifica-se que o TDA/H é o transtorno psiquiátrico mais recorrente entre crianças e jovens, e o uso de fármacos não raro é apresentado como a mais viável proposta de melhoria para o desenvolvimento das pessoas que recebem essa nomeação proveniente do saber médico. A agitação dos corpos encontra uma saída na farmacologia (Cunha e Mello, 2017).

O aumento do diagnóstico, com o decorrente aumento dos casos de medicalização, foi demonstrado por investigação realizada pela Agência



Nacional de Vigilância Sanitária do Brasil (Anvisa, 2013) e apontou um crescimento de 75% no consumo de metilfenidato, entre crianças de 6 a 16 anos, no período de 2009 a 2011. E, para além dessa faixa etária, entre a população de 16 a 59 anos, a pesquisa também apontou uma elevação de 27,4% no uso do medicamento, o que coloca o Brasil no segundo lugar de consumo de cloridrato de metilfenidato. No entanto, com uma conceituação que, a nosso ver, possui suas inconsistências, aliada a critérios diagnósticos às vezes muito elásticos, o resultado só poderia ser uma prevalência muito fluida dentre os casos de hiperatividade. De todo modo, na medida em que crianças diagnosticadas com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDA/H) não são escutadas para que as causas de seu comportamento sejam esclarecidas e tratadas, a medicalização, junto com o uso de terapia cognitivo-comportamental, passa a ser apresentada como a única possibilidade de cura.

Tendlarz (2008) sustenta que as crianças e adolescentes diagnosticados como TDA/H são sujeitos distraídos pelos significantes que marcam suas histórias, retirando deles o investimento nas tarefas educativas e fazendo-os “vagabundear em suas fantasias”. Uma pessoa, criança ou jovem, diagnosticada com esse transtorno é, segundo a autora, “cativa da pregnância das relações imaginárias com os outros [...] prisioneira de um corpo de gozo que a desborda com a hiperatividade desenfreada” (p. 53). Desse modo, a agitação do corpo é uma resposta ao excesso de significantes que rodeiam como enxame, e a nomeação realizada pelo Outro da ciência como TDA/H só faz suturar a dimensão subjetiva, a relação com a aprendizagem e o modo como o corpo é afetado por esse nome, ultrapassando, assim, o limite do simbólico.

Para essa psicanalista, a criança hiperativa apresenta uma dificuldade na operação de separação, e a agitação é um retorno no real do corpo, representando uma presença agitadora do objeto. Para ela, a partir de Lacan, trata-se de uma perda a ser consentida e “a verdadeira perda, então, não se refere tanto à atenção nem à inquietação da atividade. Ao contrário, é o retorno no corpo de uma desordem simbólica” (Tendlarz, 2008, p. 53). Dito de outro modo, pode-se afirmar que essas crianças e adolescentes encontram-se turbados pela libido maternal; a agitação, por sua vez, aparece

como uma tentativa de separação que vem no lugar do não distanciamento entre mãe e criança que um pai não conseguiu realizar.

## Conclusão

O clássico *Um corpo que cai*, filme de Alfred Hitchcock, narra a história de Scottie, um policial tomado pela fobia de altura após passar por uma experiência traumática. No filme, parece-nos que a saída para sua fobia se assenta no encontro de um novo amor. Quando se trata de crianças e adolescentes agitados pelo significante, podemos sustentar que é um corpo que cai para fora do simbólico em função de um excesso do real? Se assim for, qual psicanálise é possível com o sujeito dito com Déficit de Atenção/Hiperatividade? Evidentemente, a condução de um tratamento em psicanálise passa pela apreensão do envelopamento formal do sintoma. No entanto, de maneira mais específica, em sujeitos nomeados como desatentos e/ou hiperativos, uma terapêutica psicanalítica deve ser sempre conduzida pelo viés da consideração do sujeito do inconsciente pelas vias das formações sintomáticas que tocam o corpo, agitando-o e provocando um desinteresse pelos objetos do mundo, com a conseqüente redução do desejo em relação ao saber. Para nós, a redução do desejo em relação ao saber é sucedânea ao excesso de gozo gerado pela movimentação pela qual o corpo é tomado, talvez colocando-se, assim, como objeto do olhar do Outro.

Além disso, faz-se necessário que o analista continue a apostar no saber da criança e do adolescente, com a procedente probabilidade de elaboração de saber que eles podem fazer em análise. De algum modo, no caso aqui brevemente exposto, o ser-nomeado-para permitiu ao sujeito encontrar-se com o analista e circunscrever seu sintoma. Essa operação autorizou o sujeito a deslocar-se da posição em que um nome o havia colocado, alcançando seu lugar de exceção, como efeito de uma função à qual damos o nome de *desejo do analista*.

## Referências

AFLALO, A. Discurso capitalista. O discurso peste. In: ASSOCIAÇÃO MUNDIAL DE PSICANÁLISE. *Scilicet*. Os objetos *a* na experiência psicanalítica. Rio de Janeiro: ContraCapa, 2008. p. 83-85.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. 4. ed. Massachusetts: Jones & Bartlett, 2002.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition (DSM-V)*. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.

CUNHA, J. A. P.; MELLO, L. M. L. Medicação/medicalização na infância e suas possíveis consequências. *Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas*, Minas Gerais, v. 2, n. 4, p. 193-209, 2017.

KRIPKE, S. *O nomear e a necessidade*. Lisboa: Gradiva, 2012.

LACAN, J. Os complexos familiares na formação do indivíduo. *In: LACAN, J. Outros escritos*. Rio de Janeiro, 2003. (Trabalho originalmente publicado em 1938).

LACAN, J. Função e campo da fala e da linguagem. *In: LACAN, J. Escritos*. Rio de Janeiro, Zahar, 1988. (Trabalho originalmente publicado em 1953).

LACAN, J. A significação do falo. *In: LACAN, J. Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998. (Trabalho originalmente publicado em 1958).

LACAN, J. Subversão do sujeito e dialética do desejo no inconsciente freudiano. *In: LACAN, J. Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. (Trabalho originalmente publicado em 1960). p. 807-842.

LACAN, J. *O seminário, livro 10: a angústia*. Rio de Janeiro: Zahar, 2005. (Trabalho originalmente publicado entre 1962-1963).

LACAN, J. *O Seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998. (Trabalho originalmente publicado entre 1963-1964).

LACAN, J. A Ciência e a verdade. *In: LACAN, J. Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998. (Trabalho originalmente publicado em 1966).

LACAN, J. *O Seminário, livro 21: les non dupes errent*. Inédito. Aula de 19/03/1974. (Trabalho originalmente publicado entre 1973-1974).

LACAN, J. *O seminário, livro XXI*. Edição não estabelecida para circulação interna da seção Minas da Escola Brasileira de Psicanálise. (Trabalho originalmente publicado entre 1973-1974).

- LACAN, J. *Le seminaire, Livre XXII*: RSI. Leçon III, 14 janvier 1975, p. 64. Disponível em: <http://gaogoa.free.fr/>. Acesso em: 22 ago. 2008. Seminário inédito. (Trabalho originalmente publicado entre 1974-1974).
- MILLER, J. A. *Perspectivas dos Escritos e Outros Escritos de Lacan: entre desejo e gozo*. Rio de Janeiro: Zahar, 2011.
- MILLER, J. A. A criança entre a mulher e a mãe. *Opção Lacaniana*, São Paulo, n. 21, p. 369, abr. 1998.
- ROHDE, L. A. *et al.* Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade na infância e na adolescência: considerações clínicas e terapêuticas. *Rev. psiquiatr. clín.*, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 124-131, 2004. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010160832004000300002ng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010160832004000300002ng=en&nrm=iso). Acesso em: 24 fev. 2021.
- SOLER, C. *Os nomes da identidade*. 2007. Disponível em: <http://www.uva.br/trivium/edicao1/conferencia/os-nomes-da-identidade.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2013.
- STEVENS, A. Quando a adolescência se prolonga. *Opção Lacaniana*, São Paulo, ano 4, n. 11, jun. 2013. Disponível em: [http://www.opcaolacanianana.com.br/pdf/numero\\_11/Quando\\_adolescencia\\_prolonga.pdf](http://www.opcaolacanianana.com.br/pdf/numero_11/Quando_adolescencia_prolonga.pdf). Acesso em: 23 ago. 2013.
- SULKES, S. B. *Deficiência intelectual*. 2018. Disponível em: <https://www.msmanuals.com/ptbr/profissional/pediatria/dist%C3%BARbiosdeaprendizagem-e-desenvolvimento/defici%C3%AAncia-intelectual>. Acesso em: 19 jul. 2019.
- TWAIN, M. *O diário de Adão e Eva*. Lisboa: Coisas de Ler, 2010. (Trabalho originalmente publicado em 1904).
- TENDLARZ, S. E. A atenção que falta e a atividade que sobra: reflexões sobre ADD-ADHD. *Almanaque on line: Revista do Instituto de Psicanálise e Saúde Mental de Minas Gerais*, 2008. Recuperado em 31 de março de 2010, de <http://www.institutopsicanalise-mg.com.br/psicanalise/almanaque/textos/numero3/A%20aten%C3%A7%C3%A3o%20que%20falta%20e%20a%20atividade%20que%20sobra.pdf>.

## CAPÍTULO 10

# O diagnóstico do TDA/H e o laço social na atualidade

Michele Kamers

O aumento do número de diagnósticos do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDA/H) na infância e a consequente medicalização<sup>1</sup> da criança em idade escolar tem tomado proporções tais que podemos defini-lo como uma verdadeira epidemia. O cuidado com a criança ultrapassou os limites da família e da escola, sendo abarcado pelo discurso médico sobre a infância, dando lugar a uma vigilância sem precedentes e a projetos de prevenção cada vez mais ousados, que não apenas patologizam a agressividade e as oposições próprias à condição infantil, mas também as colocam como preditivas de uma delinquência anunciada.

O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDA/H), o Transtorno Opositivo Desafiador e o Transtorno de Conduta lideram a lista dos transtornos mais diagnosticados por neuropediatras e psiquiatras infantis nos dias atuais. Segundo estudo da Agência Nacional de Vigilância

---

1 O termo medicalização se refere ao processo pelo qual problemas sociais e subjetivos passam a ser definidos como problemas médicos em termos de doenças e transtornos. Nesse contexto, a ação medicalizante ultrapassa a medicina, na medida em que o próprio uso da linguagem médica para descrever experiências constitui um dispositivo medicalizante. A medicalização consiste, portanto, na impossibilidade de descrever experiências que não passem, necessariamente, pelo discurso da medicina (Zorzaneli, Ortega e Bezerra Júnior, 2014).

Sanitária (Anvisa), há no Brasil uma prevalência estimada em 3% a 6% do número de crianças e, dependendo do critério utilizado, pode chegar a 26% da população infantil, o que constitui uma estimativa alarmante (Mota e Oliveira, 2012).

O discurso médico psiquiátrico, através de seus dispositivos disciplinares, tem sido convocado a detectar e responder a qualquer entrave que a criança possa representar ao projeto social.

Assim, ao mal-estar provocado pela criança, que não pode ser reconhecido pelo saber pediátrico, pedagógico ou parental, a clínica psiquiátrica diagnóstica. O diagnóstico psiquiátrico visa responder a “isso” que não é reconhecível pelo ideal parental e social, e indicar terapêuticas que sustentem a promessa de reconduzir a criança à “normalidade” ou que, adaptando-a, possam aliviar o *mal-estar* que a infância produz ao projeto social e assim sustentá-lo. (Vorcaro, 2011, p. 221)

Ao provocar um deslocamento da identidade atribuída à criança, essa nomeação diagnóstica produz efeitos em sua filiação e posição no fantasma parental, numa lógica em que a figuração imaginária sobre a patologia determina a produção discursiva sobre a criança e seu futuro enquanto sujeito (Vorcaro, 2011).

