



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**



VERA LUCIA TOURINHO EDINGTON

**A MEDICALIZAÇÃO DA INFÂNCIA:
UMA LEITURA PSICANALÍTICA**

Salvador
2012

VERA LUCIA TOURINHO EDINGTON

**A MEDICALIZAÇÃO DA INFÂNCIA:
UMA LEITURA PSICANALÍTICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia, Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em psicologia.

Área de concentração: Psicologia do Desenvolvimento

Profa. Dra. Andréa Hortélio Fernandes

Salvador

2012

Autorizo a divulgação ou reprodução total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

E21 Edington, Vera Lucia Tourinho
A medicalização da infância: uma leitura psicanalítica / Vera Lucia
Tourinho Edington. – Salvador, 2012.
98f. : il.

Orientador: Profa. Dra. Andréa Hortélio Fernandes
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Instituto de
Psicologia, 2012.

1. Psicanálise infantil. 2. Psicologia infantil. 3. Crianças hiperativas. I.
Fernandes, Andréa Hortélio. II. Universidade Federal da Bahia, Instituto de
Psicologia. III. Título.

CDD – 618.9289

TERMO DE APROVAÇÃO

VERA LUCIA TOURINHO EDINGTON

A MEDICALIZAÇÃO DA INFÂNCIA: UMA LEITURA PSICANALÍTICA

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do título de mestre ao Programa de Pós-graduação em Psicologia do Instituto de Psicologia da Universidade Federal da Bahia. Área de concentração: Psicologia do Desenvolvimento.

BANCA EXAMINADORA



Prof.^a Dr.^a Vera Dantas de Souza Motta
Universidade Federal da Bahia - UNEB



Prof.^a Dr.^a Denise Maria Barreto Coutinho
Universidade Federal da Bahia - UFBA



Prof.^a Dr.^a Andréa Hortélio Fernandes
Universidade Federal da Bahia - UFBA

Salvador, 31 de agosto de 2012.

*Para meu amado Valdir,
por incentivar minhas invenções,
pelos risos e pelos sonhos compartilhados.*

&

*Para Lia,
além de amiga-irmã-camarada,
minha fiel companheira na Academia.*

AGRADECIMENTOS

Só, mas não sem os outros...

Esta experiência não teria sido possível, estivesse eu sozinha, nessa jornada. Agora é tempo de expressar o meu profundo agradecimento a todos que estiveram próximos, às vezes, ao lado, muitas outras, à distância necessária!

Gostaria de, inicialmente, expressar meu agradecimento às crianças. Seus movimentos e agitações, suas saídas criativas, divertidas e, muitas vezes, desafiadoras, me inquietaram, impulsionando minhas ideias a se trançarem em letras, nesse percurso.

Agradeço muito a Andréa Hortélio Fernandes, minha orientadora, incentivadora deste trabalho, pela aposta que empreendemos na construção desta pesquisa. Foi muito importante tê-la por perto para tecer ideias, diz-solver questões, costurar textos a fim de atar e desatar... nós!

Agradeço a Denise Coutinho, minha professora, pela transmissão em ato, em sala de aula. Pela incitação à epistemologia, à pesquisa; pela leitura atenta e rigorosa do meu trabalho, em seus tempos de qualificação e para a banca de defesa, sem jamais perder a ternura!

Meu agradecimento a Véra Motta, pelo aceite em participar da minha banca de defesa e pelas grandes contribuições que forneceu a este trabalho.

Sou grata aos Colegas e Professores do Programa, que fizeram meu caminho menos árido. Expresso especial carinho a Delma & Virgínia, com quem, agora, dialogo, para além da Academia. Fico feliz pelo bom encontro!

Agradeço às minhas colegas do grupo de pesquisa, Maria Manoella Jatobá, Kelliane Sá, Cynara Novaes, Alessandra Meira e, sobretudo, a Cynara Ribeiro, pela generosidade e leveza com que dialogamos.

À equipe do POSPSI, Ivana, Henrique e Viviane, por fazerem minha vida acadêmica mais tranquila.

Gostaria de expressar enorme reconhecimento às minhas colegas e amigas cartelizantes, que apostaram nessa história instigante de juntarmos-nos para produzir e depois descolar! Andrea Lima, Ida Freitas, Maria Manoella Jatobá, Thaine Araújo, Fabiana Leite e, especialmente, Caroline Boa Sorte, que além da experiência do cartel, tem sido parceira de alegrias e desafios na nossa clínica. A vocês, meninas, minha admiração e gratidão, sobretudo, pelo *Pacote!*

A Letícia Rocha, por estar aí, em palavra, presença e ato!

Gostaria de agradecer aos Colegas do Campo Psicanalítico pelo modo acolhedor com que estabelecemos nossos laços de interlocução, transmissão e ensino. Reconheço, nesta pesquisa, um desejo de saber instigado na Escola.

A Jairo Gerbase, por, generosamente, compartilhar suas hipóteses e evidências, suscitando o meu desejo de saber. Agradeço-lhe, sobretudo, pelas preciosas orientações, quando este mestrado ainda era apenas agitação e inquietação em torno do tema.

A Sonia Magalhães, pela transmissão e ensino tão eloquentes e, principalmente, pela generosidade com que me escutou e me fez pensar o ato analítico, quando dei os meus primeiros passos na clínica.

A Juliana Cunha, amiga querida, gostaria de expressar meu agradecimento carinhoso pelo modo acolhedor com que, em momentos cruciais, escutou minhas hipóteses e elaborações, e mais ainda, as inquietações e sofrimentos engendrados pela pesquisa, com muita paciência e perspicácia!

Agradeço também à colega Cristiane Oliveira, pelas contribuições e indicações importantes para os meus estudos.

Gostaria de agradecer a Rosa, Ana, professores, coordenadores, funcionários e, sobretudo, às crianças da Escola Girassol, pela oportunidade preciosa de aprender e ensinar que me possibilitaram. Sou especialmente grata a Soraia Sales, Juliana Campos, Vera Valadares e Rosângela Gouvêa, pelos laços para além deste campo e pela convocação a avançar.

A Marisa Marques e demais colegas da clínica Gradiva, porque a experiência clínica e a interlocução foram fundamentais no meu percurso clínico, mas também pessoal.

À Faculdade Ruy Barbosa, coordenação, colegas e estudantes, principalmente os inquietos e curiosos, pelo respeito e apoio.

Aos meus pais, Edmilson e Hélia, que me deram régua e compasso! Expresso meu mais profundo agradecimento por me transmitirem meu *idiomaterno* e Nome.

A Eliana, irmã querida, fiel escudeira nessa batalha, aos meus irmãos, Luis Carlos e Eduardo, aos meus divertidos sobrinhos Henrique, Rodrigo e Alexandre, à minha sogra e aos demais, nessa grande família, que souberam respeitar minhas ausências e meus silêncios e que, sabiamente, também me proporcionaram ótimos momentos de “recreio”, pra arejar as ideias!

A Leonardo Galeffi, meu amigo-irmão escolhido, companheiro de muitas viagens, agradeço a solidariedade com que enfrentou os desafios das traduções ao meu lado e, ao final, a leitura curiosa, que também foi cuidadosa.

Por fim e, certamente, com não menos importância, aos meus amigos queridos, Alejandro, Helena e Nayara, por se chatearem “só um pouquinho” com todos os “nãos” que precisei sustentar. Agradeço a Helena, especialmente, a gentileza de materializar meu *abstract*!

Agradeço a todos vocês que escutaram, sem medicalizar, a minha excessiva falta de atenção, decorrente dessa hiperatividade acadêmica!

*Os sonhos não têm comportamento.
Sempre havia de existir nos sonhos daquele
menino o primitivismo do seu existir.
E as imagens que ele organizava com o
auxílio das suas palavras eram concretas.
Ele até chegou um dia a pegar na crina
do vento.
Era sonho?*

Manoel de Barros, 2010

EDINGTON, Vera Lucia Tourinho. *A medicalização da infância: uma leitura psicanalítica*. 98 f. 2012. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-graduação em Psicologia, Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2012.

RESUMO

A medicalização da infância evidencia-se com a popularização de uma série de quadros classificatórios no campo da psiquiatria infantil, articulados à difusão e banalização do uso de psicofármacos por crianças, na sociedade contemporânea. Nesse contexto, o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) parece se estabelecer como ícone dessa medicalização. Considerando-se que esse fenômeno, frequentemente, acontece em momento decisivo e singular para a constituição da subjetividade da criança, a perspectiva psicanalítica pode fazer entrar em jogo uma outra visada, para além da biológica (neurológica ou bioquímica), retirando a criança do registro purificado do corpo e introduzindo uma lógica na qual a hipercinesia possa ser lida como uma manifestação do sujeito em processo de constituição. O objetivo geral desse trabalho é analisar a medicalização da infância e suas repercussões para a criança, ainda no exercício da constituição subjetiva, considerando o sintoma como forma de expressão singular do sujeito. Trata-se de uma pesquisa de natureza teórica e clínica que, partindo da revisão aprofundada da literatura, utilizou como método a construção do caso clínico no dispositivo do cartel, tendo por tema *Psicanálise e criança: o mal-estar na infância*. A relevância desta pesquisa encontra-se na possibilidade de fazer circular, principalmente no campo da educação (psicologia escolar, pedagogia, psicopedagogia) e da clínica com crianças, uma abordagem que possa questionar certezas alçadas ao valor de verdade, construídas neste panorama que tem estado fixado a uma moldura organicista. A pesquisa indica que as manifestações sintomáticas nomeadas no campo médico de hiperatividade podem referir-se aos embaraços vivenciados pela criança na operação lógica da separação, quando impasses na transmissão simbólica retornam ao corpo em um transbordamento pulsional.

Palavras-chave: Medicalização, Psicanálise, Constituição subjetiva, Hiperatividade.

EDINGTON, Vera Lucia Tourinho. *The medicalization of childhood: a psychoanalytic reading*. 98 p. 2012. M.A. Dissertation. Post-graduation Program in Psychology, Psychology Institute, Federal University of Bahia, Salvador, 2012.

ABSTRACT

The medicalization of childhood has become evident, in the contemporary society, with the popularization of a number of disorder categorizations in the field of child psychiatry, combined with the dissemination and banalization of the use of psychopharmaceuticals by children. In this context, the Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) seems to be settled as the icon of this medicalization. Considering that this phenomenon often happens in a decisive and singular moment of the constitution of the child's subjectivity, the psychoanalytical perspective can bring into play a new view, that goes beyond the biological (neurological or biochemical) stance, removing the child from the purified register of the body and introducing a logic in which hyperkinesis can be interpreted as the subject's manifestation in the process of constitution. This work's main objective is to analyze childhood medicalization and its impact on the child – who is still structuring the subjective constitution – considering the symptom as a form of singular expression of the subject. The research is of theoretical and clinical nature, takes as its point of departure a detailed literature review, and adopts the clinical case report method, according to the dispositions in the cartel on the theme *Psychoanalysis and the child: childhood and its discontents*. The relevance of this research lies on the possibility of disseminating, especially in the fields of education (educational psychology, pedagogy, psychopedagogy) and of the clinical treatment of children, an approach that may question imaginary convictions developed from this scenario, which is attached to an organicist framework. The research suggests that the symptom manifestations named in the medical field as hyperactivity can refer to the hindrances experienced by the child in the logical operation of separation, when impasses in the symbolic transmission return to the body in a drive overflow.