Como sabemos, o devir do sujeito implica um desejo que não seja anônimo, um desejo endereçado e com remetente, que possa nomear e transformar o grito em apelo, dando assim a ele um lugar na rede significativa a partir de onde o vivente possa se constituir e se representar no campo do Outro. Nas palavras de Lacan:

É por tal necessidade que se julgam as funções da mãe e do pai. Da mãe, na medida em que seus cuidados trazem a marca de um interesse particularizado, nem que seja por intermédio de suas próprias faltas. Do pai, na medida em que seu nome é o vetor de uma encarnação da Lei no desejo. (Lacan, 2003, p. 369)

De acordo com Benhaim (2006), três são as posições possíveis para a criança no campo do Outro: continuar sendo o falo que falta à mãe, funcionar como sintoma da verdade do casal parental, ou ser objeto do fantasma materno. O campo do Outro é constituído pelo fantasma e mito familiar que atravessa gerações e que interpela e captura todos. Na medida em que o sujeito não pode ser representado inteiramente no campo do Outro, sempre há um resto, um real que escapa à representação, implicando, portanto, uma escolha forçada: a bolsa ou a vida; dito de outro modo: a criança ou o sonho parental. Nesse contexto, a vida da criança somente é possível através da morte da criança ideal e do desabamento do sonho dos pais. Por isso, o que se tem de matar é essa representação da criança maravilhosa, a qual serve de consolo, criança imortal, substituta viva de um morto no inconsciente materno, o que implica um trabalho de luto que permita a ambivalência, a morte e a elaboração da perda da criança ideal no fantasma parental, numa lógica em que

[...] a distância entre a identificação com o ideal do eu e o papel assumido pelo desejo da mãe, quando não tem mediação (aque-la que é normalmente assegurada pela função do pai), deixa a criança exposta a todas as capturas fantasísticas. Ela se torna o “objeto” da mãe e não mais tem outra função senão a de revelar a verdade desse objeto. (Lacan, 2003, p. 369)

Assim, realiza-se a presença do objeto *a* na fantasia em que a criança, ao assumir o lugar de objeto, aliena em si qualquer possibilidade de acesso possível da mãe à sua própria verdade. A função materna constitui a condição *sine qua non* para a alienação da criança ao campo do Outro, sendo através da função paterna, mediação entre identificação e desejo materno, que o significante se divide e fica impossibilitado de significar a si mesmo. Entretanto, a insuficiência dessa operação é nomeada por Miller (2014) como falsa paternidade ou paternidade patogênica, que se dá quando aquele que está encarregado dessa função a transgride, no sentido de não apontar a mulher como seu sintoma, não a situar como objeto *a* em seu desejo. Como consequência dessa falência, o pai constringe cada vez mais a criança a encontrar refúgio em uma mãe negada como mulher, porquanto,

“na impossibilidade de admitir o particular do desejo no outro sexo, o pai destrói, na criança, o sujeito sob o outro do saber. Daí o pai, o falso pai, pressiona essa criança, cada vez mais, a encontrar refúgio na fantasia materna, a fantasia de uma mãe negada como mulher” (p. 9).

Segundo Lacan (1973-1974), para portar esse nome – o Nome-do-Pai –, não basta que aquele que encarna o Outro, o Outro como tal, encarne a voz através da qual a fala se transmite, ou seja, que o Outro materno seja reduzido a esse nome. Não basta que a mãe seja reduzida ao Nome-do-Pai, é preciso que traduza o Nome-do-Pai por um não que se converta pela voz materna em certo número de interdições.

É a partir da captura da criança no campo do Outro que o organismo toma corpo. Em sua ilusão de ter um corpo, ensaia a conquista de seu organismo de modo que a imagem capturada pelo EU é, ao mesmo tempo, antecipadora de um sujeito a vir e encobridora do que já tinha sido atribuído à criança. A imagem, entretanto:

[...] não é tudo o que está em jogo nessa assunção narcísica da criança. O que não é especularizável são os resíduos das discordâncias inomináveis. Elas permitem manter certa distância do que seu corpo é para o outro sem perder nem o corpo, nem o outro. O sujeito é esse impedimento, essa mediação, essa defesa entre seu corpo e o Outro, esse exército que protege o corpo da captura do Outro, o que a reduziria a seu corpo, ou seja, a objeto de gozo do Outro. (Vorcaro, 2011, p. 227)

Contudo, é somente a partir da morte dessa representação narcísica primária que um *infans* pode vir a falar. Trata-se da morte da criança maravilhosa ou terrível que fomos nos sonhos daqueles que nos conceberam para que uma outra lógica apareça, comandada pela impossibilidade de realizar essa morte de uma vez por todas e pela necessidade de perpetrá-la toda vez que nos pomos verdadeiramente a falar (Leclaire, 1977).

A criança, ao não querer ocupar o lugar dessa criança, transmite aos pais um golpe fatal. Não apenas destrói a chave desse sonho em que os pais vivem, como mata uma segunda vez essa criança maravilhosa que eles não foram ou supuseram ter sido,



obrigando os pais a fazerem um luto que eles não estiveram dispostos a fazer. Tarefa bastante difícil para um “bom filho”. (Leclaire, 1977, p. 20)

Desse modo, a medicação se transforma em uma resposta coercitiva ao mal-estar, em que a parte mais fraca, a criança, estaria colocada, por meio da droga, como objeto, num contexto em que os efeitos produzidos pelo fármaco – submissão e obediência – poderiam vir a impedir radicalmente seu processo de separação e diferenciação, já que, na lógica do discurso médico, as manifestações da criança são equivalentes às de todas as outras portadoras do mesmo transtorno.

### **A medicalização e os impasses do sujeito no laço social**

A medicalização da existência repudia o cuidado terapêutico das práticas clínicas em nome de uma ciência fundada em provas. Nesse contexto, a psiquiatria se constitui em uma aposta estratégica essencial, já que é a partir de suas normas que se estabelecem as populações-alvo necessárias para a oferta de novos tratamentos, sejam eles químicos ou educativos.

Como observa Arendt (2013), o que há de deplorável nas teorias modernas do comportamento não é o fato de serem falsas, mas o de poderem se tornar verdadeiras. Entretanto, o sujeito não se reduz a seu comportamento. E é bem porque o humano não se reduz ao resultado de um cálculo que as normas estatísticas que prevalecem como princípios de governo político se revelam desastrosas.

Vivenciamos uma das fases mais reacionárias da história da loucura num contexto em que retrocessos e interesses econômicos têm conduzido a políticas higienistas cada vez mais precoces. Trata-se de uma lógica que visa a transformar não apenas o sofrimento psíquico em doença, mas também a psiquiatria em especialidade médica.

Entretanto, a psicanálise nasce justamente da necessidade de ter de tratar desse “gozo” produzido como “resto” da lógica médica. Historicamente falando, a psicanálise é bem-sucedida ao promover o resto como objeto específico de uma situação clínica, de uma maneira quase experimental (Gori e Del Volgo, 2005).

Assim, a aposta atual é a de que esse “resto” que há séculos perturba a medicina possa ser eliminado. Aposta radical na transformação do humano em vivente, repetindo a fórmula científica e totalitária aplicada pelo nazismo ao instalar a vida nua e o poder soberano.

Para Leclaire (1977), o nascimento de uma criança reativa nos pais fantasias relacionadas ao “bebê maravilhoso” que eles supõem terem sido um dia, assim como o filho que não foram e gostariam de ter sido, a saber, o falo para o Outro; a criança maravilhosa que alimenta fantasias de retorno ao corpo materno e de reencontro com o objeto supostamente “tido e perdido” que causa tanto fascínio quanto horror: fascínio diante da imagem da criança sem faltas e sem limites, plena em seu gozo; e horror ante a condição de objeto submetido à tirania materna e à violência dos excessos da mãe-toda, aquela que, não ordenada pelo simbólico, submete os filhos aos caprichos e abusos de seu poder.

A criança maravilhosa aponta não apenas para a fantasia da criança como objeto ideal que completaria o Outro, mas também para a da criança abandonada e perdida numa total solidão moral diante do horror do gozo. Essa representação inconsciente primordial entrelaça os anseios e nostalgias que implicam, para cada sujeito, uma criança a matar e um luto a cumprir de uma representação de plenitude e gozo imóvel, na medida em que os pais anseiam que o filho realize todas as fantasias que não puderam realizar, na espera de que a criança da realidade encarne o impossível encontro da criança com o ideal. Para Lajonquière (2010), essa fantasia apresenta uma dupla face: de um lado, a criança ideal e, de outro, a criança abandonada. É na criança ideal que queremos nos ver, encontrar a criança que não fomos, mas que supomos ter sido, a esperada pelos nossos pais, ou a criança maltratada por eles por não termos saído à altura do esperado – o que denuncia o lugar da criança nos dias atuais.

Ela encarna o sintoma de uma neurose que responde ao que há de sintomático no funcionamento social. Define-se, portanto, como representante da verdade, daquilo que o social exclui e que retorna sob a forma do recalçado. Corresponde ao lugar em que a distância entre a identificação com o ideal do eu e o desejo do Outro não tem medida, deixando a criança

exposta a todas as capturas fantasmáticas que a colocam em uma posição de objeto capaz de obturar a falta no Outro (Lacan, 1969).

Tal problemática ocupava Freud desde 1895, quando, ao antecipar o Complexo de Édipo em sua obra, toma como fundamento a articulação entre narcisismo, luto e melancolia, não apenas comparando o luto à melancolia, mas também situando o narcisismo como operador fundamental da diferença entre os dois (Miguelez, 2015).

Os impulsos hostis contra os pais (desejo de que eles morram) também são um elemento integrante das neuroses. Vêm à luz, conscientemente, como ideias obsessivas. Na paranoia, o que há de pior nos delírios de perseguição (desconfiança patológica de governantes e monarcas) corresponde a esses impulsos. Estes são recalcados nas ocasiões em que é atuante a compaixão pelos pais – nas épocas de doença ou morte deles. Nessas ocasiões, constitui manifestação de luto uma pessoa acusar-se da morte deles (o que se conhece como melancolia) ou punir-se numa forma histérica (por intermédio da ideia de retribuição) com os mesmos estados [de doença] que eles tiveram. (Freud, 1996a, p. 304-305)

Essa temática é retomada por Freud através dos conceitos de Narcisismo e de Ideal do Ego, com os quais recupera, em “Luto e melancolia” (1917), as reflexões que vinha desenvolvendo no ensaio “Sobre o narcisismo: uma introdução” (1914), cuja problemática da identificação já estava em pauta desde o texto “Totem e tabu” (1912-13). Neste, situa o início da organização social a partir do assassinato do pai da Horda Primitiva pelos filhos que, submetidos à sua arbitrariedade e violência, reagiram aos abusos de seu poder. Entretanto, devorado numa refeição totêmica, o pai não estava morto. O vazio deixado por ele e a fantasia de “gozo pleno” constituíam um empuxo para seus filhos. Por isso, não bastava matar o pai. Era preciso interditar a barbárie produzida pela ocupação de seu lugar, de modo que a Lei instaurada a partir do totem surge não como promotora de

justiça, mas como inibidora da injustiça: sua função é impedir que novos tiranos ocupem a posição daquele que acabara de ser aniquilado e devorado.

Referimo-nos a uma violência sexual e traumática denunciada desde o princípio na obra freudiana por um Outro que, não regido pela ordem civilizatória, submete a criança aos inúmeros caprichos e abusos de seu poder. Experiência de alheamento e excesso vividos pela criança que, destituída de sua condição psíquica, é reduzida a puro corpo, cuja única finalidade é a sobrevivência, o que nos permite afirmar: “o pai da horda – o velho orango, como o disse Lacan – não era pai, de modo algum, mas mãe incestuosa embebida em seu próprio gozo” (Endo, 2011, p. 69).

Entretanto, se a função simbólica, a transmissão da Lei, somente se torna possível porque há uma falha no universal que enxerta nele algo de uma singularidade, de um não anonimato, como poderíamos pensar a constituição psíquica da criança numa relação que visa à eliminação da distância entre a criança e o ideal que ela representa? A eventualidade de uma criança que vai nascer parece reatualizar essa perda e introduzi-la no reconhecimento que marca seu corpo e sua história. Todo desejo e toda espera de uma criança parecem passar por esse retorno, o da representação da criança no narcisismo parental (Benhaim, 2007).

A história da origem e das relações do amor nos faz entender como ele tão frequentemente se apresenta como “ambivalente”, quer dizer, acompanhado de moções de ódio contra o mesmo objeto. Esse ódio mesclado ao amor provém em parte das fases preliminares, não totalmente superadas, do amar; de outra parte, fundamenta-se também nas reações de repúdio das pulsões do Eu que, nos frequentes conflitos entre os interesses do Eu e os do amor, podem provocar motivos reais e atuais. Em ambos os casos, portanto, o ódio mesclado remonta à fonte das pulsões de conservação do Eu. (Freud, 1915, p. 63)

Nesse sentido, é preciso que cada sociedade se encarregue de transmitir essa humanização e legitimar aqueles que assumem essa função, na medida em que, sem renúncia pulsional, não há civilização. Os gozos pulsionais

da criança devem encontrar um “não” para que ela seja constringida a se reorganizar de um modo diferente a partir da perda do objeto com a qual ela deve consentir. Tarefa reservada inicialmente à família, em seguida à escola, pois está fora de questão qualquer possibilidade de aprendizagem sem renúncia ao gozo (Lebrun, 2010).

De acordo com Lajonquière (2009), o que se produz aí é um infanticídio simbólico, uma vez que a sustentação da posição de assimetria entre adultos e crianças não encontra mais lugar, e a tarefa de familiarizar a criança foi entregue ao discurso médico, pedagógico e jurídico. Trata-se de um lugar altamente idealizado, que exprime desejos ambivalentes perante a criança. Queremos eternizá-la, mas também exterminá-la naquilo que ela apresenta de diferença num contexto em que o mal-estar, não podendo ser reconhecido pelo saber parental, é convertido em transtorno, em patologia.

Para Coser (2010), trata-se de metáforas farmacológicas que sustentam a ilusão de que os comportamentos poderiam ser regulados pelo cérebro e que bastaria a introdução de um fármaco para o restabelecimento do equilíbrio perdido. Metáforas-“resposta” para o mal-estar inerente ao laço social. Trata-se de metáforas discursivas que, ao instituírem as sintaxes do viver, instauram novas formas de gerenciamento do gozo.

Desse modo, ao estar regido pela lógica do discurso capitalista, pela lógica da tecnociência, essas metáforas criam a ilusão de que haveria um objeto específico para apaziguar o mal-estar, que, desde a psicanálise, é estrutural e estruturante do laço social. Nessa lógica, o sujeito não somente consome, mas igualmente se consome, produzindo não apenas uma nova economia psíquica, mas também o que Lacan (1973-1974) denominou “degenerescência catastrófica”, como a resultante da forclusão do Nome-do-Pai em benefício do nomear-para. Isso implica o apagamento da boa distância entre desejo e gozo, lançando o sujeito em uma “ordem de ferro” evacuada do peso da fala do sujeito, em que a falta-a-ser necessária ao desejo é substituída pelo fazer e agir.

Ora, a progressiva substituição da função nomeante do pai pela operação de nomear-para tem como consequência a inversão do progresso civilizatório descrito por Freud (passagem do

matriarcado, evidência sensível, para o patriarcado, conjectura). Assim, se a mãe se considera capaz de realizar a operação de *no-mear-para*, não há mais necessidade de intervenção do terceiro. Isso determina algo que se pode denominar de um ressurgimento do matriarcado, em sintonia com os progressos da civilização científica, que autoriza o sujeito a se privar do Nome-do-Pai e assim a se esquivar do indispensável trabalho de subjetivação que é requerido de quem quer viver no desejo. (Fleig, 2010, p. 6)

Dessa forma, ao desumanizar o *pathos*, destruímos as condições necessárias para a subjetivação, na medida em que o discurso científico introduz uma certeza sem precedentes na história ocidental. Privar-se do Nome-do-Pai ou dessa dimensão terceira implica a radical realização do mito do indivíduo, que atualmente se impõe de forma logicamente aceitável em processos de reificação, instrumentalização, manipulação e de massificação social e biológica que conduzem ao risco de uma indiferenciação, ou seja, do completo apagamento do sujeito – lógica em que o sujeito se encontra reduzido à condição de evidência científica, exigindo as provas formais da ciência, da técnica e dos procedimentos jurídicos, esvaziando e desqualificando o lugar da palavra (Gori e Del Volgo, 2005).

Como observa Lacan (1973-1974), para portar o Nome-do-Pai, não basta que aquele que encarna o Outro, o Outro como tal, encarne a voz. Não basta que a mãe seja reduzida ao Nome-do-Pai, é preciso que traduza o Nome-do-Pai por um não. A homofonia em francês é maior: *nom du père* e *non*, o não que diz o pai, ou seja, esse nome não fica somente no nível do dizer, mas se converte pela voz da mãe em um certo número de interdições.

Para Lacan, isso implica que bastaria a mãe para designar o projeto numa ordem social de ferro em que o Nome-do-Pai está foracluído. Aqui reside o sintoma atual, de modo que “não se trata de reintroduzir o Nome-do-Pai somente no discurso geral, mas também na consideração científica. Ora, como reintroduzi-lo na consideração científica se é a foraclusão da verdade que a caracteriza?” (Porge, 1998, p. 195).

Nessa lógica, o sintoma da criança *não é* o sintoma do casal parental, já que, estando o Nome-do-Pai foracluído, bastaria a mãe para designar o

projeto, o que consiste no princípio mesmo da loucura (Lacan, 1969). A função de resíduo que sustenta a família conjugal na evolução das sociedades talvez aponte o irreduzível de uma transmissão, consistindo na relação com um desejo que não seja anônimo. Para ele, é daí que decorrem as funções da mãe e do pai: da mãe, na medida em que seus cuidados trazem a marca de um interesse particularizado, mesmo que seja pela via de suas próprias faltas; e do pai, na medida em que seu nome é o vetor de uma encarnação da Lei no desejo.

Nesse contexto, poderíamos pensar que a transformação do mal-estar na infância em patologia médica consistiria, justamente, nessa operação de forclusão do Nome-do-Pai, na medida em que busca eliminar a distância entre a criança e o ideal que ela encarna. “O encontro objetivo de tal determinismo orgânico se faz às expensas da exclusão de bordas subjetivas, exclusão necessária ao diagnóstico” (Vorcaro, 2011, p. 222), o que nos coloca diante dos impasses introduzidos pela incidência do diagnóstico e do uso dos psicofármacos na subjetividade, fundamentalmente em sujeitos que ainda estão em constituição. Como avaliar os efeitos dessa “nomeação” a partir da premissa de que a criança precisa diferenciar-se do ideal para constituir-se como sujeito?

### **A função da agressividade em psicanálise: desatenção, hiperatividade, impulsividade e oposição**

Em Psicanálise, a agressividade, tanto em Freud quanto em Lacan, é constitutiva da subjetividade, na medida em que está na base da constituição do eu na relação com os objetos. A agressividade está inscrita na ordem social, referindo-se a uma lei a que o humano se submete e faz com que ele articule proibição, hostilidade e ética. A hostilidade e o ódio expressam uma intenção agressiva por parte do eu, que é dirigida ao outro que ameaça ou põe em perigo o prazer (Ferrari, 2006). Repetição que mostrou a Freud que é em nome do prazer que a criança se aliena ao desejo do Outro, numa compulsão à repetição que se apresenta como uma tendência de restituir o impossível da homeostase.

A agressividade implica uma resistência do eu tentando marcar seus contornos identificatórios, ora quando se sente ameaçado, ora quando busca

reconhecimento; e, por isso, ela se constitui numa mensagem endereçada ao outro. Palavra aprisionada que espera o aval do outro para ser legitimada e assumir o formato discursivo, tentativa de diálogo fracassado (Sousa, 2001).

Lacan aponta a impossibilidade de seriar as reações agressivas de modo quantitativo, uma vez que correspondem, em cada caso, a uma organização original das formas do eu e do objeto e representam uma etapa de identificação objetivante. Identificação edipiana que consiste num necessário ultrapassamento da agressividade constitutiva da primeira individuação subjetiva, uma vez que ela instaura a distância necessária na relação do sujeito com o outro (Lacan, 1948). Distância somente possível através da função também apaziguadora desempenhada pelo ideal do eu, já que é ele que organiza a libido a partir dos referenciais da cultura, estando “ligado desde o alvorecer da história à imago do pai” (p. 119).

Dessa maneira, a relação com o Outro é de antemão agressiva, ainda que sublimada. “Isso porque o sujeito, dividido pelo semelhante, se sente agredido e agressor, inclusive de si próprio. O supereu, nessa circunstância, nada mais é que a expressão da divisão do sujeito contra ele mesmo” (Ferrari, 2006, p. 57).

A partir de *O mal-estar na civilização* (1930), podemos dizer que a agressividade é fruto do próprio processo civilizatório, já que este, ao interditar as pulsões, situa o Outro semelhante como fonte de mal-estar para o sujeito. Nesse sentido, a agressividade seria uma tentativa de separação/diferenciação do sujeito em sua relação com o Outro. Entretanto, como pensá-la no contexto de uma civilização em que o ideal individualista foi alçado a um grau de afirmação tal que “os indivíduos se descobrem em uma condição em que pensam, sentem, fazem e amam exatamente as mesmas coisas, nas mesmas horas, em porções do espaço estritamente equivalentes?” (Lacan, 1998c [1950], p. 146).

De acordo com Lacan (1998c [1950]), trata-se de uma contradição ideológica que reflete o mal-estar social que, atualmente, busca sua solução numa formulação científica do problema através de uma concepção sanitária das problemáticas sociais: transformá-las em doença e instituir medidas de prevenção e proteção dos sujeitos. Lógica em que a agressividade é transformada em transtorno e os dispositivos higienistas, disciplinares



e tutelares se encarregam da assistência ao sujeito, consistindo em uma negação da agressividade e sua importância na constituição psíquica e no processo civilizatório.

Dessa maneira, ao não reconhecemos a agressividade, tanto do lado da criança, quanto do lado da mãe, contribuimos para o impedimento da separação necessária à afirmação de ambas como sujeitos singulares e desejantes. E é assim que o não reconhecimento da agressividade constitutiva da relação amorosa e alienante entre elas transforma a culpa materna em excessos no cuidado com a criança.

Dito de outro modo, ao tentar proteger a criança de sua própria agressividade inconsciente, a mãe projeta no mundo uma violência que, antes de tudo, é dela mesma. À vista disso, se aceitamos que a agressividade é necessária para a constituição psíquica da criança, uma vez que ela precisa separar-se, diferenciar-se do outro, e que a agressividade se manifesta justamente nisso que é tomado pela psiquiatria como sintoma, precisamos tirar as consequências necessárias desse processo. Se desde Freud (1909) sabemos que todo o progresso da sociedade repousa sobre a oposição entre as gerações, quais os efeitos produzidos quando impedimos essa oposição via diagnóstico e medicalização?

Ao medicar a criança, não apenas impedimos que ela se oponha ao discurso parental, mas também a deixamos sem defesas frente à violência do Outro e a instalamos, de vez, no lugar único e exclusivo de objeto – da mãe e do saber psiquiátrico – prisioneira do fantasma parental.

### **Miguel e a nomeação diagnóstica “TDA/H”**

O caso de Miguel é paradigmático para pensarmos os efeitos produzidos não somente pelo uso da medicação, mas, sobretudo, pela incidência da nomeação diagnóstica na constituição psíquica de uma criança.

Miguel é um adolescente que recebeu o diagnóstico de TDA/H aos 3 anos de idade, quando ainda frequentava a educação infantil, devido a sua “hiperatividade” e “impulsividade” na classe escolar. Primeiro filho de um casal jovem, essa criança estava investida de todas as expectativas depositadas sobre um primeiro filho. Ganhava tudo que esperava, era mimado, cuidado excessivamente e, mais, podia fazer absolutamente “tudo”

que pretendia, o que provocava, é claro, imensas dificuldades em sua adaptação à escola, já que não apenas se negava a obedecer a suas professoras, como também não tinha nenhum interesse pelas atividades propostas.

Diante desse contexto, a escola sugeriu uma avaliação neuropediátrica. A criança foi levada pelos pais ao especialista, que assegurou o pertencimento desses comportamentos ao TDA/H, mas adiou o início do uso da medicação para a idade de seis anos, sugerindo, então, um acompanhamento psicopedagógico como atenuador da situação.

Interessante notar que as palavras do neuropediatra tiveram tanta valência e poder, que conduziram os pais a organizar suas vidas para acolher a “doença” do filho: reformaram a casa, construindo um quarto “exclusivo” para que o menino pudesse “vivenciar de modo pleno” sua hiperatividade – a ponto de não terem se surpreendido quando a criança, na ocasião com 4 anos de idade, desmontara esse quarto, desfazendo, inclusive, toda a instalação elétrica. Como me disseram os pais, dele se podia esperar “tudo”, o que, paradoxalmente, o colocava na posição de “nada”.