Keywords: Medicalization, Psychoanalysis, Subjective constitution, Hyperactivity.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Fórmula do discurso do mestre	29
Figura 2	Metáfora paterna	63
Figura 3	Matema dos Pirineus	65
Figura 4	O circuito pulsional	70
Figura 5	A relação entre o sujeito e o Outro	73
Figura 6	A alienação	74
Figura 7	A separação	75

SUMÁRIO

1	CONTEMPORANEIDADE E MEDICALIZAÇÃO DA INFÂNCIA: UMA INTRODUÇÃO	13
2	A PESQUISA E SEU CAMPO TEÓRICO	25
2.1	O PROBLEMA	30
2.2	O MÉTODO	31
3	A INFÂNCIA AOS CUIDADOS DA ESCOLA, DA MEDICINA E DA PSIQUIATRIA	37
3.1	EDUCAÇÃO E MEDICINA: CAMPOS ENTRELACADOS	37
3.2	PANORAMA HISTÓRICO DA CLASSIFICAÇÃO DOS SINTOMAS ESCOLARES	42
3.2.1	A Universalização do DSM e o Enquadramento da Infância	49
4	A CRIANÇA, A INFÂNCIA E O INFANTIL: PERSPECTIVAS A PARTIR DE FREUD, COM LACAN	59
4.1	SEXUALIDADE E INFANTIL	60
4.2	DISPOSIÇÃO PERVERSO-POLIMORFA	64
4.3	PULSÃO E CORPO	67
4.4	DA ALIENAÇÃO À SEPARAÇÃO... E RETORNO	72
5	DESMEDICALIZAR PARA SUBJETIVAR: “COMO DEIXAR DE FAZER PARTE DO <i>PACOTE</i>?”	77
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	85
	REFERÊNCIAS	89

1 CONTEMPORANEIDADE E MEDICALIZAÇÃO DA INFÂNCIA: UMA INTRODUÇÃO

O século XXI se iniciou com uma “epidemia de diagnósticos”, na qual fenômenos da vida cotidiana e da própria infância adquirem o estatuto de doença ou desordem. Segundo Welch e colaboradores (2007), a saúde encontra-se ameaçada não por uma epidemia de doenças, mas por uma “epidemia de diagnósticos” que se estabelece a partir de duas fontes, quais sejam, a categoria de doença que atualmente adquirem certos fenômenos outrora considerados da vida cotidiana – insônia, tristeza, etc. –, com maior gravidade quando incorre na infância e, por outro lado, a tendência a se buscar descobrir doenças o quanto antes a partir de uma lógica preventivista.

No âmbito das psicopatologias infanto-juvenis, esta mudança aparece na difusão e banalização de siglas que pretendem nomear crianças e adolescentes a partir de conjuntos de sinais e comportamentos que se deixam ver ao longo do processo de escolarização. TID, TOC, TOD, TAG, TAB, DDA, TDAH¹. Tomadas ao pé da letra, e cada vez mais ao largo do campo no qual foram estabelecidas, ou seja, da psiquiatria infantil, seguem remetendo os sujeitos a uma classificação identificatória – naquilo que um diagnóstico impõe e nas suas repercussões no cotidiano escolar. E, deste lugar, os sujeitos são, em geral, lançados a territórios fronteiriços que se colocam à disposição para diferentes estratégias de tratamento: reeducação psicopedagógica, terapia psicológica e fonoaudiológica. Ainda que, no campo originário, prevaleça a estratégia medicamentosa (COSER, 2010; FIAUX; CLEN, 2009; LIMA, 2009).

Nesse contexto, a psiquiatria infantil busca, cada vez mais, se estabelecer como especialidade médica independente, encontrando na concepção psiquiátrica americana a sua principal referência. Difunde-se então a defesa das neurociências e das pesquisas diagnósticas e terapêuticas, bem como os critérios classificatórios (DSM-IV e CID-10)², a fim de se respaldar “cientificamente” a disciplina. Essa lógica de uma “clínica da medicação”

¹ Transtornos invasivos do desenvolvimento (TID), transtorno obsessivo compulsivo (TOC), transtorno opositor desafiante (TOD), transtorno de ansiedade generalizada na infância (TAG), transtorno afetivo bipolar (TAB), distúrbio de déficit de atenção (DDA) e transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), também chamado de síndrome hipercinética pela escola europeia (OMS, 1993).

² O DSM e CID são sistemas internacionais de classificação de doenças. O DSM é uma sigla que significa Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais, é uma publicação da *American Psychiatric Association* e lista diferentes categorias de transtornos mentais e critérios para diagnosticá-los, estando, atualmente em sua 4ª revisão, DSM-IV. CID significa Classificação Internacional de Doenças e é publicada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), também revisada periodicamente, encontra-se em sua décima edição – CID-10.

concede espaço apenas para as teorias comportamentais e cognitivas, excluindo-se a psicanálise como ultrapassada e ineficaz (CIRINO, 2001, p. 66).

Diferentemente dessa perspectiva, pretendo sustentar que a psicanálise tem a contribuir para essa discussão na medida em que nos oferece os conceitos de infantil, corpo pulsional e sintoma, apresentando uma concepção diferente da médica para as manifestações sintomáticas articuladas aos embaraços escolares e aos comportamentos entendidos como desviantes. Ressalto que, nesta pesquisa, os sintagmas “embaraço escolar” e “sintoma escolar” serão utilizados intercambiavelmente, apontando para uma temporalidade da infância, articulada às manifestações das crianças entre os tempos lógicos de subjetivação e o tempo cronológico da escolarização.

Atualmente, o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) parece se estabelecer como ícone da medicalização da infância, dotado de um valor imperativo, ou seja, embaraços no campo dos comportamentos e/ou da interação social suscitam uma hipótese deste diagnóstico. Apenas nos Estados Unidos, 2,7 milhões de habitantes entre 6 e 17 anos são submetidos a tratamento com estimulantes como o metilfenidato e outros medicamentos psicoativos. No Brasil, entre os anos de 2000 e 2008, as vendas passaram de 71 mil caixas anuais para 1,2 milhão (LEITE; COLLUCCI, 2010), representando um aumento de 1.500% nas vendas no período.

O metilfenidato é “o estimulante mais consumido no mundo, mais que todos os outros estimulantes somados” (ORTEGA et al., 2010, p. 500). Com ele são produzidos os psicofármacos predominantemente prescritos para o tratamento medicamentoso do TDAH, e, por conseguinte, o aumento dessa produção decorre de sua vinculação ao diagnóstico desse transtorno (ORTEGA et al., 2010; ITABORAHY, 2009; LIMA, 2005).

No Brasil, o produto é conhecido no mercado com os nomes comerciais *Ritalina*, sintetizada pelo laboratório Novartis, e *Concerta*, pelo Janssen Cilag. Em alguns países, este medicamento também é conhecido como “droga da obediência” e mesmo “droga do desempenho ou da *performance*”. Apesar de a *Ritalina* ser bastante conhecida pelos predicados que lhe são atribuídos, sua essência e ação são bem pouco divulgadas. De acordo com Bergès (2008, p. 116),

É uma anfetamina, ela bombardeia a substância reticulada, quer dizer o centro da vigilância, no lugar do movimento. É uma anfetamina como tomam os drogaditos, como tomavam os paraquedistas americanos e ingleses durante a guerra para não dormirem depois de 24 horas de combate. [...] Não é uma descoberta inédita, é um medicamento bem conhecido, totalmente

proibido porque se trata de um medicamento que arrasta um hábito muito mais explícito que a cocaína.

Entretanto, o metilfenidato tem sido largamente indicado para tratamento do TDAH, o que me leva a estabelecer breves considerações em relação à sua eficiência. Jerusalinsky (2003) apresenta dados bastante instigantes e pouco conhecidos – ao menos pelo público consumidor – acerca dessa droga, frequentemente utilizada em crianças com o diagnóstico de TDAH, bem como sobre a maneira como alguns laboratórios farmacêuticos atuam em relação a essa questão. Segundo este autor, o laboratório Novartis, em publicação para médicos, com o intuito de estimular o uso do metilfenidato, divulga resultados de um estudo realizado em 1999, acentuando a positividade dos efeitos. Contudo, em uma análise mais cuidadosa, algumas questões sobressaem, uma vez que, o que aparece em destaque é uma eficácia de 56%, decorrente da medicação *Ritalina*, depois de 14 meses de uso. Também se afirma que 60% de efetividade do tratamento acontecem quando o uso da *Ritalina* é combinado com o tratamento comportamental e o tratamento social, *i.e.* treinamento de pais e professores. O autor enfatiza que “o que não está dito no gráfico é que, em 38% das crianças, o tratamento medicamentoso isolado não apresentou nenhum efeito”, também podendo-se concluir que, se após 14 meses, a efetividade do remédio foi de 56%, em, pelo menos, 44% foi ineficaz.

A ação da droga nos neurotransmissores é inegável e, entre suas consequências, há inclusive a melhora ou remissão de sinais de agitação psicomotora, em alguns casos. Mas a prescrição e o uso de qualquer psicofármaco exigem rigor ético e técnico acerca da decisão sobre quando, quanto e a quem prescrever, principalmente quando se trata do consumo em longo prazo, por crianças. Mais ainda,

Todo medicamento só é eficaz porque realiza “por outras vias” um trabalho ou função que o organismo ou o sujeito pode fazer em condições normais. Ao introduzir o medicamento sem fornecer meios para que o sujeito recupere a possibilidade de realizar esse trabalho, produzimos uma espécie de “efeito colateral”, uma “atrofia” das já debilitadas funções psicológicas (DUNKER, 2009, *apud* DUNKER; KYRILLOS NETO, 2011, p. 623).

A medicalização da infância é uma temática árdua, desafiante e multifacetada e que, portanto, pode ser enfocada a partir de muitas perspectivas e diversos ângulos. Seja a partir da articulação do discurso capitalista ao discurso técnico-científico que “faz do próprio sujeito um objeto, cujas paixões e desejos são reduzidos a transtornos bioquímicos” (RINALDI, 2011); seja em sua relação com o tempo, no sentido de uma modificação da temporalidade na atualidade, que se mostra como supressão da espera, na dificuldade em lidar com processos lentos (LEBRUN, 2004); seja tomando pelo viés de um culto ao narcisismo exacerbado que se desdobra na antecipação dos pais aos desejos dos filhos para tamponar qualquer falta,

colocando a criança em um “lugar de prevenção e da ortopedia rumo ao ideal de civilização” (VORCARO, 1999, p. 12) e mesmo por um retorno à teoria eugenista e à segregação embutida nos discursos cada vez mais amplos sobre uma suposta inclusão, uma vez que o imperativo de incluir toma como princípio a dimensão do universal. “Para todos” ou “Todos iguais” têm sido tomadas como palavra de ordem, em tempos de inclusão escolar ou social, que visa incluir o sujeito desde que incida sobre ele um apagamento daquilo que lhe é mais singular, sua marca, sua diferença.

Aqui, pretendo situar a discussão deslocando o eixo do transtorno ou doença para o campo da estruturação subjetiva da criança, na interface dos campos da psicanálise, da educação e da psiquiatria/neurologia pediátrica. Parto do princípio de que são esses os campos que se ocupam dos cuidados à criança, sendo interpelados por esta, que lhes impõe decifrar seus comportamentos categorizados de inadequados, opostos, desafiantes, desatentos, agitados e impulsivos, abarcados no dito TDAH.

Esta discussão terá como pano de fundo fragmentos de um caso clínico, construído no dispositivo do cartel, a partir das questões que este caso impôs acerca do sintoma, diagnóstico e tratamento. O cartel é um dispositivo de trabalho inventado por Lacan ([1964d]/2003), no qual 4+1 componentes se agrupam em torno de um tema em comum, e desenvolvem um estudo investigativo teórico-conceitual, a partir de uma questão própria. Nesta pesquisa, o cartel teve como tema *Psicanálise e criança: o mal-estar na infância*, e a minha questão, a medicalização da infância.

O caso em estudo, aqui denominado, *O menino do pacote*, foi selecionado como ponto de partida fundamental que conduziu a uma leitura psicanalítica acerca das manifestações atualmente categorizadas como TDAH. A questão da criança, posta à analista: “*Como deixar de fazer parte do pacote?*”, marca um ponto de implicação subjetiva dessa criança, que, de alguma maneira, também convoca a uma leitura crítica sobre como os desafios e impasses postos no tempo da infância têm sido colocados “*tudo no mesmo pacote*”. Saliento que “tudo é um pronome que indica o universal, assim como algum é um pronome que indica o particular” (GERBASE, 2008, p. 25).

Alguns pontos desse caso permitiram a investigação do percurso no qual uma criança, isto é, suas manifestações de agitação e agressividade foram, inicialmente, diagnosticadas e tratadas em uma perspectiva fundamentada na lógica médica, neurológica – *o menino do pacote* recebeu, juntamente com seus irmãos, os diagnósticos de transtorno hiper-cinético e de

dislexia, submetido à terapêutica psicofarmacológica. Entretanto, em decorrência da insistência dos fenômenos sintomáticos – ele apresentava comportamentos tomados como agressivos e agitados a despeito do acompanhamento com neurologista e do uso de medicação –, foi conduzido ao encontro de uma analista. Ao ser convidado a falar, em uma perspectiva psicanalítica, busca advir como sujeito, em sua singularidade, reivindicando para si uma posição distinta da série em que parecia estar inscrito, ou seja, um *pacote* de filhos, *todos* diagnosticados como hiperativos.

A escolha do tema desta pesquisa advém de reflexões e, principalmente, de inquietações que emergiram da minha prática no âmbito da psicologia escolar e também da experiência clínica fundamentada na psicanálise.

A atuação como psicóloga escolar, em uma instituição particular de educação infantil e ensino fundamental, me aproximou de inúmeras crianças em investigação ou já diagnosticadas com supostos transtornos relacionados à aprendizagem ou ao comportamento, acompanhadas por verdadeiros séquitos de profissionais e, muitas delas, submetidas a tratamento medicamentoso. O estudo de alguns casos clínicos no contexto do dispositivo do cartel fomentou a pesquisa bibliográfica e dela surgiu o interesse pela realização deste trabalho.

Alguns aspectos convergiram para a elaboração desse estudo. O primeiro deles aponta para a constatação, a partir do levantamento da literatura especializada, do número elevado de crianças em tratamento, com diagnósticos múltiplos (comorbidades), que tentam circunscrever ‘inadequações comportamentais’. Em seguida, situam-se as tentativas recorrentes de apagamento ou mesmo interdição às interlocuções plurais, pretendendo-se a vetorização de um discurso unívoco e biologizante. Finalmente, a escuta advertida da incorporação acrítica, no discurso da educação, de uma certa ‘promessa de solução’ veiculada em diferentes meios de comunicação, endereçados aos educadores, pais e público em geral, pondo em circulação novas tecnologias diagnósticas e medicações para o tratamento das chamadas desordens infantis.

A relevância da presente pesquisa encontra-se na possibilidade de fazer circular, principalmente nos campos da educação, da psicologia escolar, da pedagogia, da psicopedagogia e da clínica com crianças, uma abordagem que explicita idealizações imaginárias construídas neste panorama, que tem estado fixado a um enquadramento organicista. E, assim, fazer ecoar algo de dissonante do discurso médico-pedagógico,

cientificista e hegemônico, que tem colocado crianças e famílias na posição de objeto desse saber que lhes é externo e pretensamente total. Para tanto, visto à apreensão dos aspectos históricos da construção diagnóstica e da medicalização dos ditos transtornos hipercinéticos, bem como aspectos subjetivos das crianças categorizadas e medicadas como “portadoras” de tais transtornos.

Considerando-se que a medicalização da infância, articulada à voracidade da indústria farmacêutica que disponibiliza e impõe o uso maciço de psicofármacos, frequentemente acontece em momento decisivo e singular para a constituição da subjetividade da criança, proponho buscar na psicanálise as coordenadas para (re)direcionar essa questão, ou seja, para abordar o campo biológico a partir de outro registro. Esta perspectiva teórica permite uma discussão sobre a dimensão subjetiva da criança, embasada no fato de que “o processo de maturação do organismo humano inclui um sujeito, alguém que subjetiva, que dá sentido ao ocorrido, fazendo com que o mesmo fato objetivo possa receber distintos sentidos” (CIRINO, 2001, p. 106).

Contudo, nesta pesquisa, como nos adverte Sauret (1998, p. 30), “Não se trata de negar a existência de determinantes como o organismo, a sociedade, a história”, mas de focar a singularidade do sujeito fornecendo subsídios importantes para a investigação sobre as noções de criança-objeto, criança-sujeito, corpo pulsional e sintoma como formação do inconsciente. Distinta das ciências humanas, a psicanálise demarca seu campo próprio de investigação e intervenção ao tomar o inconsciente, e não o homem, como sua questão fundamental.

A partir de sua “descoberta” do inconsciente, Freud estabelece um novo campo teórico acerca da subjetividade humana: a psicanálise que, apesar de filiada à ciência moderna, avança para além da noção de sujeito por esta delimitada, ainda que desta seja tributário. Como afirma Lacan ([1964b]1998, p. 853), “O sujeito, o sujeito cartesiano, é o pressuposto do inconsciente”. Em outros termos, a psicanálise “não se restringe a estudar o pensável, o dizível e o conceituável, ela também se ocupa do impensável, do indizível e do impossível a conceituar” (ALBERTI; ELIA, 2008, p. 790). Assim, ultrapassa o sujeito da ciência, *i.e.* o sujeito da razão, do pensamento, da consciência, para subvertê-lo na dimensão do inconsciente como sujeito do desejo, “sujeito de pensamento, como pensamento inconsciente, [...] sujeito assujeitado ao efeito de linguagem” (SOLER, 1997b, p. 55).

Para a psicanálise, o inconsciente

[...] é o fato de que estamos sempre aquém do que pensamos, do que fazemos, do que desejamos e do que dizemos. De outra maneira, o

inconsciente é o fato de que pensamos, fazemos, desejamos e dizemos sem saber (GERBASE, 2008, p. 27).

Seguindo com esse autor, afirmo que “o inconsciente é o fato de que tropeçamos nas palavras” (ibid., p. 22), o que engendra inúmeros mal-entendidos. Equívocos tais que, como aluviões, depositam-se no inconsciente, e isso faz sintoma (LACAN, [1975]1998). Cabe ressaltar aqui que o inconsciente, de acordo com Lacan, é estruturado como uma linguagem (LACAN, [1964a]1979), linguagem que Freud soube ler, na sua escuta do relato de sonhos, atos falhos e chistes, como explicitou, de partida, em seus textos *A interpretação dos sonhos* ([1900]1972), *A psicopatologia da vida cotidiana* ([1901]1976), e *Os chistes e sua relação com o inconsciente* ([1905]1977).

Com o aporte teórico da psicanálise, proponho a leitura das manifestações sintomáticas descritas nos transtornos comportamentais e emocionais com início na infância, especificamente aqueles articulados à hiperatividade, como expressão do sujeito do inconsciente frente ao fato de a criança se encontrar no exercício de constituição de sua subjetividade. Assim, este trabalho tem como pergunta norteadora: quais as contribuições da psicanálise para abordar as manifestações sintomáticas nomeadas no campo médico de hiperatividade, articulando-as aos conceitos psicanalíticos de infantil, corpo pulsional e sintoma?

O objetivo geral desta pesquisa é analisar a medicalização da infância e suas repercussões para a criança, posto que, no exercício de constituição de sua subjetividade, as manifestações sintomáticas devem ser consideradas como forma de expressão singular do sujeito. Para atingir o objetivo geral acima proposto, estabeleci os seguintes objetivos específicos: examinar a primazia do tratamento medicamentoso relacionado à infância; identificar o lugar ocupado pela criança nos campos discursivos que se ocupam de seus cuidados: psicanálise, educação e medicina; investigar a contribuição dos conceitos de infantil, corpo pulsional e sintoma para a direção do tratamento clínico dos casos relacionados à hiperatividade na infância; identificar o modo como o sintoma, o diagnóstico e o tratamento são construídos com a abordagem psicanalítica.

Assim, no percurso deste estudo, pretendo investigar as modalidades de emergência da criança-sujeito na linguagem, relacionando-as aos embaraços no processo de escolarização, bem como analisar a ênfase na investigação, diagnóstico e medicalização do escolar, naquilo que contém e silencia sua subjetividade e, por outro lado, o dizer singular que pode aparecer

como sintoma, em uma leitura psicanaliticamente orientada. Como afirma Ceccarelli (2001, p. 1):

Do ponto de vista da psicanálise, a realidade psíquica, ou o subjetivo, é o seu objeto de pesquisa, tendo o mesmo valor do objeto de pesquisa das ciências naturais. Para a psicanálise, a realidade psíquica possui, na subjetividade de quem a anuncia, uma certa "realidade". Como sabemos, na clínica psicanalítica, o sintoma em si não é a questão central a ser analisada. O sintoma, como o próprio nome diz, é sintoma de algo; está no lugar de algo. Ele representa uma formação do inconsciente que traduz o conflito entre o recalcado e as defesas.

Como o termo “sintoma” é oriundo do campo médico – sintoma médico – logo, neste estudo, deve ser discernido do sintoma psicanalítico. Para situar o sintoma médico e o modo como este é constituído, ainda que de modo introdutório, faço uso das palavras de Nominé (2005, p. 31).

Para a medicina, o sintoma é um sinal que testemunha uma desordem. Ele pode tomar a forma de um sofrimento, ser a ocasião de uma reclamação e suscitar uma demanda, mas está longe de ser o caso para todos os sintomas. Muitos dos sintomas são descobertos pelo exame clínico e *o médico deve saber de início localizar o sintoma*. Em seguida, ele *deve saber colocá-lo em relação com outros sintomas* e dessa ordenação vai resultar *o isolamento de uma doença e a prescrição de um tratamento* (grifo meu).