Quando ingressou na escola regular, as dificuldades aumentaram; entretanto, foram rapidamente atenuadas pela prescrição medicamentosa. Seguindo os pais, começaram usando Ritalina, mas, como a duração do efeito medicamentoso era curto (3 a 5 horas), o neuropediatra indicou o uso da Ritalina LA, que possui um efeito de até 12 horas. O “tratamento Ritalina”, associado com sessões de psicopedagogia, estendeu-se até os 14 anos, quando esse menino, já em estado completamente psicótico, enfiou uma vassoura no ânus que atravessou seu intestino quase o levando à morte.

Após esse grave incidente, os pais nos procuraram e, após um período de entrevistas preliminares com eles, iniciamos a escuta do garoto em seu domicílio, já que ele acabara de sair do hospital e ainda estava com uma bolsa de colostomia atada a seu corpo.

Desde o primeiro encontro, nos surpreendemos com o grau de desorganização desse adolescente. Não diferenciado do Outro, ele mal conseguia manter distância, comportando-se “literalmente” como um “débil mental”. Nunca havia ido para a escola caminhando ou sozinho, apesar de morar ao lado dela. Não mastigava os alimentos, sua higiene era precária, de maneira que não limpava o ânus quando fazia suas necessidades básicas.

Manuseava os genitais de maneira desinibida, inclusive expondo-os durante as sessões. O trabalho clínico implicava, portanto, iniciar o traçado de bordas corporais.

Adentramos a vida desse garoto, tentando encontrar algum ponto de ancoragem em meio a tanta desorganização. Diante da gravidade do caso, passamos a atendê-lo três vezes por semana, participando de sua rotina diária e expandindo as sessões para o espaço público. Fomos ao *buffet*, e ele pegou a comida com as mãos. Fomos à confeitaria, e ele não “enxergava” que havia uma fila a ser respeitada. Fomos para a rua, e ele não fazia a mínima ideia de onde estava e nem como chegar aos lugares que combinávamos.

Começamos a introduzir mapas – sim, mapas. Não se tratava de explicar como ele deveria chegar, era necessária alguma outra coordenada, diferente daquela “visada totalitária” que atestou seu fim de sujeito, as coordenadas do TDA/H.

Diferentemente dos atendimentos psicopedagógicos, “nada” sabíamos. E foi essa posição de “nada saber” que permitiu que esse garoto, após dez anos de atendimento, pudesse construir algumas coordenadas para sua vida. Passou no vestibular e, curiosamente, fez sua escolha pelo curso de História – talvez possamos pensar que essa escolha não foi ao acaso, na medida em que serão necessárias muitas histórias para elaborar o excesso de Real que habitou sua vida.

Trata-se de um caso que nos permite pensar que o diagnóstico de um transtorno pode “decidir” sobre a estruturação do sujeito, ao se tornar o traço prevalente através do qual ele é reconhecido pelos agentes parentais e pelos agentes de seu tratamento, de tal maneira que a importância do distúrbio pode adquirir tanto privilégio que a criança-sujeito se perde no organismo em risco de insuficiência permanente (Vorcaro, 2011). Em tal contexto, a nomeação precoce pode provocar um deslocamento da identidade atribuída à criança, na medida em que produz efeitos em seu lugar no fantasma parental. Aqui, no lugar de detentores de “um saber parental sobre a criança”, os pais se tornam “funcionários do discurso médico” (Clavreul, 1983), apagando-se como sujeitos e seguindo à risca as prescrições desse discurso.

Desse modo, os pais transferem suas funções parentais para o especialista, agente do saber pleno, depositando nele as expectativas em relação ao futuro da criança a partir da “profecia” colocada pelo diagnóstico que antecipa o seu futuro, diagnóstico que acaba funcionando como um veredito insuperável, estabelecendo, assim, uma nova filiação que baliza e justifica os atos, as falas e as condutas da criança, deslocando-a da possibilidade de situar-se a partir de sua própria filiação. Inserir uma criança no laço social a partir de uma patologia é o mesmo que impedir qualquer possibilidade de constituição subjetiva, na medida em que a figuração imaginária da patologia determina não apenas a produção discursiva sobre a criança, mas igualmente seu futuro enquanto sujeito (Vorcaro, 2011). Diante da impossibilidade de matar a criança do ideal, mata-se uma criança na realidade.

Entretanto, se cabe à ordem familiar e social tomar para si a tarefa de se ocupar dessa representação narcísica primária que obstaculiza o processo civilizatório, como podemos pensá-lo numa lógica discursiva que sustenta a “promessa” do encontro entre o ideal e o sujeito? O que poderia fazer obção/obstáculo a essa promessa de reencontro entre o objeto e o sujeito, promovida pelo discurso da ciência e do capitalismo?

De acordo com Sauret (2008), o sujeito deve se separar da autoridade dos pais, e a assunção de um lugar próprio deve curá-lo de sua dependência do Outro, a fim de que ele possa assumir a responsabilidade pelo mundo e por sua vida, construir um sintoma que possa fazer laço com o Outro, dar estilo à sua vida. O sujeito contemporâneo precisa descobrir que não existe Outro à altura do que ele espera. Por isso, procura recriá-lo para assegurar seu ser, sua singularidade, numa tentativa de não ser reduzido a um objeto da ciência, do saber, ou do mercado. Daí a importância do sintoma: ele indica o ponto onde nenhum Outro pode exercer o menor poder sobre ele sem seu consentimento. Mas, no caso de uma criança, o exercício desse poder seria sem consentimento?

A eventualidade de uma criança que vai nascer parece reatualizar esta perda e introduzi-la no reconhecimento que marca seu corpo e sua história. Todo desejo e toda espera de uma criança parecem passar por este retorno, o da representação da criança

no narcisismo parental. Na falta deste, se o “mata-se uma criança” ou a “criança-morta” não inauguram o nascimento, confrontamo-nos com a espera de uma criança reduzida a um retorno do semelhante que deixa pressagiar uma captura desta última seja na rede da psicose, seja nas redes mais radicais da morte na realidade. (Benhaim, 2007, p. 15)

Assim, mesmo que a criança faça sintoma, ela continua em uma relação de dependência com o Outro; conseqüentemente, na dependência dessa dependência, que se tornou fundamental. Isso abre campo para as manifestações psicopatológicas em que as crianças, imediata e totalmente satisfeitas, se desorganizam em diversos quadros psicopatológicos.

Dessa forma, uma vez que a criança se torna um objeto nomeado a partir de uma nomenclatura especializada, o cenário familiar necessário para uma significação do mal-estar da criança a partir do discurso familiar é substituído por uma outra cena especializada, que acaba excluindo os não especialistas no assunto; nesse caso, os pais.

Nesse sentido, processo educativo e processo civilizatório aparecem como sinônimos, já que é na própria humanização que a educação encontra sua tarefa mais determinante. A educação não se instala através de um mero prolongamento da vida, mas através de uma violência que introduz a criança em uma outra ordem simbólica e civilizatória, com a condição de que cada um possa se apoiar sobre o que é como objeção ao saber.

Assim, o que a psicanálise pode introduzir consiste em uma outra ética capaz de renovar as ações que predominam hoje no campo da educação. Segundo Kupfer (2010), ações que podem colocar de outro modo a ideia de diferença e de singularidade em oposição ao ideal coletivo e homogeneizante próprio da atualidade.

Em resposta a esse fenômeno de massa, a escola de nossos dias busca ser inclusiva supondo que bastará incluir ou pôr para dentro de seus muros uma ou outra criança diferente, quando se trata, ao contrário, de produzir profundas e estruturais mudanças, que permitam a introdução da noção de diferença em seu fundamento educativo. (Kupfer, 2010, p. 273)

Caso contrário, não resta à criança outra posição senão ficar alienada como objeto de gozo do Outro, como no caso Schreber, correndo o risco de ter de responder aos ideais parentais e educativos que, dependendo da intensidade e constância, poderiam conduzi-la à morte psíquica.

Desse modo, o ato educativo se inscreve sempre num impossível entre um adulto que espera ver reproduzido no outro uma ordem que ele representa e ama, apesar de tudo, e uma criança que resiste a ser mero objeto dessa investida educativa que, se fosse bem-sucedida, a ponto de cumprir exatamente o que o adulto idealizou, significaria a anulação de qualquer singularidade, impactando a própria existência do sujeito (Voltolini, 2011).

Tal é o lugar da criança nos dias atuais: ela encarna o sintoma de uma neurose que responde ao que há de sintomático no laço social. Define-se, portanto, como representante da verdade, daquilo que o social exclui e que retorna sob a forma do recalcado, lugar em que a distância entre a identificação com o ideal e o desejo do Outro não tem medida, deixando a criança exposta a todas as capturas fantasmáticas que a colocam em uma posição de objeto capaz de obturar a falta no Outro.

## Referências

ARENT, H. Entre o passado e o futuro. Tradução de Mauro W. Barbosa. 7. ed. São Paulo: Perspectiva, 2013.

BENHAIM, M. A intimidade materna: a contribuição da psicanálise na pesquisa sobre os bebês. *Estilos Clínicos*, São Paulo, v. 11, n. 20, p. 72-83, jun. 2006.

BENHAIM, M. *Amor e ódio: a ambivalência da mãe*. Rio de Janeiro: Cia. de Freud, 2007.

CLAVREUL, J. *A ordem médica: poder e impotência do discurso médico*. São Paulo: Brasiliense, 1983.

COSER, O. *As metáforas farmacológicas com que vivemos: ensaios de metapsicofarmacologia*. Rio de Janeiro: Garamond, 2010.

ENDO, P. A ressurgência da tirania como elemento originário da política. In: LEITE, N. V. A.; MILÁN-RAMOS, J. (org.). *Entreato: o poético e o analítico*. São Paulo: Mercado das Letras, 2011.

FERRARI, I. F. Agressividade e violência. *Psicologia clínica*, Rio de Janeiro, n. 18, p. 49-62, 2006.

FLEIG, M. Apresentação. In: LEBRUN, Jean-Pierre. *O mal-estar na subjetivação*. Porto Alegre: CMC, 2010.

FREUD, S. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: FREUD, S. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996a. (Trabalho originalmente publicado em 1905.)

FREUD, S. Sobre o narcisismo: uma introdução. In: FREUD, S. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996b. v. 14, p. 81-113. (Trabalho originalmente publicado em 1914.)

FREUD, S. Análise terminável e interminável. In: FREUD, S. *Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996c. (Trabalho originalmente publicado em 1937.)

FREUD, S. O estranho. In: FREUD, S. *Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996d. (Trabalho originalmente publicado em 1919.)

FREUD, S. O mal-estar na civilização. In: FREUD, S. *Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996e. (Trabalho originalmente publicado em 1930.)

FREUD, S. Psicologia das massas e análise do Eu. In: FREUD, S. *Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996f. (Trabalho originalmente publicado em 1921.)

FREUD, S. Romances familiares. In: FREUD, S. *Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996g. (Trabalho originalmente publicado em 1909.)

FREUD, S. A pulsão e seus destinos. In: FREUD, S. *Edição bilingue das obras incompletas de Sigmund Freud*. Tradução de Pedro H. Tavares. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2013. (Trabalho originalmente publicado em 1915.)

FREUD, S. As pulsões e seus destinos. In: FREUD, S. *Obras incompletas de Sigmund Freud*. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2014. v. 2. (Trabalho originalmente publicado em 1915.)

GORI, R.; DEL VOLGO, M. J. *La santé totalitaire: Essai sur la médicalisation de l'existence*. Paris: Denöel, 2005.

KUPFER, M. C. O sujeito na Psicanálise e na Educação: bases para a educação terapêutica. *Educação & Realidade*, [s. l.], v.35, n.1, p. 265-281, jan./abr. 2010.

LACAN, J. *Lacan en Italie*. Milano: La Salamandra Editore, 1978. (Trabalho originalmente publicado em 1972.)

LACAN, J. *O Seminário livro 1: Os escritos técnicos de Freud*. RJ: Zahar, 1979. (Trabalho originalmente publicado em 1953.)

LACAN, J. *O Seminário livro 7: A ética da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988a. (Trabalho originalmente publicado entre 1959-1960.)

LACAN, J. *O Seminário livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1988b. (Trabalho originalmente publicado em 1964.)

LACAN, J. *O Seminário livro 4: As relações de objeto*. Rio de Janeiro: Zahar, 1995. (Trabalho originalmente publicado entre 1956-1957.)

LACAN, J. Formulação sobre a causalidade psíquica. In: LACAN, J. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998a. (Trabalho originalmente publicado em 1946.)

LACAN, J. Agressividade em psicanálise. In: LACAN, J. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998b. (Trabalho originalmente publicado em 1948.)