Nessa perspectiva, o sintoma é interpretado, a partir do olhar médico: inicialmente, identificado como signo ou um sinal de uma doença, categorizado e destacado de um quadro classificatório – que indica a dimensão do universal, a partir do qual o médico prescreverá uma terapêutica predeterminada. No caso em exame nessa pesquisa, algo inquietante se apresenta, uma vez que a agitação psicomotora ou a hipercinesia, isto é, o sinal, é tomado como sendo a própria doença, ou seja, o Transtorno Hipercinético em si.

Entretanto, diferentemente da medicina, para a psicanálise, os sintomas, longe de constituírem uma doença em si, têm função fundamental para a subjetividade humana. O que Freud ([1916-17a]1976, p. 321) expressa ao final de sua conferência sobre o sentido dos sintomas.

Se os sintomas, isoladamente, são tão inequivocamente dependentes das experiências pessoais do paciente, resta a possibilidade de os sintomas psíquicos remontarem a uma experiência que é típica em si mesma – comum a todos os seres humanos.

Nesse campo, fundado na linguagem e na fala, o sintoma perde sua dimensão de transtorno ou desordem e é alçado à ordem do significante, demandando decifração, porque é “uma formação do inconsciente, isto é, uma formação do significante, logo, da linguagem” (GERBASE, 2008, p.20), sendo, por conseguinte, tomado como índice de produção do

sujeito, assim como as outras formações do inconsciente: sonhos, chistes, lapsos. Ou, como esclarece Quinet (2003, p. 36), “o sintoma para a psicanálise se diferencia do sintoma para a medicina basicamente por sua estrutura de linguagem e pela implicação do sujeito”.

Porém, essas manifestações humanas de mal-estar e sofrimento têm sido, de modo recorrente, tomadas e tratadas como transtorno ou desordem, apartadas da própria experiência subjetiva daquele que as apresenta. Parece não se escutar mais “o doente”, tampouco se levar em consideração sua história e contexto, mas apenas aquilo que, tomado como sendo “o transtorno”, deve ser identificado, classificado e tratado pelo saber médico. Essa lógica produz, como consequência, a medicalização da sociedade.

O termo “medicalização”, de acordo com Moysés (2006) e Tesser (2006), aparece com Illich na década de 1970, e “descreve o processo no qual problemas não-médicos são definidos e tratados como problemas médicos, usualmente em termos de doenças e desordens” (CONRAD, 2007, p. 4)³.

Vale ressaltar que os termos “medicalizar” e “medicamentarizar” têm origem etimológica semelhante e têm tido uso recorrente, mas não têm significado semelhante e, portanto, não são intercambiáveis. O segundo aparece como desdobramento de uma das definições para o verbo medicar – tratar com medicamentos. Quanto ao primeiro termo, “medicalizar”, seu alcance semântico vai mais além do que apenas tratar quimioterapeuticamente. “Medicalizar” ou “tornar médico” implica mesmo em uma relação da medicina com as pessoas e doenças, na qual se desconsideram os saberes e competências provenientes da própria existência humana, em prol de uma regulação desses saberes advinda da ciência e da medicina (TESSER; POLI NETO, 2010).

À luz do termo “medicalização”, gostaria de introduzir a maneira recorrente como problemas relacionados à (in)adequação comportamental têm sido identificados e tratados como síndromes, transtornos ou doenças, especificamente no campo da medicina apoiada em uma visão biologizante da vida. As articulações entre medicina e controle social podem ser historicamente demonstradas ao longo dos últimos séculos. Aspectos incluídos no atual quadro de TDAH têm sido relacionados às questões do comportamento desviante e à delinquência juvenil, como pretendo discutir mais adiante. A título de ilustração desse processo, em que problemas não-médicos são tomados e tratados como doenças, trago aqui o diagnóstico médico de “Drapetomania”.

³ Todas as traduções das referências em língua estrangeira são de minha autoria.

A categoria nosológica “Drapetomania” foi estabelecida pelo Sr. Cartwright, médico, membro da *Louisiana Medical Association*, no ano de 1851, nos Estados Unidos da América, caracterizada pela tendência humana à fuga para a liberdade. Curiosamente, apenas pessoas de origem africana, especificamente, negros escravizados, estavam vulneráveis a este mal, posto que para o discurso médico vigente à época, a sanidade mental dos negros estava em submeterem-se ao homem branco, na condição de escravos (SZASZ, 1997). Este argumento põe em evidência que a desobediência a uma norma ou conduta social não aponta, necessariamente, para uma psicopatologia e nem mesmo para um desvio de comportamento.

Collares e Moysés (1994) discutem a expansão da medicalização, especialmente no que tange às questões da infância, apontando para o fato de que, se outrora este fenômeno se restringia ao campo médico, na contemporaneidade também a educação vem sendo medicalizada de maneira acelerada e intensa. E, em um sentido mais inquietante, essas autoras salientam que “mais recentemente, com a criação/ampliação dos campos de conhecimento, novas áreas, com seus respectivos profissionais, são envolvidos nesse processo” (ibid., p. 26).

Os termos “infância”, “criança” e “escolar”, por um lado, e o conceito psicanalítico de “infantil”, por outro, advêm de lógicas distintas e demandam uma delimitação introdutória. Os primeiros provêm da ciência moderna e aparecem como marcadores temporais, para indicar uma diacronia; pontos de referência de um tempo cronológico, da ordem do desenvolvimento, e se fazem necessários para tratar da questão, em seu eixo histórico. Esta perspectiva evolutiva tem como parâmetros o crescimento e a maturação.

A lógica psicanalítica opõe-se à desenvolvimentista e faz corresponder infância e sexualidade infantil, inscrevendo o infantil em sua articulação com a organização pulsional e a estruturação do sujeito. Assim, o conceito psicanalítico de “infantil” estabelece-se no deslocamento do registro genético e cronológico para o da lógica do inconsciente, e é definido como “o efeito do significante na constituição do sujeito do inconsciente” (LEFORT, [s.d.], *apud* CIRINO, 2001, p. 61), o que implica sua distinção do termo “criança”, que mais se aproxima do real (SOLER, 2010). A autora refere-se ao real enquanto a dimensão discernida por Lacan, *i.e.* como sendo da ordem do impossível a representar. Nesse sentido, a criança está “mais perto do real” pelo fato de cair no mundo como objeto real, banhada pela linguagem, mas ainda sem poder articulá-la.

Nesse estudo, os termos “hiperatividade”, “hipercinesia”, “comportamento hiperativo” ou “transtorno hipercinético” serão tomados como equivalentes, embora, de modo rigoroso,

haja diferenças entre eles, uma vez que a “hiperatividade” seria apenas um dos sinais do “transtorno hipercinético”. Essa escolha se fundamenta no fato de que muitos autores farão referência à “hiperatividade” para caracterizar “quadros de agitação, impulsividade e dificuldade de concentração” (DINIZ, 2009), o que a aproxima da caracterização do “transtorno hipercinético” tal como é definido no manual da Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10 (OMS, 1993, p. 256):

[...] uma combinação de um comportamento hiperativo e pobremente modulado com desatenção marcante e falta de envolvimento persistente nas tarefas e conduta invasiva nas situações e persistência no tempo dessas características de comportamento.

Com essa categoria nosológica, adentramos o campo das ciências biológicas, da causalidade orgânica, e nos deparamos com a seguinte conceituação:

O Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) é um transtorno neurobiológico, de causas genéticas, que aparece na infância e frequentemente acompanha o indivíduo por toda a sua vida. Ele se caracteriza por sintomas de desatenção, inquietude e impulsividade. O TDAH na infância em geral se associa a dificuldades na escola e no relacionamento com demais crianças, pais e professores.⁴

Essa acepção se sustenta na concepção de corpo em sua condição puramente orgânica, fundamentada no dualismo introduzido por Descartes ([1637]2011), no *Discurso do método*. Na perspectiva cartesiana, o corpo – *res extensa* – é tomado como parte distinta e separada da alma (mente/psiquismo) – *res cogitans* – que seria o sujeito pensante. Entretanto, com a sistematização do conceito de pulsão, por Freud, em 1915 (1974b), como um conceito limite entre o corpo e o psiquismo, a psicanálise introduz uma ruptura radical dessa visão dualista, não mais entre corpo e psiquismo, mas entre corpo e organismo. Dado que, por sermos seres de fala, submetidos à estrutura de linguagem, o organismo é *in-corporado*, transformando-se em corpo-sujeito, corpo afetado pelo significante, *corpo-reificado* (LACAN, [1975]1998). E este corpo não obedece à lógica da racionalidade técnico-cientificista.

Em seu Seminário intitulado *Mais, ainda*, Lacan ([1972-1973]2008, p. 152) enuncia a sua hipótese “de que o indivíduo que é afetado pelo inconsciente é o mesmo que constitui o [...] sujeito de um significante”. Gerbase (2011, p. 10), ao desdobrar essa hipótese lacaniana, sustenta que

Colocar corpo e sujeito em uma relação de equivalência, se não de homologia, tem a vantagem de deixar de lado a divisão corpo e mente.

⁴ Essa informação foi extraída do site da Associação Brasileira de Déficit de Atenção [www.tdah.org.br] em 10 out. 2009, mas se repete em inúmeras publicações acerca dessa temática, no âmbito das neurociências e da psiquiatria biológica.

Corpo é equivalente a sujeito, e sujeito é homólogo de corpo. [...] É afetado pelo inconsciente o corpo sensível ao significante, sensível à palavra. [...] O corpo que é sensível ao significante é aquele sobre o qual o significante tem ressonância.

Enfim, essa hipótese lacaniana de que o corpo do ser falante é afetado pela palavra – a qual Lacan toma por significante –, auxiliará na discussão acerca das manifestações sintomáticas no tempo da infância, às quais outros campos de saber e de cuidados denominam de hiperatividade, construindo hipóteses de sintoma biológico de disfunção neuroquímica. A partir daí, pretendo examinar a questão, para além do registro purificado do organismo, à luz dos conceitos psicanalíticos.

A fim de discutir as questões aqui introduzidas, essa dissertação, composta de quatro capítulos, trilhará o caminho seguinte.

No primeiro capítulo, delimito o campo teórico no qual o estudo se inscreveu, a psicanálise. Em seguida, apresento a problemática que norteia a pesquisa e o método através do qual foi realizado o exame do problema posto em estudo.

O segundo capítulo apresenta uma articulação entre os campos discursivos da educação, da medicina e da psiquiatria. Partindo de uma breve construção social e histórica dos conceitos de criança e infância, abordo a constituição da clínica psiquiátrica infantil e também do DSM, naquilo que concerne às classificações nosológicas das quais derivou o quadro de TDAH, sem, contudo, deixar de tecer aproximações e distanciamentos entre esse campo e o campo da psicanálise.

O terceiro capítulo oferece o lastro para a investigação da contribuição dos conceitos de infantil, corpo pulsional e sintoma para a direção do tratamento clínico dos casos relacionados à hiperatividade na infância.

O quarto capítulo apresenta fragmentos do caso clínico d'*o menino do pacote*, em duas veredas, buscando mostrar a clínica de onde emergiram as questões abordadas nos capítulos anteriores e, *pari passu*, discutir os temas da ética, do diagnóstico e do tratamento clínico dos casos relacionados à hiperatividade na infância, constituídos na perspectiva da práxis psicanalítica.

Por fim, estão colocadas as considerações finais, com algumas reflexões e conclusões a que pude chegar a partir da realização desta pesquisa, assim como novos questionamentos e pontos, que sugerem estudos posteriores.

2 A PESQUISA E SEU CAMPO TEÓRICO

A medicalização dos sintomas escolares evidencia-se e parece ser recebida como natural por parte da sociedade (COSER, 2010; LIMA, 2005, 2009; MOYSÉS, 2008; COLLARES; MOYSÉS, 1992). À escola, de modo recorrente, chegam crianças nomeadas com apostos produzidos por classificações e categorizações que, em geral, estão nos campos pedopsiquiátrico e da neuropsiquiatria, e que, para além dessa nomeação advinda da medicina, ainda trazem no “pacote” os manuais que pretendem estabelecer modos gerais de lidar com a questão. É bastante frequente as crianças receberem, além do(s) diagnóstico(s), material impresso com orientações aos professores sobre maneiras específicas e supostamente técnicas para ensinar-lhes. As encadernações, cópias e, inclusive, instruções redigidas no bloco de receituário médico são exemplos desses “manuais” encaminhados aos educadores, que, como aqueles que estão inseridos no contexto escolar podem atestar, têm sido colocados como um saber sobre o qual não se deve questionar. “Foi o médico quem mandou”. Em geral, os “manuais” estabelecem orientações para lidar com e ensinar “crianças TDAH ou com TID”.

Nesse contexto, sustento a hipótese de que a criança que faz sintoma escolar manifesta ou revela, numa leitura psicanalítica, o sujeito em sua operação de constituição como desejante, procurando separar-se do desejo do Outro, arriscando abrir mão do estatuto de objeto do Outro, para vir a ter o seu próprio desejo. Trata-se de constituir-se como sujeito desejante no sentido de que, ao bebê do homem, a subjetividade não está dada de partida, não é natural e nem se conclui no plano biológico. Ou seja, humanizar-se não é uma ação natural, não é inerente à “natureza humana”. Aliás, uma das vertentes desse estudo aponta, justamente, para a desconstrução desse sintagma.

Na perspectiva psicanalítica, o que humaniza o homem é a sua entrada na linguagem. É isso que o inscreve na dimensão linguageira e o torna ser falante, o que não ocorre senão na presença de um Outro primordial, seja este a mãe ou algum outro agente cuidador, contanto que este Outro porte um desejo que não seja anônimo (LACAN, [1969]2003). Ou, como esclarece Gisela Untoiglich, em seu artigo, *Na infância os diagnósticos se escrevem a lápis*:

Para que uma criança se aproprie da linguagem têm que se produzir certas operações lógicas. A princípio, o bebê é falado por um Outro que lhe transmite seus próprios saberes, desejos, anseios e fantasias através da linguagem. O *infans* habita a língua materna e é significado pelos sentidos daquele que exerce a função materna (UNTOIGLICH, 2011, p. 4).

Portanto, antes de emergir como ser falante, o *infans* é um organismo vivo, ser de necessidade que, em seu desamparo inicial, depende de que um Outro – este já inscrito na dimensão da linguagem –, se volte para ele. Voltar-se para o bebê implica que, enquanto esse Outro intervém de modo a apaziguar a sua tensão – da ordem de uma necessidade que se impõe no real orgânico do bebê, tal como a fome, a sede, o sono –, a um só tempo, também atribua significação ao seu grito, tomando-o por um pedido, um apelo. Em outras palavras, para que esse devir do sujeito se instaure, o Outro primordial precisa interpretar o grito, o choro, os gestos e os balbucios como sendo da ordem de uma demanda e, a esse pedido ou demanda, atribuir-lhe sentido ali onde ainda não há, em uma antecipação imaginária de subjetividade ao bebê (QUINET, 2003).

Ao agente que neste trabalho me refiro como Outro primordial, Freud, em seu *Projeto* ([1895]1977), denominou de próximo assegurador, *Nebenmensch*. Eis, em Freud, a origem da categoria de Outro, na lógica lacaniana, a qual indica o “lugar em que se situa a cadeia significante que comanda tudo que vai poder presentificar-se do sujeito” (LACAN, [1964a]1979, p. 193-194). Na álgebra lacaniana, esse Outro, escrito com maiúscula ou simplesmente [A]⁵, difere dos outros, com minúscula, os semelhantes, [a], e refere-se ao campo desde onde o sujeito [*\$*] poderá advir, uma vez que “O Outro como lugar da linguagem – o Outro que fala – precede o sujeito e fala sobre o sujeito antes de seu nascimento” (SOLER, 1997b, p. 56).

Assim, para que do ser vivente advenha um ser de fala, há que se ter tempo. Tempos lógicos, em suas escansões, denominadas de momentos de efetuação ou de causação do sujeito, atreladas às duas operações lógicas, formuladas por Lacan ([1964a]1979), a partir dos operadores derivados da lógica formal, alienação e separação.

Ao tempo no qual o bebê se encontra imerso na linguagem, mas depende, fundamentalmente, dos significantes do Outro, que poderão lhe atribuir algum efeito de sentido, a partir da dialética estabelecida entre a demanda e o desejo, Lacan ([1964a]1979) denominou de alienação. Identificando-se com o desejo da mãe – alienação –, o bebê precisará encontrar uma solução para o seu próprio desejo, e assim se constituir como sujeito desejante – separação. Ressalto que esse processo de causação do sujeito é circular, porém dissimétrico (LACAN, [1964a]1979) e, por não haver uma relação biunívoca entre um significante e um significado, o ser falante está em constante movimento de alienação e

⁵ [A] e [a], porquanto essa álgebra foi introduzida por Lacan em sua língua, o francês, a partir da palavra *autre*.

separação em relação aos significantes que se encontram, sempre, no campo do Outro. Essas operações serão desdobradas no terceiro capítulo dessa dissertação.

Dito de outro modo,

[...] a criança vai se indagar sobre o desejo que a constitui, sobre o desejo do Outro, e vai se deparar com seu próprio desejo; é neste atravessamento que ela vai se tornar um ser de linguagem, barrado em relação ao gozo do Outro (KEHL, 2001, p. 30).

As crianças fazem isso com o sintoma, que “pode representar a verdade do casal familiar” ou um sintoma que “decorre da subjetividade da mãe” (LACAN, [1969]2003, p.369). Há crianças que fazem isso com o sintoma escolar, uma vez que, como aponta Flesler (2011, p.10), “A escola, esse âmbito extrafamiliar, é talvez a primeira oportunidade que encontra a criança fora de sua família para fazer escutar sua resposta de sujeito à verdade do casal parental”.

Apesar de essa questão não ser assim tão desconhecida, de acordo com Stolzmann e Rickes (1999), o percurso de encaminhamento para avaliação ou atendimento à criança tem sido, de modo recorrente, iniciado no âmbito escolar a partir de uma suposição de que o que a criança dá a ver é da ordem do patológico. Na medida em que o processo inicial de escolarização impõe à criança sua inserção em um campo discursivo que não lhe é familiar, em um tempo em que também terá que se haver com um corpo que lhe apresenta algo de ineducável, tudo isso pode favorecer o aparecimento de algum embaraço na sua estruturação subjetiva. Como já fora anunciado por Freud ([1905]1972, p. 209), “O comportamento das crianças na escola, que apresenta ao professor um grande número de enigmas, deve em geral ser relacionado com sua sexualidade”.

Não obstante, é nesse contexto que, frequentemente,

[...] a criança chega até o consultório – e aqui nos remetemos especificamente aos consultórios psi –, com a famosa queixa de dificuldade na aprendizagem. Ela não está indo bem no colégio, vai repetir ou já repetiu o ano, não se interessa, é desatenta ou agitada demais, as professoras não sabem mais o que fazer com ela, ou, ainda, é portadora da doença da moda: Síndrome de Hiperatividade com Déficit de Atenção... (STOLZMANN; RICKES, 1999, p. 44).

Por esta via, a incidência de um saber científico, imparcial e universalizante e, por isso, anônimo, acerca da criança, não somente a exclui enquanto sujeito, como também interrompe ou dificulta a função do Outro, pais ou educadores, de atribuir subjetividade ao filho ou estudante, e de supor um sujeito ali onde ainda não há, em uma operação fundamental de antecipação de um saber não sabido sobre ele. O que conduz à questão posta por

Untoiglich (2011, p. 4): “Como alojar as complexidades da infância que se dão a ver na instituição escolar sem patologizar as diferenças?”.

Na antípoda da pergunta estabelecida acima, o enquadramento estabelecido pelos DSM IV (2002) e CID-10 para os transtornos hipercinéticos, em critérios muito amplos, aponta para uma possível patologização das manifestações infantis. Ao tomar o exemplo da criança diagnosticada como hipercinética, como descrito no CID-10 (OMS, 1993, p. 256):

F90 – Transtornos hipercinéticos: Esse grupo de transtornos é caracterizado por: início precoce; uma combinação de um comportamento hiperativo e pobremente modulado com desatenção marcante e falta de envolvimento persistente nas tarefas e conduta invasiva nas situações e persistência no tempo dessas características de comportamento. [...] Transtornos hipercinéticos sempre começam cedo no desenvolvimento (usualmente nos primeiros cinco anos de vida).

chamo a atenção para o fato de que os primeiros cinco anos de vida correspondem, cronologicamente, sob o ponto de vista desenvolvimentista, àquilo que, para a abordagem psicanalítica, é o movimento lógico com o qual a criança se depara no exercício já mencionado de estruturação subjetiva. Percurso em que a criança se defrontará com o mundo simbólico, linguageiro, no qual habita e de onde poderá emergir na condição de ser falante. Daí Lacan ([1975]1998, p. 9) afirmar que “a época da infância é efetivamente decisiva”.

Disso advém a relevância de abordar criticamente, com a psicanálise, a medicalização dos embaraços escolares, especificamente no que tange às características descritas abaixo:

[...] falta de persistência em atividades que requeiram envolvimento cognitivo e uma tendência a mudar de uma atividade para outra sem completar nenhuma, junto com uma atividade excessiva, desorganizada e mal controlada. [...] Crianças hipercinéticas são assiduamente imprudentes e impulsivas, propensas a acidentes e incorrem em problemas disciplinares por infrações não premeditadas de regras. [...] Dificuldades de leitura associadas (e/ou outros problemas escolares) são comuns (OMS, 1993, p. 256-257).