LACAN, J. Introdução teórica às funções da psicanálise em criminologia. In: LACAN, J. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998c, p. 125-151. (Trabalho originalmente publicado em 1950.)

LACAN, J. Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da Escola. In: LACAN, J. *Outros escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003a, p. 248-264. (Trabalho originalmente publicado em 1967.)

LACAN, J. Nota sobre a criança. In: LACAN, J. *Outros escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 2003b. (Trabalho originalmente publicado em 1969.)

LACAN, J. Seminário 21. *Les non-dupes errent*. [Os não-tolos erram]. Inédito. (Trabalho originalmente publicado entre 1973-1974.)

LAJONQUIERE, L. *Infância e ilusão (psico)pedagógica: escritos de psicanálise e educação*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

LAJONQUIERE, L. Educação e infanticídio. *Educação em Revista [online]*, Belo Horizonte, v. 25, n. 1, p. 165-177, abr. 2009.



LAJONQUIERE, L. *Figuras do infantil: a psicanálise na vida cotidiana com as crianças*. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2010.

LEBRUN, J. P. *O mal-estar na subjetivação*. Porto Alegre: CMC, 2010.

LECLAIRE, S. *Mata-se uma criança: um estudo sobre o narcisismo primário e a pulsão de morte*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1977.

MIGUELEZ, O. M. *Narcisismos*. São Paulo: Escuta, 2015.

MILLER, J. A. A criança entre a mulher e a mãe. *Opção Lacaniana*, São Paulo, ano 5, n. 15, p. 1-15, nov. 2014. Disponível em: <http://www.opcaolacaniana.com.br>. Acesso em: 10 jun. 2020.

MOTA, D. M.; OLIVEIRA, M. G. *Prescrição e consumo de metilfenidato no Brasil: identificando riscos para o monitoramento e controle sanitário*. Boletim de farmacoe epidemiologia, [s.l.], ano 2, n. 2, jul./dez. 2012.

PORGE, E. *Os nomes do pai em Jacques Lacan: pontuações e problemáticas*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1998.

SAURET, M. J. *L'effet révolutionnaire du symptom*. Toulouse: ERES, 2008.

SOUSA, E. L. A. *O silêncio da violência*. Letras, [s. l.], n. 22, p. 55-60, 2001. DOI: 10.5902/2176148511824.

VOLTOLINI, R. *Educação e Psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 2011.

VORCARO, A. O efeito bumerangue da classificação psicopatológica da infância. In: JERUSALINSKY, A.; FENDRIK, S. (org.). *O Livro Negro da psicopatologia contemporânea*. São Paulo: Via Lettera, 2011. p. 219-230.

ZORZANELLI, R. T.; ORTEGA, F.; BEZERRA JUNIOR, B. N. Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010. *Ciência & Saúde Coletiva*, [s.l.], v. 19, n. 6, p. 1859-1868. 2014. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014196.03612013>.

## CAPÍTULO 11

# Anastasia: uma nova coreografia

Laurence Morel

Se a hiperatividade estivesse ligada a considerações de natureza causalista, a história de Anastasia poderia atestar isso, de tanto que as boas fadas parecem ter abandonado seu berço! Poderíamos, então, imaginar que algumas boas ações educativas conseguiriam corrigir esse percurso caótico... Mas é considerando as coisas por outro ângulo que proponho destacar o impacto da linguagem na trajetória dessa criança, no encontro das palavras e do corpo. Para Anastasia, o trabalho analítico se ofereceu como ponto de apoio, espaço de recomposição de sua história, na tentativa de ancorar um novo desejo.

Para isso, é preciso tempo e também a sorte de encontros em boa hora, de bons encontros que podem trazer felicidade.<sup>1</sup> Nos serviços públicos, em que as preocupações com as filas de espera são significativas, é forte a tentação de prescrever psicoterapias curtas, em que sintomas e sofrimentos seriam ignorados em prol de uma *gestão* voltada para a erradicação dos transtornos.

No entanto, por uma de suas facetas, o sintoma assume um caráter salutar para a criança. Permite-lhe dirigir-se a um Outro que se esforça por

---

1 “*la chance de rencontres qui peuvent faire bon-heurt*”, no original em francês. Em “*bon-heurt*”, tem-se homofonia com “*bonheur*” (felicidade) e “*bon heur*” (boa sorte, boa hora), além da presença do verbo *heurter* (encontro brusco). (N.R.)

ouvi-la, acompanhá-la passo a passo para “afrouxar esse torno” (Miller, 2001) em que seu ser está preso, à mercê das identificações precoces e dos obstáculos que pode encontrar em seu caminho para crescer.

Freud já reconhecia no sintoma “sua função de defesa diante do trauma sexual e de saída diante da angústia” (Roy, 2021).

### **A criança e seus sintomas: agitação e ansiedade**

Enquanto a Sra. B, perturbada, pede que sua filha de dois anos e meio seja recebida na instituição onde trabalha, a criança grita atrás dela, exige falar pelo telefone ela também! Eu confirmo a recepção, faço uma consulta com uma e outra. Nesse primeiro encontro, o pedido da mãe é sem rodeios: “Ela fica histérica quando volta da casa do pai desde que começou a ir lá ‘sem mim’. Ela não ouve ninguém, grita e me faz gritar, ela chora! Encontre uma solução drástica para fazer com que ela volte a dormir. Ela está F. S.! Fora de serviço!”.

A interpretação dessa mãe é de que sua filha a faz gritar desde a manhã até a noite, por tudo e qualquer coisa, de propósito. Acolho, então, isso que pode fazer parte do “par formado pela criança dinamite e a mãe que se excede” (Cottet, 2012, p. 85).

A mãe dessa menininha me explica o caos em que viveu com o pai da criança até ela completar um ano. Eram só gritos, insultos e outras vociferações o que o casal parental trocava. Nenhum lugar, ao que parece, para o que Dominique Laurent chama de “conversa entre os pais ou aqueles que ocupam esse lugar para a criança [que] contribui para frear a economia ilimitada do gozo” (Laurent, 2021, n. p.).

Denunciando a obscenidade e a vulgaridade desse homem no trato com ela – quando ele lhe diz, por exemplo, que “todas as mulheres são vaidias” –, separou-se dele, tomada de um forte sentimento de perseguição. Acrescenta-se a esse quadro a volta dos dois filhos do Sr. A para casa e sua violência contra a Sra. B durante sua gravidez. Anastasia é a sexta criança do seu pai e continuará sendo a única da sua mãe.

Enquanto, por decisão do juiz, a criança deve ir sozinha à casa do pai, a Sra. B estigmatiza o alcoolismo regular deste, bem como as condições de vida inadequadas em vista da pouca idade da sua filha. Ela pontua os

retornos de Anastasia à sua casa com consultas no pronto-socorro do hospital, exigindo um laudo médico atestando que a saúde da criança é afetada por uma higiene de vida prejudicial. O corpo médico não parece alarmado e não responde aos seus pedidos. Uma investigação encaminhada à casa do pai não revelará negligência grave.

O Sr. A, durante uma conversa por telefone, inicialmente suspeitou que as consultas visavam a fazê-lo perder a guarda da filha; depois, um pouco apaziguado, ele me perguntou se eu estava preocupado com ela.

Anastasia passa de uma atividade a outra sem nunca descansar. Ela grita para interpelar o adulto e encena a agitação que a domina em cenas difíceis de pontuar. Parece agir espelhando o espetáculo oferecido pela discussão incessante entre seus pais, dando vida a pequenos personagens que ela faz gritar e brigar. No entanto, surpreende-se com meu interesse pelo que me mostra e se interessa por nossas trocas. Infelizmente, esse início de trabalho é interrompido rapidamente: a Sra. B não pode mais trazer sua filha regularmente, ela tem problemas de saúde, esquece os compromissos ao mesmo tempo em que o pai de Anastasia se cansa do conflito e esquece de pegar sua filha. Esse abandono deixará sua marca na criança.

Revejo Anastasia três anos depois. Aos cinco anos e meio, a menina um tanto gordinha que eu havia deixado de ver alguns anos antes é agora uma criança obesa – como sua mãe já era na época – e reclama de que não consegue me ouvir. “Tou churda”, exclama para quem quiser ouvir! Levantará tempo até a Sra. B ouvir e consultar um médico otorrinolaringologista para sua filha, tão absorta está em suas preocupações mais prementes: sustentar o equilíbrio precário de sua vida diária, cuidar de sua casa e manter seu trabalho com crianças em dificuldade; recolher, ainda, vários objetos do centro de reciclagem de resíduos, que ela depois revende para obter um pequeno lucro.

Anastasia corre para o peito de sua mãe enquanto esta fala comigo e fica literalmente pendurada nos seios, que manuseia com seus dedos empreendedores, enquanto a devora com seus olhos ávidos. Parece engolir as palavras que saem da boca da mãe, em um movimento no qual não consegue desprender a atenção do corpo materno. Mais tarde, ela dirá que exige dormir na cama da mãe para que ela não arranje nenhum namoradinho...

Ressaltemos aqui, com Maryse Roy, a “atenção dessas crianças [encaminhadas por hiperatividade] inteiramente fixada na libido de sua mãe” (2001, p. 69).

É, de fato, tudo o que Anastasia cobiça que passa assim para o moinho da devoração: qualquer objeto que o outro possua logo se torna o que ela quer para si imediatamente. Tudo o que acontece no campo da linguagem é num átimo fagocitado, e tudo o que cai no seu campo de visão é instantaneamente captado. Anastasia se reivindica bulímica, quer devorar tudo! Ela se empanturra com tudo o que encontra ao alcance da mão, para grande desgosto das várias nutricionistas que consultou. Os programas alimentares são regularmente minados, primeiro pela sua mãe: “Afinal, não se pode exigir tanto esforço de uma criança!”, ela protesta. Por duas vezes, um acompanhamento hospitalar de sua obesidade foi adiado, pois Anastasia tinha se machucado.

Com essa criança, tratar-se-á então de avançar a passos muito cuidadosos e de saber suspender qualquer inclinação para cuidados demasiado intervencionistas. A partir de agora, me esforçarei em pontuar o sem-limite do qual Anastasia é a sede e do qual ela sofre.

Nada se constitui como parada para essa menininha, em seu corpo e em suas palavras. Ela interpela qualquer um que passe pelo seu campo visual, agarra-se, como se estivesse magnetizada, levada por uma agitação incessante, como evidenciam os redemoinhos que enchem as folhas que rabisca com empolgação durante as sessões.

Ela se expressa, em um vocabulário rico e preciso, e ocasionalmente relata seu medo ligado ao “irmão malvado” em quem seu pai bate com um pano, os gritos do pai contra os meninos ou contra sua nova esposa.

Parasitada pelas palavras que a atravessam, Anastasia entra em pânico, fala sem parar, como um cata-vento que os discursos animam em todas as direções e seguindo todos os ventos. Ela é invadida pelo discurso do Outro, as palavras a atravessam sem que as significações venham fazer ponto de interrupção. As palavras da sua mãe atingem seu corpo, ela se agita, se excita assim que a mãe fala. O que se reflete aqui é essa desordem íntima que a agita desde sempre, por falta de um operador simbólico que pudesse ter vindo pacificar seu mundo e organizar as significações.

Anastasia dá testemunho do que a faz sofrer e conta-me os pesadelos que a assombram “desde que eu era bebê”, “desde que estou viva”, ela especifica. Em um dos pesadelos: “uma baleia com muitas cabeças devora todo mundo”; em outro: “um monstro viscoso muito grande, muito forte, muito gordo devora minha família e a mata – a incendeia. Um monstro viscoso, que ainda está vivo quando o matam... E que a cada vez cria novos bebês que, por seu turno, se tornam monstros...”.

Sem recurso diante de um Outro com desejo de gozo sem limites, Anastasia é dominada por terrores que se infiltram em suas noites e dão lugar aos pesadelos. Algumas conversas a sós com a Sra. B me permitirão vislumbrar elementos da história materna que ressoam os significantes que povoam esses pesadelos – aqui, especialmente, esse “monstro fazedor de bebês”.

Com grande aflição, Anastasia também me confia alucinações que surgem a qualquer hora do dia ou da noite. Ela ouve uma voz grave dizer: “O – a – o – a”;<sup>2</sup> “Anastasia... escute”. A garotinha enfrenta sozinha o enigma do que isso significaria. Um “Psiu, psi!” que surge do nada a interpela... Na tentativa de afugentar essas vozes, Anastasia balança a cabeça quando está sozinha: “Como fazer isso parar?”, implora...