Esses embaraços da criança parecem manifestar-se, sobretudo, quando ela vai à escola e, por causa disso são denominados como sintoma escolar. Na composição desse sintagma, o termo “escolar” indica uma temporalidade relacionada à infância, como já afirmei anteriormente, e “sintoma” conserva a possibilidade de equivocação, pois tanto pode situar a questão a partir do campo das nomeações advindas da medicina, quanto pode apontar para algo da ordem da função *sinto-mal* (QUINET, 1991), em uma perspectiva psicanalítica. E, nesta acepção, se faz necessário advertir que ainda não se trata de um sintoma analítico *strictu sensu*, mas das manifestações sintomáticas inerentes ao percurso de estruturação subjetiva. De todo modo, o que merece ser destacado é que esses embaraços ou sintomas escolares

explicitam a necessidade de considerar que, no momento em que vai à escola, a criança se depara com duas novas conjunturas: o estranho (*unheimlich*), ou seja, a convocação à convivência em um novo grupo social, a fazer laço social; e a entrada em contato com o saber, correlativo da apreensão da leitura e da escrita.

Soler (1997a) relaciona falar e escrever, respectivamente, aos dois primeiros tempos da estruturação do sujeito. O primeiro, aquele que Freud chamou *Fort-Da*, articulando-o ao “efeito de perda conectada à simbolização primordial; o segundo ilustra o momento crucial da tomada da castração” (ibid., p. 38). Momentos que Gerbase (2000, p. 1) faz corresponder “à entrada no simbólico e ao encontro com o real”, e que concernem ao desbravamento do campo da linguagem, à submissão à função da palavra e ao assujeitamento à instância da escrita (GAULT, 2008). Lacan escreve esses dois momentos como representado na Figura 1:

$$\frac{S_1}{\mathcal{S}} \rightarrow \frac{S_2}{a}$$

Figura 1 – Fórmula do discurso do mestre
Fonte: Elaborado a partir de Lacan ([1969-70]1992).

onde a simbolização primordial está representada pela cadeia $S_1 \rightarrow S_2$, a partir da qual advêm o efeito sujeito e o efeito de perda, referindo-se este à queda do objeto a , na parte inferior do matema⁶, já indicando a tomada da castração.

Nesta direção, a seguinte questão se coloca: o que emerge a partir das manifestações sintomáticas da criança, que na clínica dos transtornos comportamentais tem sido medicalizado e mesmo medicado com intensidade, visando ao seu apagamento? Comparato (2001) postula que as manifestações da criança podem revelar conflitos internos originários da sexualidade infantil. “Essas forças que não querem saber de nada da adaptação e dos interesses, que se relacionam à angústia” (ibid., p. 94). Ao tomar a sexualidade infantil como uma possível resposta, sigo com Nominé (1997b) que, quanto à disposição perversa polimorfa, afirma:

[...] este polimorfismo caracteriza o sujeito que se mantém na posição do objeto dos cuidados do Outro. Pode ocupar qualquer lugar, contanto que o Outro se fixe nele. Certamente, estes sujeitos colocam problemas no colégio porque precisam que alguém sempre cuide deles. São estas crianças que os norte-americanos chamam de hipercinéticas (p. 26).

⁶ “A formalização matemática é nosso fim, nosso ideal. Por quê? Porque só ela é *matema*, quer dizer, *capaz de transmitir* integralmente. *A formalização matemática é a escrita*, mas que só subsiste se eu emprego, para apresentá-la, a língua que uso” (LACAN, [1972-73]2008, p.127, grifo meu).

A disposição perverso-polimorfa refere-se à dispersão pulsional que a criança apresenta nesta etapa da vida; um primeiro tempo na constituição do sujeito, quando a criança se encontra como objeto aos cuidados do Outro. Tempo de anterioridade lógica em relação à possibilidade de advir como sujeito de seu próprio desejo. Entretanto, a leitura dessas manifestações, orientadas pelo campo fenomênico da psiquiatria biológica, tem conduzido à

[...] tão contemporânea prática da medicalização, sobretudo, para as “dificuldades de aprendizagem” tão comuns no discurso dos pais, dos especialistas e da mídia. Enfim, o que coloca a aprendizagem no centro das discussões sobre a infância? E que tipo de intersecção se daria entre o discurso queixoso dos pais, a advertência e a didática nosológica dos especialistas e o tom alarmista da mídia? Onde está a criança que perambula supostamente hiperativa e que encarna a tipologia do desatento, do opositor, do disléxico, do bipolar, enfim, do poli-transtornado? (CARRIJO, 2007, p. 2).

Por conseguinte, qualquer manifestação de agitação por parte da criança tem sido respondida de modo categórico, fechado e reducionista (FLEIG, 2009). Assim, a hiperatividade tem sido apresentada como desregulação do organismo. A responsabilidade é atribuída ao funcionamento neuroquímico. A hipótese da medicina biológica está em que o problema se reduza a disfunções cerebrais ou neuroquímicas, que se restabeleceriam com o uso de psicofármacos.

2.1 O PROBLEMA

Assim está posta a problemática na qual a sociedade contemporânea parece consentir com a lógica que estabelece a hiperatividade enquanto transtorno aquiescendo, portanto, com a medicalização da infância,

[...] bastando para isso uma demanda da professora e a anuência de um pediatra. Aqui, portanto, não se trata de uma questão médica ou científica, mas do uso de um jargão técnico para encobrir uma situação política e social, a da contenção medicamentosa da infância (COSER, 2010, p. 55).

E se, por um lado, a intolerância à hipercinesia da infância ratifica sua crescente medicalização, por outro o modo como a psicanálise aborda a disposição perversa polimorfa da criança e a estruturação da subjetividade, para aquém e para além dos aspectos orgânicos, cerebrais, pode promover uma interlocução com outra abordagem do TDAH, na qual a hiperatividade não seja considerada como um transtorno em si, que deva ser suprimido.

É a partir desta premissa que investigarei o problema proposto nesta pesquisa acerca das

contribuições da psicanálise para abordar as manifestações sintomáticas nomeadas no campo médico de hiperatividade, articulando-as aos conceitos psicanalíticos de infantil, corpo pulsional e sintoma.

Ainda que não desconsidere a abordagem farmacológica da hiperatividade, nem sua investigação, tampouco o modo como se inscreve nas dimensões política, social ou educacional, insisto que os profissionais e pesquisadores desses campos devam estar advertidos das balizas entre as diferentes práticas (CHRISTAKI, 2009). Em outras palavras, reconheço a possibilidade da existência de manifestações sintomáticas tais como inquietação, agitação ou dificuldades relacionadas à concentração para engajar-se em quaisquer atividades. Entretanto, proponho apresentar uma leitura diversa, ao tratar tais fenômenos em articulação com conceitos psicanalíticos. Com isso, viso propor uma abordagem crítica ao estatuto psicopatológico dos “transtornos de comportamento”, especificamente o “transtorno hipercinético”. Como ponto de partida, com Dunker (2009), tomo a premissa de que todo sintoma revela um trabalho subjetivo que extrapola a noção de problema, desvelando uma “solução” inventada pelo paciente.

2.2 O MÉTODO

Caminante no hay camino, se hace camino al andar.
Antonio Machado

A fim de situar as coordenadas para realização desta pesquisa, gostaria de apresentar algumas considerações acerca das especificidades da pesquisa psicanalítica. Inicialmente, retorno diretamente a Freud ([1923]1976) para afirmar que a psicanálise é, ao mesmo tempo, uma forma de investigação e de intervenção clínica. Em suas palavras:

Psicanálise é o nome: 1) de um procedimento para investigação de processos mentais inacessíveis de outro modo. 2) de um método terapêutico de perturbações neuróticas baseado em tal investigação. 3) de uma série de conhecimentos psicológicos assim adquiridos, que vão constituindo paulatinamente uma nova disciplina científica (FREUD, [1923]1976, p. 287).

Entretanto, partindo dessa definição, Dunker (2008, p. 63) delimita um desdobramento, qual seja: a psicanálise como método de tratamento e como método de pesquisa, com especificidades e diferenças efetivas entre um e outro. Em seguida, com Lacan, Dunker (ibid.)

propõe a distinção a partir das categorias “psicanálise em intensão” – o tratamento psicanalítico *strictu sensu*, e psicanálise em extensão – “a psicanálise no mundo”.

Outro ponto importante, também introduzido desde Freud ([1919]2010) toca o binômio: psicanálise e universidade e, em escansão, ao ensino e à pesquisa *sobre* e *com* a psicanálise. A pesquisa *com* a psicanálise refere-se ao próprio tratamento como investigação, isto é, à pesquisa do inconsciente, enquanto, a pesquisa *sobre* psicanálise tem em seus conceitos e fundamentos o ponto de partida. Desde Freud ([1919]2010):

Ao investigar os processos psíquicos e as funções intelectuais, a psicanálise segue um método próprio, cuja aplicação não se limita ao âmbito dos distúrbios psíquicos, mas se estende igualmente à resolução de problemas na arte, na filosofia e na religião. Nesse sentido, ela já forneceu novos pontos de vista e trouxe importantes esclarecimentos em questões de história da literatura, mitologia, história das civilizações e filosofia da religião (p. 380).

É nessa perspectiva que a presente pesquisa se insere, partindo de conceitos psicanalíticos para buscar articulações acerca de uma dada situação da contemporaneidade, qual seja: a incidência da medicalização da infância, visando colocar em cena um ponto de vista contra-hegemônico. Neste percurso, fragmentos de um caso clínico, construído a partir do método proposto por Figueiredo (2004), no dispositivo do cartel, articulam a teoria psicanalítica às questões advindas da prática. Saliento que, tal como Hans e Schreber, duas das cinco psicanálises paradigmáticas de Freud que não derivaram do tratamento clínico realizado por ele, o caso discutido neste estudo não provém da minha clínica. A criança havia sido atendida por uma das psicanalistas, membro do cartel, e a construção do caso clínico, ao qual nomeei *o menino do pacote*, aconteceu a partir das discussões clínicas, neste dispositivo.

Trata-se, portanto, de uma pesquisa descritiva, de natureza teórica e clínica, que articulou uma revisão aprofundada da literatura à construção do caso clínico, a partir do dispositivo do cartel. Assim, faz-se necessário colocar algumas notas acerca deste dispositivo no qual o *menino do pacote* foi escrito, bem como sobre o método de construção do caso clínico.

O cartel a partir do qual o caso foi construído iniciou-se no ano de 2009, contando com a participação de mais quatro psicanalistas, implicadas em questões clínicas em torno do tema *Psicanálise e criança: o mal-estar na infância*. Enlaçada pelo tema-objeto, pus-me a trabalhar a partir da formulação de questões acerca da medicalização da infância e de suas repercussões para a criança, ainda no exercício de constituição da sua subjetividade.

É importante ressaltar que cada cartelizante tinha sua própria questão ou problema em relação ao tema do referido cartel. Como adverte Castro (2010), o tema deve perseguir e instigar cada participante, dando-lhe trabalho e pondo-o a trabalhar a partir da formulação, dentro do tema que o inquieta, de uma questão própria. É relevante mencionar que cada participante se insere no cartel a partir do ponto em que se encontra na teoria e na prática, no lugar de sujeito desejante que interroga o saber da psicanálise. Este modo de trabalho compromete cada um dos componentes na realização de uma produção escrita, a partir do trabalho investigativo teórico e conceitual.

A realização da pesquisa, no cartel, iniciou-se com o relato da análise de uma criança, primeiramente conduzido pela analista que o atendera. Do relato foram extraídos os elementos dessa experiência analítica, a partir dos quais realizei a construção do caso clínico, no dispositivo do cartel.

O critério para a seleção do caso foi baseado no diagnóstico recebido pela criança, anterior ao início do tratamento psicanalítico. Ela já havia sido acompanhada por alguns outros profissionais de saúde, diagnosticada com transtorno hiperkinético com repercussões na sua escolarização. Contudo, a insistência das manifestações sintomáticas acabou conduzindo-a ao tratamento psicanalítico.

Desde Freud, já se estabelecera uma aproximação entre a psicanálise e a investigação através da construção do caso clínico. E isso, segundo Barroso (2003) foi decisivo para a produção e o avanço teórico desse campo, a um só tempo, clínico e de pesquisa. Começando pelas histórias clínicas do tempo em que iniciara os estudos sobre a histeria, estabelecendo longos relatos de caso, mas também curtos fragmentos clínicos, Freud enlaçou a teoria à prática e, assim, elaborou conceitos fundamentais da psicanálise. Deste modo, é pertinente perguntar:

O que seria, por exemplo, da teoria da histeria sem o *caso Dora*? O que seria, igualmente, da teoria da neurose obsessiva sem o caso do *Homem dos ratos*? Da mesma maneira, o que seria da teoria das psicoses sem o *caso Schreber*? Um outro caso, o do *Homem dos lobos*, testemunha, sobretudo, que foi em torno do real da clínica que Freud teceu suas construções (BARROSO, 2003, p. 19).

Quanto à psicanálise com crianças, também é possível afirmar que sua constituição se deu imbricada aos casos clínicos: *Hans*, seu caso inaugural, mas também *Dick*, com Melanie Klein; *Piggle*, com Donald Winnicott, *Robert* e *Marisa*, com Rosine Lefort, entre tantos outros.

Entretanto, o uso do caso numa pesquisa psicanalítica implica a produção de um saber particular⁷, portanto, distinto do saber do geral. O saber do particular, isto é, o que concerne ao ponto mais particular de cada caso, está para a Psicanálise assim como o saber do geral, que se refere a uma categoria clínica em geral, está para a Ciência (BARROSO, 2003, p. 19-20).

A fim de tecer algumas considerações acerca do método de construção do caso clínico, inicialmente, empresto de Viganò (1999, p. 40) a origem etimológica das palavras caso e clínica.

Caso vem do latim *cadere*, cair para baixo, ir para fora de uma regulação simbólica; encontro direto com o real, com aquilo que não é dizível, portanto impossível de ser suportado.

A palavra *clínica* vem do grego *kline* e quer dizer leito. A clínica é ensinamento que se faz no leito, diante do corpo do paciente, com a presença do sujeito. É um ensino que não é teórico, mas que se dá a partir do particular; não é a partir do universal do saber, mas do particular do sujeito.

Assim, como adverte Vorcaro (2003, p. 91), o caso não é o paciente, mas o “decantar da clínica, transmitido no caso”. Decantar do relato, no sentido de recolher da experiência clínica elementos do discurso do sujeito, visando apreender dessa experiência “algo transmissível e avaliável do caso” (FIGUEIREDO, 2004, p. 79).

A literatura psicanalítica mostra que, através do estudo de caso, é possível examinar um determinado fenômeno de forma particular, considerando os aspectos subjetivos envolvidos. Nesse sentido, cabe ressaltar que o

[...] caso *não* é o sujeito, é uma construção com base nos elementos que recolhemos de seu discurso, que também nos permitem inferir sua posição subjetiva, isto é, se fazemos uma torção do sujeito ao discurso, podemos retomar sua localização baseando-nos nesses indicadores colhidos, do dito ao dizer. Aqui temos *um método aplicável a diferentes contextos clínicos* (FIGUEIREDO, 2004, p. 79, grifo meu).

A isso se acresce que a construção do caso clínico é sempre provisória, e não tem como finalidade abordar toda a história do sujeito, nem tampouco as explicações sobre o caso, mas sim testemunhar uma mudança de posição do sujeito em relação ao desejo e ao gozo (CASTRO, 2010).

E, se este modo de definir o caso, por um lado, afirma a dimensão do campo em que esta clínica se inscreve, por outro também demonstra o seu distanciamento da forma como os quadros classificatórios são instituídos – ordenados a partir do olhar do clínico, por meio do isolamento de traços, reconhecimento de similaridades e diferenças, agrupamentos e classificações. Neste cenário, a doença, ou mais especificamente, o transtorno entra em cena

⁷ Apesar de manter a citação original da autora, saliento que a categoria do “singular” representa, de modo mais adequado do que a do “particular”, o saber que concerne à psicanálise.

como aquilo que é passível de apreensão pelo discurso médico, constituindo “uma clínica sem sujeito e um saber do geral” (BARROSO, 2003, p. 21). Em outras palavras, do quadro ao caso clínico, o que constato é a passagem das operações de apresentação e descrição para a construção do caso.

Um ponto que gostaria de destacar concerne à distinção estabelecida por Castro (2010) entre tratamento e caso. Este autor põe em relevo o fato de que, em análise, “o sujeito fala por si e a partir de si mesmo” (ibid., p. 27) em seus tropeços, silêncios, atuações etc. Entretanto, no estudo de caso, “alguém escreve sobre um sujeito” (ibid., p. 27) não para abarcar a história do analisando, mas para testemunhar um reposicionamento do sujeito em relação ao desejo e ao gozo (CASTRO, 2010). Deste modo, a construção do caso clínico aponta para uma elaboração de saber do analista e, simultaneamente, para a transmissão da psicanálise.

Outro aspecto relevante é levantado por Vorcaro (2003) e refere-se ao fato de que, ainda que a construção do caso clínico esteja posta desde os primórdios da pesquisa e clínica psicanalíticas, há, e deve haver, poucas diretrizes técnicas, para que a dimensão singular de cada caso não se perca em categorias da alçada do universal. A autora sustenta que

[...] a escassez de recomendações técnicas é imanente ao método [psicanalítico], na medida em que impede o risco de reduzi-lo à técnica, que o tornaria passível de aplicabilidade. A aplicação de uma técnica, como sabemos, pressupõe a detenção de um conhecimento que universaliza o objeto e, conseqüentemente, apaga sua manifestação singular. (VORCARO, 2003, p. 90).

Em consonância com o método estabelecido por Figueiredo (2004), os seguintes binômios: 1) história ↔ caso, 2) supervisão ↔ construção e 3) conceitos ↔ distinções, serviram como balizadores, conduzindo a construção do caso clínico e, portanto merecem esclarecimento.

Para a autora, a articulação entre a história e o caso comporta “colocar em jogo os significantes do sujeito, suas produções com base na elaboração em análise, e a resposta do analista em seu ato [...] visando decantar a história e traçar o caso a partir do discurso” (FIGUEIREDO, 2004, p. 80).

O binômio que aproxima e distancia a supervisão da construção associa-se ao fato de que as discussões clínicas balizadas por este método acontecem em equipes clínicas – no caso desta pesquisa, no cartel – e seu desenvolvimento, algumas vezes, aproxima-se da experiência de supervisão. Entretanto, se na supervisão há esse outro, o supervisor, a quem o praticante supõe o saber, nas discussões clínicas esse saber deve circular e possibilitar que os analistas-

pesquisadores possam tanto se reapropriar daquilo que trazem, ao apresentarem um caso, quanto se apropriar das formalizações estabelecidas a partir das construções no dispositivo.

Quanto ao binômio conceitos e distinções, o que necessita ser destacado aqui é que os conceitos psicanalíticos devem ser postos em questão, como chaves, a fim de fundamentar os conteúdos cotejados, enquanto as distinções devem acontecer no nível do enunciado, quando for possível tomá-lo como uma apresentação do sujeito do inconsciente.

Levando em conta esses binômios, o caso clínico do *menino do pacote* foi escrito no quarto capítulo deste trabalho, a partir de alguns elementos que foram estabelecidos como pontos-chave do caso, quais sejam: a insistência das manifestações sintomáticas a despeito da intervenção medicamentosa, a demanda de ser escutado em sua singularidade; as manifestações classificadas como hiperatividade, agitação e agressividade – e sua articulação ao verbo agir, atuar – e, por fim, o Nome-do-Pai [NP], como operador da separação, da qual poderá ter resultado a este rapazinho a possibilidade de identificar-se ao desejo.

Todavia, antes, considero relevante circunscrever o lugar que a criança tem ocupado em diferentes campos discursivos, a fim de identificar os modos como as manifestações infantis têm sido tomadas e tratadas.

3 A INFÂNCIA AOS CUIDADOS DA ESCOLA, DA MEDICINA E DA PSQUIATRIA

3.1 EDUCAÇÃO E MEDICINA: CAMPOS ENTRELACADOS

Procusto era um salteador sanguinário que obrigava suas vítimas a deitar sobre um sinistro leito de ferro, do qual nenhuma saía com vida: se elas fossem mais curtas que o leito, estirava-as com cordas e roldanas; se ultrapassassem as medidas, cortava a parte que sobrava (MORENO, 2009).

Na mitologia grega, o leito de Procusto tinha o tamanho exato de um “corpo harmônico, ideal” e, como ninguém se ajustava exatamente a essa imposição, não há notícias de sobreviventes. Na história da educação, em inúmeras situações, e ainda hoje, a instituição escolar apresenta-se como um verdadeiro leito de Procusto, infligindo aos estudantes, indistintamente, um modelo de homogeneização. O contexto educacional atual exerce papel fundamental na nossa civilização (outrora articulado com a religião, a moral, o Estado e o exército) e nele, o controle sobre o corpo e o comportamento das crianças se impõe, exigindo dos pedagogos que agrupem as crianças e as disponham a partir do saber. Às crianças de hoje é exigido que permaneçam sentadas e atentas, em uma sala de aula, por períodos de quatro a cinco horas, impulsionando o fenômeno contemporâneo da classificação e medicalização de um número cada vez maior de crianças diagnosticadas com déficit de atenção e hiperatividade (LAURENT, 2007).

Mas nem sempre existiu a escola. Tampouco as noções de criança e infância. Também a medicina e, especificamente, a psiquiatria, em sua vertente de saber sobre a criança, estabelece-se apenas no final do século XIX. Os estudos de Ariès (1981) apontam para o fato de que o reconhecimento de particularidades dos pequenos e a distinção entre criança e adulto foram adventos da modernidade, que, concomitantemente, instituiu a escola e a “criança escolar” (CLASTRES, 1991, p. 137).

De acordo com Philippe Ariès:

A escola substituiu a aprendizagem como meio de educação. Isso quer dizer que a criança deixou de ser misturada aos adultos e de aprender a vida diretamente, através do contato com eles. [...] a criança foi separada dos adultos e mantida à distância numa espécie de quarentena, antes de ser solta no mundo. Essa quarentena foi a escola, o colégio. Começou então um longo processo de enclausuramento das crianças (como dos loucos, dos pobres e

das prostitutas) que se estenderia até nossos dias, e ao qual se dá o nome de escolarização (ARIÈS, 1981, p. 11).