Poder falar sobre isso nas sessões produzirá uma atenuação das vozes, que se tornarão mais raras e perderão intensidade. Para entender esse efeito, vejamos um belo artigo de Sonia Chiriaco:

[Dirigindo-se] a um Outro que bem quer ser o seu destinatário, o fenômeno já parecerá menos ameaçador. O analista que sabe acolher isso é antes de tudo uma testemunha que permite ao sujeito sair do isolamento radical em que se encontrava. [...] Uma vez traduzida em palavras, a voz não é mais puro real. Somaram-se a ela o simbólico, a linguagem e o imaginário. [...] Os pacientes assumem que o analista tem um saber sobre aquilo que os está parasitando. Essa suposição de saber lhes permite pedir-lhe ajuda. [...] Até então, só o Outro gozador, o Outro do

---

2 “Le – la – le – la” no original em francês.

qual o sujeito era o brinquedo, era quem se presumia saber, e até saber tudo. [...] Graças à transferência, o Outro se fragmentará. (Chiriacco, 2008, p. 25)

Anastasia é muito dispersa, o discurso do ambiente parece atravessar essa criança sem que algum filtro venha protegê-la ou lhe permitir encontrar abrigo. Ela é parasitada por frases aparentemente apanhadas ao acaso no seu cotidiano, que ela reproduz durante suas brincadeiras ou que surgem a despeito do bom senso em suas conversas.

A partir de sua enunciação, em que impera a metonímia, as palavras se encadeiam umas às outras sem pé nem cabeça, sem pontuação. Ela passa de uma ideia a outra, pulando de galho em galho. Tento algumas interrupções, peço que me explique um pequeno detalhe que não entendi, solicito que tome um tempinho para desenvolver tal ou tal coisa... As sessões então ganham a aparência de pequenas pausas nesse turbilhão infernal.

O mesmo vale para seus desenhos, nos quais apaga com uma mão o que acabou de traçar com a outra, com um gesto mais rápido do que o tempo que levaria para dizê-lo. Não abro mão desse tópico: mostro interesse, parabenizo-a, me surpreendo, comento, questiono... Surpresa, ela para e me conta o que representou ou o que gostaria de recomeçar imediatamente, não satisfeita com sua produção! Pequenos vacúolos ocorrem para encontrar as palavras que poderiam traduzir o que ela quer dizer. Lá onde ela se irrita rapidamente, minha paciência e escuta atenta a encorajam. Ela me diz que gosta de aprender na escola, gosta de escrever. Mas teme que sua mãe não leia mais histórias para ela, se descobrir tudo isso. Evoca a recusa sistemática que sua mãe opõe aos seus desejos. De fato, a mãe prontamente interpreta que sua filha quer “tomar seu lugar...”. Anastasia não consegue se fazer ouvir pela mãe. Diante dos frequentes conflitos entre mãe e filha, que inevitavelmente degeneram em desastre, diante do que invade a criança e do que ressoa como “demais” também do lado da mãe, Anastasia declara à mãe: “Era melhor eu não ter nascido!”. Citemos aqui Jacqueline Dhéret (2007, p. 78): “Como não há resposta no simbólico para a pergunta ‘por que você me deu à luz’, o sujeito deve responder por seu ser, com os meios disponíveis”.

Esses meios disponíveis, bem precários para Anastasia, se fortalecem gradualmente, contudo, à medida que nossos encontros progridem. A fala permite a ela construir pequenos nós que a sustentam. Se cabe a cada criança poder “adotar a sua origem”, e se isso “passa também pelo fato de ser a adotada de um desejo” (Ansermet, 2021), vejamos agora algumas coordenadas do desejo que presidiu ao nascimento de Anastasia – entre o abandono do pai e uma história materna dolorosa.

### **“Uma família de dingosses”**

As condições da vinda ao mundo de Anastasia são marcadas por uma repetição inexorável na vida de sua mãe, onde o trágico compete com os maus encontros, amarrando os fios de seu destino.

A Sra. B tem a certeza de que, se o pai de Anastasia quis morar com ela, foi com a única intenção de “fazer-lhe um filho” para poder finalmente recuperar a guarda de seus meninos. Teria ela podido ter o desejo de uma criança? Nada é menos certo. Ela queria uma, é claro, mas só o que ela conseguia lembrar então era a forçagem a que fora submetida quando seu próprio pai decidira “ter um filho dela” – visto que sua esposa não poderia mais cumprir esse papel de lhe dar filhos...

Um gozo obscuro e feroz tornou-se o parceiro da criança, fora de qualquer laço simbólico. Sublinhemos, com Christiane Alberti, que “o que faz o impulso, o fundamento [da proibição do incesto], é a condição para que subsista o mundo da demanda e do desejo. Em último caso, o mundo da fala como tal. O objeto do incesto é interdito e não há outro bem” (Alberti, 2021, p. 71). Quanto à mãe, a Sra. B teve que lidar com a sua “maldade”. Ela chega, inclusive, a lamentar a ausência de seu pai – que morreu quando ela tinha vinte e poucos anos –, e que não teria deixado sua mãe “ser tão má com ela”. A mãe, ela mesma obesa, zombava das gorduras da filha, humilhava-a e menosprezava. Aos 8 anos, a criança sonhava em ser cantora e dançarina... Esperanças arruinadas pela mãe, que desde sempre a estigmatizou: “você é gorda”. Essa fala, como um cutelo, parecia ter marcado o corpo da menininha e tê-la congelado permanentemente em uma imagem mortífera, não deixando espaço para nenhum futuro.



Durante os anos de trabalho de fala com Anastasia, esse laço devastador da Sra. B com sua própria mãe se afrouxará um pouco, quando ela decidirá interromper essas provocações dirigidas tanto a ela mesma quanto à filha, ao visitar a mãe com menos frequência. Apoiada no laço da transferência e em minha desaprovação em face dessas proposições das quais se queixava, ela se surpreendeu: “Mas foi ela que me alimentou! Como pode me culpar por ser gorda?”. Ao que eu retruquei com uma piscadela cúmplice: “De fato. Ela não te alimentou com quilos de reprimendas? Coloque-se um pouco em dieta!”

Tendo satisfeito a louca exigência incestuosa do pai e se tornado alvo do feroz gozo materno, a Sra. B ficou sem saída. Ela havia decidido, aos 18 anos, “para salvar-se”, passar pela janela do quarto e escapar desse inferno doméstico, “libertar-se dessa família de *Dingosses*” – usando a expressão que Anastasia inventará para traduzir sua própria urgência! Mas tudo isso para entrar em outro inferno, pois logo cai nas garras de uma mulher que a sequestrará e a escravizará por 11 anos.

Nenhuma solução que pudesse ter passado pela fala, nenhum dizer não ao Outro que fosse operante, mas uma passagem ao ato para extrair-se o pior, perpetuando o declínio desse sujeito... Isso levará Anastasia a preocupar-se, anos depois, em saber que sua mãe é capaz do pior: ela teme que o gatinho que sua mãe odeia passe pela janela, como já aconteceu com seus pertences que não estavam arrumados!

Para essa mãe, na relação com a filha, presentifica-se o retorno de uma figura de perseguição, como a ameaça do jugo de um Outro sempre pronto a surgir para forçá-la a ser escrava. Ela reclama da filha, de ser reduzida ao papel de sua empregada... Há em jogo para essa mulher algo como uma marca indelével das experiências da infância e dos maus encontros. Para sua filha, ela apenas pode prever desastres, fracassos. A inércia disso que poderia constituir sintoma e que poderia ser mobilizado pode apenas se congelar em um “para sempre assim”. Ela não consegue diferenciar sua filha de outros membros da família dos quais cuida ocasionalmente. Assim, Anastasia não significa mais para ela do que qualquer um dos seus sobrinhos, cada um afogado em um “todos iguais”, em uma indistinção que não

deixa espaço para qualquer desejo particular que poderia ter sinalizado amor por sua filha.

Na história entre a Sra. B e Anastasia, falta, sem dúvida, um operador que permita “uma certa distância, uma interdição, inter-dicção, entre a criança e a mãe. [Um operador que] pode situar-se além do parceiro sexual [mas que] advém de um fato de linguagem e permite que a criança se situe como viva e sexual” (Laurent, 2021, n. p.).

Anastasia me conta que às vezes ela tem vontade de se matar, para juntar-se ao avô que ela não conheceu, mas de quem sente falta. Na ausência do que deveria ter sido simbolizado, é uma separação no real que surge – chamando-a, por sua vez, a uma separação radical que realizaria a passagem ao ato. Explico-lhe que não há ninguém a encontrar daquele lado, para reprimir esse desejo mortífero e convidá-la a amarrar de outra maneira o que ela poderia desejar, pedindo-lhe que me conte coisas que lhe interessam.

### **O par infernal mãe-criança**

Não sabendo como fazer borda ao sem-limite da sua filha pela fala, a Sra. B reclama que não tem mais lugar, que ela invade seu espaço, segue-a por toda parte, decide tudo, fala sem parar, faz birras por um sim ou um não nas lojas aonde ela a leva, não arruma nada... Ela que, para designar seu lugar entre os irmãos, havia dito que era “a metade” – ou seja, a metade da conta, entre os mais velhos e os mais novos. A Sra. B só consegue fazer bargagem com violência: eleva a voz, levanta a mão, e percebe que poderia não parar mais de bater... Ela declara que não tem competência para ajudar a filha, e se pergunta para que serve.

Qualquer tentativa de sair dessa relação fusional e mortífera, de investir em outro lugar, devolve-a à separação impossível. Assim, no seu trabalho, onde, por falta de uma amargem simbólica que deveria enquadrar as funções que ocupa – querendo, ao que parece, “salvar todas as crianças” –, ela se vê em dificuldade e vacila, torna-se violenta e diversas vezes precisa ser detida. Além disso, decide se reconectar com a atividade de dança que adorava quando era mais nova, mas escolhe um clube bem perto da casa da mãe, novamente se sujeitando a palavras ásperas.

A Sra. B está exausta e tem medo de fazer uma besteira. As visitas da filha ao pai alimentam para ela o retorno ao inferno do qual fugira na juventude: “Ele estragou tudo”, destaca. Querendo ver a filha, ele quebra o ritmo que ela havia encontrado, como quando tinha saído da casa dele com a filhinha debaixo do braço.

Assim, mãe e filha não conseguem se descolar uma da outra, numa relação de espelho. A Sra. B arranja um trabalho o mais próximo possível do espaço da sua filha na escola e não tira mais os olhos dela. O cotidiano de ambas se torna um inferno dia e noite. A Sra. B reclama da filha, que lhe rouba a comida, a “trata como um cão”, quer “tomar o seu lugar”. Ela se dá conta de que, assim que dorme, Anastasia pensa que ela está morta.

A pulsão de morte é desencadeada sem que nenhuma escansão consiga separar as duas protagonistas. Ela teme bater na filha sem conseguir parar e fala disso emotivamente com os serviços sociais. Com grande ambivalência, finalmente concorda em considerar um encaminhamento para que algo possa se acalmar nessa relação, em que a violência e os gritos vão em *crescendo*.

Fica combinado que Anastasia, então com 8 anos de idade, passará alguns dias por semana longe de sua casa. Essa decisão lhe é intolerável, ela chora muito, se lamenta e se recrimina por ter sido má com sua mãe, depois de já ter sido suficientemente punida por isso. Implora para que eu intervenha e atenuo essa sentença prometendo se tornar, a partir daquele momento, uma menina modelo...

Várias sessões são então o teatro onde esse insuportável pode se expressar. Acusando recebimento dessa reclamação, encorajo Anastasia a me contar o que se passa com ela e os mínimos acontecimentos de sua vida, que, não são, afinal, todos catastróficos, e obtenho sua concordância. Reconhece que sua assistente maternal a ajuda nas lições de casa, que é gentil e que ela pode aprender a não passar dos limites com ela, o que ainda não consegue fazer na casa da mãe. Mais tarde, ela poderá identificar o sem-limite operante em sua própria mãe e mensurar em seguida que essa dolorosa separação teve efeitos salutares.

### **Extrair-se do controle materno: dos gritos à escrita**

Há muito tempo, Anastasia se apoia no que pode ser escrito. Em um primeiro momento, “o escrito” parecia ressoar com “os gritos”<sup>3</sup> que, na realidade, povoavam seu cotidiano caótico. No entanto, aos poucos, os escritos vão tomando forma, permitindo ordenar um pouco o seu mundo. Ela rabisca impulsivamente em um pedaço de papel o que quer me explicar, usando diagramas confusos, que questiono ponto a ponto, assegurando-lhe minha ignorância. Em seguida, procuramos no dicionário as palavras com as quais seus pares a estigmatizam e que são insultuosas – ela é, por exemplo, chamada de “gorda”. Sinônimos, definições, o sentido literal ou figurado das palavras... Tudo isso tece uma malha que lhe dá a oportunidade de suavizar um pouco o que a visa. Sua mãe, quando vem me ver, anota escurpulosamente em seu caderno o que lhe proponho e o que apoio, “para não esquecer”. É um apoio que permanece frágil, mas que, no entanto, estabelece alguns marcos que ela leva para casa após nossas conversas. Ela sabe que pode contar com alguns outros que não lhe querem mal... E isso a retém às vezes e lhe permite ligar [?]. Fina rede que pode fazer barragem em momentos de crise.

As ficções que Anastasia encena em nossos encontros permitem que ela desdobre os significantes que marcaram a história de sua mãe: a bruxa e a rainha má competem em poderes maléficos e “querem ter tudo” – lançam seus feitiços malignos disputando quem é a melhor e envenenam suas vítimas inocentes. Cinderela, mantida prisioneira, é escrava de sua madrasta malvada... Anastasia protesta e diz o que significa ser escrava: “é trabalhar sem receber!”. Ela começa a elaborar para si mesma sonhos em que ganhará muito dinheiro! Ela será rica, famosa e feliz!

Os pesadelos tornam-se menos frequentes ou ela se desculpa por não se lembrar deles. As alucinações desapareceram.

Anastasia gosta de escrever. Ela também gosta de cantar e começa a transpor músicas que anota em um caderno que sua avó materna lhe deu.

---

3 *L'écrit* (o escrito) e *les cris* (os gritos) são homófonos.

No entanto, no momento do presente, a avó tinha lhe dito que era para que calasse a boca!, pois tinha horror de a ouvir cantar...

Anastasia ainda me faz testemunha da maldade de sua avó e se magoa com isso. Um perigo parece colocar-se novamente diante dela. Procurando como que abrigar-se da ferocidade desse gozo ruim que só faz inchar, à medida que a linguagem o alimenta, inventamos como rir dele, estigmatizando, por ocasião de um eufemismo, o “caráter muito ruim” dessa avó! As sessões, para Anastasia, são o lugar do seu trabalho passo a passo para des-consistir o que a visa ainda e sempre.

Compor essas músicas que ela anota em folhas que me traz a mantém muito ocupada e a distrai dos conflitos que não cessam de assolar seu cotidiano em casa ou na escola. Nas suas músicas, ela escolhe as palavras com cuidado. Ela canta, relê, corrige, pede minha opinião, se cronometra – porque conhece os códigos para postar clipes no *Youtube*: um limite pode começar a se estabelecer.

Está procurando uma maneira de se separar de sua mãe. Lá onde Anastasia conhece a recusa fundamental do Outro em relação a ela, desliza em suas canções um discreto “cale sua b...” endereçado a sua mãe, agora sabendo reter o insulto. Ela sabe, me diz, que isso não se diz. Mãe e filha têm que lidar com o mesmo transbordamento pulsional, e a criança aprende a dar forma a isso... Ela conta com o Outro para saber lidar com o que vociferar<sup>4</sup> e para circunscrevê-lo.

Regularmente, as queixas da Sra. B recomeçam e transitam: da sua filha para a própria mãe, passando pelo pai da sua filha, que reivindica direitos ou, ao contrário, não quer mais pagar pensão, o que a deixa furiosa.

Durante esses cataclismos, Anastasia se sente mal com seu corpo. Ela tem dor de cabeça, dor de estômago, não quer mais ir à escola e descreve “um turbilhão” que chama de “tornado”. Os pesadelos reaparecem, sob os auspícios de um ser horrível que quer esfolá-la. Frases alucinadas a assombam novamente: “vai para a cama de sua mãe, senão... Argh!”<sup>5</sup>

---

4 “*savoir-y-faire avec ce qui vociférer*”, no original.

5 Onomatopeia de estrangulamento. “*Couic*” no original em francês.

Anastasia se queixa de que seu pai não a ama, já que não a busca mais. Menciona novamente que gostaria de se matar para se juntar ao avô, que, com certeza, teria prestado atenção nela! Esse avô cujo primeiro nome, diz, ela não conhece, mas que procurará quando for mais velha.

A falha de transmissão no simbólico, esse nome que não pode se inscrever, deixa-a entregue à tentação de passagem ao ato. Eu a animo a escrever, que ela demanda, ela decide escrever uma carta ao juiz pedindo para ver o pai e para “ser protegida” ao mesmo tempo.

Ela imagina ficções em suas sessões, inventa soluções: para o trem que percorre as falésias sobre os trilhos, ela empreende a construção de outra via que não esse caminho longo demais e demasiadamente semeado de emboscadas!

### **Fazer-se um corpo**

Percebemos assim, com Anastasia, o quanto ter um corpo não é evidente. O corpo para o sujeito é elaborado na relação com o Outro do significante. Não é dado de início, mas tomado numa construção tecida tanto com a imagem no espelho quanto com as palavras do Outro, que conferem um corpo ao sujeito. A criancinha diante do espelho, carregada e vista pelo Outro, captura seu corpo como separado daquele que o carrega (Lacan, 1966, p. 93-100). Nomeado, falado, ela alojará seu ser no desejo do Outro. O corpo, indica Lacan, adquire uma consistência mental: “O falasser adora seu corpo, porque crê que o tem. Na realidade, ele não o tem, mas seu corpo é sua única consistência – consistência mental, é claro, porque seu corpo sai fora a todo instante” (2005, p. 66).

Assim, para que o corpo se mantenha para um sujeito, deve haver essa conjunção da ordem simbólica e da dimensão da imagem unificada do corpo, que se forma no estágio do espelho.

Anastasia, no auge dos seus 10 anos, tem o corpo de uma adolescente com curvas já pronunciadas. Veste-se com roupas justas, com saltos nos quais, cambaleante, tenta manter o equilíbrio, e se enfeita com reluzentes joias femininas.

A cada sessão, Anastasia se enfia entre o assento da poltrona e a mesa, como para espremer seu corpo.

A desordem mais íntima é essa brecha em que o corpo se desfaz e onde o sujeito é levado a inventar laços artificiais para reapropriar-se de seu corpo, para “cingir” seu corpo a si mesmo. Para dizê-lo em termos mecânicos, ele precisa de um grampo para prender-se *com* seu corpo. (Miller, 2009, p. 46)

Assim enfiada, firmemente ancorada, Anastasia pode começar cada uma de suas sessões. A erotização do corpo, seu desejo de seduzir, de chamar a atenção para si mesma, são outros tantos pontos delicados. A mãe nota essas transformações no alvorecer da puberdade e, longe de mensurar tudo o que isso tem de precário e que me preocupa, elogia esse corpo que dá à filha a aparência de uma mulher em miniatura. Pondero e desencorajo delicadamente o que me parece precoce demais. Eu apoio o que está mais do lado do desejo.

Anastasia pergunta à mãe sobre a puberdade. As explicações grosseiras que ela recebe em troca não deixam de desencadear as fantasias mais rocambolescas: assim, sobre o início da menstruação nas meninas, pensa com um estremecimento que os tubarões poderiam vir para devorá-la, atraídos pelo sangue... Digo-lhe que ela tem mesmo muita imaginação! Ela ri.

É também pelo recurso aos objetos que Anastasia parece manter seu corpo no lugar de uma significação fálica que lhe falta para dar valor ao seu ser. Regularmente, ela traz para suas sessões vários *gadgets*, que coleciona. Exibe seus tesouros: cartas de *Starwars* ou *Pokémon*, distribuídas em hipermercados ou obtidas em trocas com outros colecionadores. Graças a esses objetos, tenta um laço social que permanece precário, confessando-me que, no fundo, ela não se importa... Mas encontra o uso de alguns semblantes para se inscrever em relação com os outros de sua idade na escola. Entre essas cartas, que têm, pois, pouca importância, ela se afeiçoa, no entanto, por algumas, como esses *fac-símiles* de cédulas que um dia me traz, com inscrições em japonês no verso.

### **A coreografia:<sup>6</sup> o esboço de uma nova amarração**

No alvorecer da adolescência e sem o recurso da mediação da função paterna, como separar-se da maneira certa? Entre “ser a cola-tudo de sua mãe” e se ejetar violentamente, uma via específica precisa ser encontrada.

Anastasia tem uma paixão, há algum tempo, pelos vídeos que assiste no *Youtube*, que apresentam corpos de adolescentes asiáticos. Os heróis que salvam os jovens do perigo, ou as belas heroínas que cantam e dançam maravilhosamente a fascinam e atraem. Ela irá para esse país dos sonhos, onde, finalmente, longe de sua mãe, será famosa e fará fortuna! Para isso, tem que aprender “essa língua estrangeira”! Apoio essa necessidade, afastando sensivelmente a realização desse projeto que a agita perigosamente, num sentimento de urgência, colocando-o numa curva assintótica. O nome desse país ressoa para ela com coreografias a que se afeiçoa nesses vídeos e que tenta, por sua vez, inventar. A dança, como colocação em jogo do corpo sublimado, é também o que sua mãe teria gostado de fazer desde a infância.

Trata-se, pois, de uma forma de escrita que liga o corpo a belas formas, uma coreografia, um corpo-e-grafia que, para Anastasia, poderia ser inventada para canalizar a agitação que a invade. Uma forma de envolver com força o corpo e de fazer dele também um suporte para o desejo.

Esses sonhos, sobre os quais ela veio me falar na sessão, foram amarrados para ela com o apoio da transferência. Apoiei a perspectiva de um outro lugar a ser construído da maneira certa, ou seja, sem se ejetar: não se poderia deixá-la desaparecer, nem passar pela janela...

Ela também soube aproveitar a oportunidade que lhe foi oferecida, dando testemunho de sua jornada em duas conversas com uma psicanalista. Uma nova dimensão apareceu então ali, em torno de um “segredo” que envolve todos os seus projetos e que ela escolheu chamar, com uma nota um tanto irônica, de um “segredo-defesa”.

Ao se recusar a dizer em voz alta o que havia desenhado ao longo dessas conversas, podemos nos perguntar se ela teria conseguido operar uma

---

6 “*Chorégraphie*”, no original. O autor fará adiante um jogo com a homofonia de “*corps-et-graphie*” (corpo-e-grafia).



tentativa de subtração do objeto voz, esse objeto chamado *pequeno a* por Lacan – objeto voz que, recordemos, tinha se intrometido para ela em episódios alucinatórios quando era mais jovem. Que ela tenha segredos é certamente salutar para uma jovem que se queixa amargamente de que a mãe conta tudo, e a todos... Será que o que ali surgiu poderia também evocar uma espécie de missão, articulada a esse “posta em segredo” que a mãe dizia ter vivido durante onze anos? Uma maneira de escapar desse estranho episódio da mãe no alvorecer de sua vida como mulher? Anastasia utiliza os significantes que conseguiu coletar de sua mãe, para fazer deles uma história que ela tenta escrever à sua maneira, e os quais ela pôde testemunhar através de um percurso singular.

No momento em que esta escrita se fecha, Anastasia me anuncia que foi admitida no sexto ano, em um internato, em um estabelecimento de ensino adaptado que leva o nome de um famoso psicanalista francês. Ela havia escrito uma bela carta de motivação, que eu, de minha parte, encorajei e apoiei fortemente com minha pena. Esperemos que esse lugar seja capaz de acolher essa jovem frágil, que lá possa fazer borda para isso que, da pulsão, sempre corre o risco, para ela, de fazer excesso; que esse internato lhe permita continuar a estabelecer a distância certa a encontrar de sua família: nem muito perto – sob o risco de ser devorada, nem muito longe – realizando um desaparecimento enigmático...

A Sra. B, em uma conversa recente, agradece àqueles que, durante o trabalho com Anastasia, “não as abandonaram”.

De fato, está aí a função do analista, apoiar esses sujeitos naquilo que podem construir como baluartes para se segurar no mundo, validar descobertas e dar-lhes um *status* de invenção.

## Referências

ALBERTI, C. Le principe de la loi primordiale; ce qu'il s'agit de tenir fermement à propos de l'inceste. *Lacan Quotidien*, [s. l.], n. 931, p. 69-71, jun. 2021.

Disponível em: <https://lacanquotidien.fr/blog/wp-content/uploads/2021/06/LQ-931.pdf>. Acesso em: 5 jul. 2023.

ANSERMET, F. Du désir d'enfant au malentendu de l'origine. Blog du congrès PIPOL 10, 2021. Disponível em: <https://www.pipol10.eu/2021/02/18/>

du-desir-denfant-aux-malentendus-de-lorigine-francois-ansermet/. Acesso em: 5 jul. 2023.

CHIRIACO, S. Le phénomène de la voix bienveillante. *La Cause Freudienne*, n. 68, 2008.

COTTET, S. *L'inconscient de papa et le nôtre*. Paris: Éd. Michèle, 2012.

DHERET, J. Y-a-t-il une clinique de l'abandon? *Quarto*, n. 90, 2007.

LACAN, J. *Le Séminaire*, livre XXIII, *Le sinthome*. Paris: Éd. du Seuil, 2005.

LAURENT, D. *Techno-maternités*. Blog du congrès PIPOL 10, 2 abr. 2021. Disponível em: <https://www.pipol10.eu/2021/04/01/techno-maternites-dominique-laurent/>. Acesso em: 5 jul. 2023.

MILLER, J.-A. . Effet retour sur la psychose ordinaire. *Quarto*, p. 94-95, 2009.

MILLER, J.-A. *Le lieu et le lien*. L'orientation lacanienne, enseignement prononcé dans le cadre du département de psychanalyse de l'université Paris 8. Cours du 28 mars 2001, inédit.

ROY, M. . Enfant fétiche et phallus hyperactif. *La Petite Girafe*, Paris, n. 13, 2001.

ROY, M. . L'enfant, ses parents. *Hebdo-blog*, n. 234, 2021.

## CAPÍTULO 12

### **Franck: transtorno de TDA/H**

Sébastien Ponnou

Os impasses das abordagens biomédicas da hiperatividade levam à necessidade da prática clínica e da psicanálise no cuidado de crianças diagnosticadas com esse transtorno, assim como de suas famílias. Propomos sustentar a importância dessa prática por meio de uma apresentação clínica numa instituição que põe em perspectiva as fontes teóricas suscetíveis de esclarecer a abordagem lacaniana da hiperatividade.<sup>1</sup>

#### **Da intolerância ao intolerável**

Franck tinha nove anos quando chegou ao Instituto Terapêutico, acolhido por notificação da Casa Departamental para Pessoas com Deficiência (*Maison Départementale des Personnes Handicapées* – MDPH) e a pedido de sua mãe após uma deterioração nas relações familiares: ela não aguentava mais! O diagnóstico de hiperatividade foi feito por um serviço especializado no ano anterior à sua admissão na instituição e resultou em um tratamento com psicoestimulantes que, visivelmente, não tiveram efeito sobre sua agitação.

---

1 Esta apresentação clínica foi publicada pela primeira vez em *Letterina*, o boletim da Association de la Cause Freudienne en Normandie, sob a referência: Ponnou, S. Franck: trouble TDA/H. *Letterina, bulletin de l'Association de la Cause Freudienne en Normandie*, n. 75, 2020.

Franck apresenta os sintomas clássicos do TDA/H: falta de atenção, agitação motora, hiperatividade... Mas nenhum sinal de comorbidade ou transtorno associado. É uma criança alegre que investe o campo da fala, o saber, as relações com os adultos e com seus pares. Seus resultados escolares são bons, apesar de sua agitação. Gosta de ir à escola e participa de projetos ou atividades que lhe são oferecidos. A admissão é decretada desde que o tratamento medicamentoso continue sendo responsabilidade do departamento hospitalar prescritor. A educação em ambiente regular é mantida. Franck é recebido em um internato cujo funcionamento se restringe aos dias úteis e vai para casa de sua mãe nos fins de semana e nas férias escolares.

A história de Franck é marcada pela separação abrupta de seus pais três meses antes de seu nascimento: seu pai saiu de casa sem motivo aparente, após vários anos de convivência com a companheira e apesar de um pré-reconhecimento de paternidade já no início da gravidez. Ele literalmente desaparece, sem qualquer explicação. A mãe de Franck embarcará então em uma busca frenética por esse homem que se evapora cada vez que ela encontra seu rastro e tenta fazer contato. Franck não conhece seu pai, nunca o viu.

Além das manifestações típicas do TDA/H – bem consideráveis naquela época –, o acolhimento da criança começa com um sintoma particular suposto por sua mãe: Franck seria intolerante à lactose. No entanto, ela recusa qualquer investigação médica. Paralelamente aos procedimentos de enfermagem e às adaptações necessárias para esse suposto sintoma, decidimos colocar a intolerância para funcionar, com Franck de um lado e com sua mãe do outro. De fato, as dificuldades postas na relação mãe-filho – que o sintoma condensa à perfeição – contribuem significativamente para as razões da internação. Este trabalho começa com uma clínica das pequenas coisas cotidianas, realizada com Franck por cinco anos, e com entrevistas pontuais com sua mãe. A intolerância rapidamente dá lugar ao intolerável, ao insuportável, que se pluraliza, se dialetiza e pode, assim, ser objeto de um trabalho de simbolização. Para Franck: intolerável de uma forma de onipotência materna que se materializa nos castigos que sua mãe lhe inflige: confinamento, separação dos brinquedos, que são jogados fora...

Práticas que a instituição virá a nomear, inter-ditar.<sup>2</sup> Para a mãe: as dificuldades causadas pelo comportamento do filho abrem-se ao intolerável abandono que a assola – o de seu ex-companheiro, o pai de Franck – e que ocupa o lugar de um ponto de condensação de um gozo intratável, ao qual ela é constantemente conectada e do qual é objeto. Franck encarna no real esse abandono que o abruma, do qual ele se tornou o suporte, o traço, o resto insuportável. A hiperatividade pode, então, ser interpretada como uma repetição dessa não resolução de problemas de parte do pai, bem como um modo de defesa do sujeito em face de um gozo estrangeiro, herdado, intimado pelo Outro e voltando-se contra o corpo.

Colocar a fala de todos e os espaços abertos para funcionar pela implantação de uma prática com várias pessoas tem efeitos rápidos: descondensação do insuportável em ação na parceria mãe-filho, dissipação dos sintomas de agitação e hiperatividade ligados à extração e ao deslocamento do gozo do Outro, o qual Franck tinha carregado diretamente em seu corpo... E, conseqüentemente, descontinuação do tratamento medicamentoso. Construção de referências de terceiros tanto para a mãe quanto para a criança e possibilidade de reinvestimento em novas formas de relações sociais e de relação com o saber.

### **TDA/H: pontuação lacaniana**

A situação de Franck nos parece instrutiva na medida em que esclarece a abordagem lacaniana da hiperatividade (Roy, 2001) e faz ressoar o interesse da psicanálise e da sua ética no acolhimento e apoio às crianças diagnosticadas com TDA/H e às suas famílias. Na situação inicial, Franck se situa na posição de objeto de gozo da fantasia materna. Sua agitação ecoa “a impossível separação de um Outro fundamentalmente presente”<sup>3</sup> (Laurant *apud* Cottet, 2012, p. 80). A hiperatividade evoca então “uma clínica do movimento que se opõe à estática da fantasia materna”<sup>4</sup> (Cottet, 2012,

---

2 “*Inter-dire*” no original em francês.

3 “*L'impossible séparation d'un Autre foncièrement présent.*”

4 “*Une clinique du mouvement qui s'oppose à la statique du fantasme maternel.*”

p. 82). Essa posição relativamente comum<sup>5</sup> – e que talvez especifique a posição do sujeito hiperativo – encontra aqui seu ponto de fixação, na medida em que Franck condensa o gozo intolerável do abandono da mãe pelo pai. A ênfase colocada na passagem da intolerância ao intolerável incita a articulação e a circulação de um enredo signifiante que permite apoiar a criança em um trabalho de deslocamento desse ponto de identificação ao objeto da fantasia materna. Longe do reducionismo e das ânsias especulativas da psiquiatria biológica (Gonon, 2011), o tratamento pela fala abre efeitos duradouros que permitem ao sujeito aproveitar sua oportunidade criativa na sua relação com o Outro e com o laço social.

## Referências

COTTET, S. *L'inconscient de papa et le nôtre: contribution à la clinique lacanienne*. Paris: Éditions Michèle, 2012.

GONON, F. La psychiatrie biologique: une bulle spéculative? *Esprit*, [s. l.], n. 11, p. 54-73, 2011.

LACAN, J. *Autres écrits*. Paris: Editions du Seuil, 2001.

LAURENT, E. Le trait de l'autiste. *Les Feuilles du Courtil*, [s. l.], n. 20, 2001.

ROY, M. Enfant fétiche et phallus hyperactif. *La Petite Girafe*, Paris, n. 3, p. 62-70, 2001.

---

5 “A criança realiza a presença do que Jacques Lacan designa como objeto *a* na fantasia. Ela satura, substituindo-se a esse objeto, a modalidade de falta em que se especifica o desejo da mãe [...]” (Lacan, 2001, p. 373-374).

## Sobre os autores

CRISTIANA CARNEIRO, coordenadora do [NIPIAC/UFRJ](#), professora de Ciências da Educação na Universidade Federal do Rio de Janeiro e do Programa em Pós-graduação em Psicologia, Brasil. Membro Ruepsy, Clinp e Lapse.

BRUNO NETTO DOS REYS, psiquiatra, psicanalista e professor do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal (DPML) da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

DAVID COTO, psicólogo clínico de instituições médico-sociais.

FRANÇOIS GONON, neurobiólogo, diretor emérito de Investigação no CNRS, Bordéus, França.

MICHELE KAMERS, psicanalista, mestre em Psicologia e Educação pela Faculdade de Educação da USP-FEUSP, Brasil.

PASCAL-HENRI KELLER, psicanalista em Bordeaux, professor emérito em Psicologia, Universidade de Poitiers, membro da Sociedade Psicanalítica de Paris (SPP), França.

PATRICK LANDMAN, psicanalista, psiquiatra, psiquiatra infantil, jurista, presidente da Initiative pour une clinique du sujet, Stop DSM, membro do Espace analytique, Paris, França.

ROSSANO CABRAL LIMA, professor do IMS-UERJ, psiquiatra de crianças e adolescentes, Rio de Janeiro, Brasil.

LAURENCE MOREL, psicólogo clínico (orientação lacaniana), membro da Associação da Causa Freudiana Normandia.

SÉBASTIEN PONNOU, psicanalista em Évreux, professor de Ciências da Educação na Universidade de Paris 8 (CIRCEFT - EA 4384).

VERA LOPES BESSET, doutora em Psicologia (Paris V); psicanalista (EBP/AMP); professora aposentada da Universidade Federal do Rio de Janeiro (PPGP em Psicologia); pesquisadora do Clinp (Núcleo de Pesquisa “Clínica Psicanalítica” - IP/UFRJ).

CÁSSIO EDUARDO SOARES MIRANDA, professor do Programa de Pós-graduação em Saúde e Trabalho Social da Universidade Federal do Piauí - Laboratório LEPSI, Brasil.

RINALDO VOLTOLINI, Laboratório LEPSI, professor de Ciências da Educação na Universidade de São Paulo, Brasil.



O livro *Escutar crianças e adolescentes hiperativos: aposta da psicanálise* procura desenvolver uma crítica esclarecida e bem fundamentada das abordagens biomédicas da hiperatividade, reunindo para tanto estudos de casos e vinhetas clínicas das práticas, que se embasam na psicanálise com crianças e adolescentes diagnosticados como hiperativos. A ideia é partir de uma prática que tem como foco a voz singular da criança/adolescente e dos seus pais para refletir como os analistas acolhem esses significantes e “novos sintomas” para além de qualquer preocupação categórica, determinista ou normativa.

Nesse sentido, a obra reúne contribuições de profissionais da área que possam narrar os deslocamentos e a abertura propiciados pelo trabalho psicanalítico com crianças diagnosticadas com TDAH. As apresentações dizem respeito ao acolhimento de crianças em consultórios ou instituições e têm como foco, a partir da chamada hiperatividade, o desenvolvimento de questões específicas ao campo psicanalítico: a fala e o corpo, o uso de categorias e referências diagnósticas na psicanálise, o uso de tratamentos, o trabalho com os pais, a dialética ciência/psicanálise, a ética psicanalítica, entre outras.