Com o aparecimento do “sentimento de infância” e, a partir de então, a criança – antes considerada “um adulto em miniatura” – passou a ser vista como “o homem de amanhã”, tornando-se objeto de teorização e de práticas educacionais, científicas e higiênicas. Neste contexto, por um lado, era entendida como ser amorfo que inspirava atitudes disciplinadoras física, intelectual e moralmente, mas também despertava a ideia de pureza e ingenuidade, objeto de admiração e afeição (ARIÈS, 1981; CIRINO, 2001). Segundo Veiga Neto (2005, p. 69), “as ciências humanas se criaram, a partir do século XVIII e ao longo do século XIX, nessa tentativa muito forte e muito bem sucedida de capturar os estranhos, torná-los conhecidos e aproximá-los”.

No que concerne à infância, a fim de identificar aqueles que divergiam da norma estabelecida, principalmente no âmbito escolar, foram sendo instituídas descrições, mensurações e normatizações. Firmava-se a estreita relação entre educação e saúde, que se estende pela contemporaneidade. Nesse percurso, no enlaçamento entre medicina e pedagogia, os professores já se ocupavam de investigar e treinar o corpo do aluno (CIRINO, 2001). Este enlaçamento parece desconsiderar o fato de que o processo de ensino e aprendizagem, além de exigir conhecimentos teóricos e técnicos do professor, também depende profundamente de sua implicação subjetiva em seu ofício de educar. Essa implicação é um dos elementos fundamentais que podem suscitar o desejo de saber na criança. Investigar e treinar o escolar, como se fez outrora, e também é fato, na atualidade, faz um empuxo às soluções médicas para os problemas infantis (CONRAD, 2007).

Contudo, antes de avançar, gostaria de me deter em certas concepções históricas essenciais para uma discussão crítica dessa realidade. Relendo a história econômica e sociocultural da humanidade a partir das duas revoluções na Europa Ocidental – a revolução política francesa e a revolução industrial inglesa, há o desaparecimento do sistema feudal e o “nascimento” de uma nova maneira de organização social, de relações de produção inéditas na história, ou seja, o surgimento de um sistema não apenas industrial, mas industrial capitalista (PATTO, 1999).

Os ideais revolucionários de igualdade, liberdade e fraternidade articularam-se à lógica desse novo modo de produção capitalista. O liberalismo clássico estabeleceu o conceito de “*self-made man*”, representando o cidadão ideal que contaria apenas com sua habilidade e

mérito pessoal, e seu sucesso dependeria fundamentalmente de si mesmo. Instituíram-se as ideologias meritocráticas e do individualismo competitivo (GENTILI, 1995).

Para este autor,

[...] o que justifica e legitima a divisão hierarquizante e dualizada das modernas sociedades de mercado é o assim chamado *princípio do mérito*. [...] Ainda quando ideologicamente costuma (*sic*) ser apresentado como *norma de igualdade* [...], o princípio do mérito é fundamental e basicamente uma *norma de desigualdade* (GENTILI, 1995, p. 234, grifo meu).

Deste modo, explicações e justificativas que dessem conta das desigualdades sociais eram cruciais para a manutenção dessa sociedade.

Assim, o século XX vem corroborar a estreita relação entre saúde e educação⁸, iniciando-se atravessado pelo movimento de Higiene Mental, que seguia os passos das “verdades higienistas” estabelecidas. Os médicos eram considerados os sacerdotes do corpo e da saúde, definiam o “bom” e o “mau” para os indivíduos, suas famílias e a população, ainda que este saber desrespeitasse os valores religiosos e sociais vigentes (CIRINO, 2001). Neste período, a segregação dos “anormais” estabelecia-se como prática social da alçada dos médicos, tendo, muitos deles, contribuído de modo incisivo para a construção de uma identidade teórica e instrumental da psicologia educacional, baseada num modelo médico (PATTO, 1999).

Na França, em 1905, após terem construído a primeira escala de desenvolvimento da inteligência, os psicólogos Binet e Simon aplicavam-na como critério de admissão e triagem para as classes especiais. Afinal, desde 1845, no Hospital Bicêtre de Paris, já se instalara uma “escola especial” para crianças consideradas deficitárias. Ali surgiram também as primeiras noções de psicopedagogia e estabeleceu-se a primeira equipe médico-pedagógica (CIRINO, 2001). Existia a argumentação necessária à aparição de “clínicas de orientação infantil”, onde equipes multiprofissionais responsabilizavam-se por atender e observar crianças de conduta estranha ou desorientada. Estimulava-se que estas lhes fossem encaminhadas por seus pais e professores.

Cirino (2001) faz uma interessante associação deste modelo de prática como sendo um exemplo da ideia lacaniana acerca da função tecnocrática da psicologia:

[...] que através de suas medições, [a psicologia] assegura a seleção e orientação de cada indivíduo, exercendo função de controle social

⁸ Vide as teorias raciais, a psicologia diferencial, a teoria da carência cultural, a teoria das aptidões naturais, etc. (PATTO, 1999).

inseparável da gestão das multidões, prevista no projeto de racionalização da vida cotidiana nas sociedades industriais (p. 85).

Para Cordié (1996), Prizskulnik (2004) e Bedin (2009), a obrigatoriedade escolar instituída na década de 1880 dá partida às questões relacionadas ao controle do desenvolvimento e do comportamento da criança, bem como à investigação e construção dos conceitos de normalidade e anormalidade, uma vez que, nesse novo contexto – a escola –, as diferenças e contrastes ficaram em evidência, e as condutas tidas como estranhas ou desorientadas passaram a ser alvo de investigação e encaminhamentos, o que é explicitado por Sommer (2007, p. 60-61), na citação que segue.

As práticas pedagógicas, postas em operação desde o alvorecer da escola moderna, são indissociáveis da ideia de disciplina [...] e enquanto disciplinarização em termos de atitudes, comportamentos hábitos etc. [...]. Em outras palavras, historicamente a escola pode ser vista como *locus* de aplicação de tecnologias disciplinares, que se dão em dois eixos complementares: o eixo corporal e o eixo dos saberes.

Essa sociedade se estabelece numa base escolar e depara-se com esse corpo “descomedido, desengonçado e despreparado para uma vida social recortada pelo paradigma da retidão, da polidez e da razão” (CARRIJO, 2007, p. 3). Frente a isso que escapa aos valores e dificulta o ato educativo estritamente verbal, os pedagogos são convocados a se questionar sobre o ‘funcionamento’ da criança. Essa convocação “marca a entrada do pensamento de cunho psicológico na Educação e para a pedagogização” (idem, p. 3) e dispara a construção das muitas teorias acerca do desenvolvimento infantil e da aprendizagem, com finalidades normativas e adaptativas. Como afirma Santiago (2005/2006, p. 15), “o parâmetro da organização do desenvolvimento normal constitui um saber externo e ideal do sujeito, construído a priori, [...] incompatível com a perspectiva [...] que pretende contemplar os elementos da subjetividade”.

E esse parâmetro ajuda a fundar as idealizações acerca da existência d’A Criança abstrata. No entanto, é necessário insistir, não há A Criança abstrata, há crianças, cada uma com a sua verdade singular, com a sua história. A despeito disso, de acordo com Clastres (1991), o propósito da organização social em torno da educação é a produção de adultos que sejam convenientes e adequados aos ideais da sociedade que eles constituem. E, seguindo com o autor, a forma de moldar esse adulto aos ideais estabelecidos socialmente, ou seja, a maneira de adequá-lo é através de um projeto claro para harmonizar a criança, aplicando-lhe uma modalidade nova de educação que pretende vigiar, disciplinar e segregar.

Seria esse o ponto de amarração entre os campos discursivos que circunscrevem o problema da medicalização dos sintomas escolares? A educação, a ocupar-se do agenciamento do controle da infância. A psiquiatria, a instituir normas para o comportamento infantil. E, no âmbito da psicologia, nas vertentes da psicologia diferencial, do desenvolvimento e, mais recentemente, da psicologia escolar, a tratar tanto dos processos de desenvolvimento quanto do controle do comportamento da criança.

Nessa conexão, a educação se responsabilizaria pelo estabelecimento da norma e pela identificação dos desviantes, no intuito de moralizá-los e normalizá-los, e à psicologia e à psiquiatria caberia a responsabilidade de encontrar os modos para remediá-los. A polissemia do verbo ‘remediar’ permite desdobrá-lo em ao menos dois sentidos inerentes à questão, pois tanto toca a ideia de ‘conserto’, como também a de ‘medicalização’. Como indicou Mannoni:

Em vez de revolucionar o ensino e sua estrutura, o Ocidente prefere, pelo contrário, remediar os efeitos das anomalias geradas por um ensino inadequado à nossa época. Remediar os efeitos significa, neste caso, encarregar a medicina de responder onde o ensino fracassou (1988, p. 62).

Seria a medicalização da infância um traço congênito da instituição da escola obrigatória para todos? Essa pergunta toma como premissa o fato de que, a partir do momento em que a educação escolar se estabelece na dimensão do universal, institui-se também uma lógica normativa que estranha e exclui o que possa advir do singular de cada estudante. Outra questão está em saber como esse fenômeno se articula às noções de infância e criança nos diferentes campos que se ocupam dos cuidados à criança.

Esses questionamentos serão abordados a partir de dois eixos. Por um lado, o eixo que descreve um panorama do campo médico-pedagógico, na visada do percurso histórico das construções diagnósticas e estratégias terapêuticas para os chamados sintomas escolares. Por outro, com a psicanálise, no capítulo seguinte, o exame da possível articulação entre os sintomas escolares e as questões referentes aos tempos e modalidades de estruturação da subjetividade na infância, e os aspectos éticos acerca do tratamento.

3.2 PANORAMA HISTÓRICO DA CLASSIFICAÇÃO DOS SINTOMAS ESCOLARES

Satisfizeram-se em classificar a variada gama de fenômenos patológicos e, sempre que possível, relacioná-los etiologicamente a distúrbios somáticos, anatômicos ou químicos. Nesse período materialista, ou melhor, mecanicista, a medicina fez enormes progressos, mas também ignorou, de maneira míope, o mais nobre e mais difícil dos problemas da vida (FREUD, [1925]2011, p. 257).

Adentrar o campo de estudo e classificação de transtornos relativos ao comportamento e à aprendizagem da criança requer atenção e discernimento. Este território tem seus pontos de demarcação em torno de uma “história oficial” e de “histórias não contadas”⁹. Muitos autores insistem em indicar uma “história oficial” para o desenvolvimento da categoria médica do TDAH, visando dar-lhe consistência. Contudo, a investigação minuciosa nos conduz a algumas “histórias não contadas”, isto é, histórias que parecem apagadas ou excluídas acerca dos sintomas escolares, algumas delas elencadas a seguir, visando indicar que não é “fora do tempo” histórico e, muito menos desconsiderando “aspectos morais, sociais, políticos, econômicos e institucionais que alimentam a constituição do fato patológico” (CALIMAN, 2010, p. 49), que os discursos são engendrados. Isto implica que as teias discursivas sobre o TDAH não estão articuladas apenas ao desenvolvimento técnico-científico da medicina, mas estreitamente atadas aos aspectos culturais, morais, políticos e econômicos que lhes são contemporâneos.

O exame histórico possibilita esboçar um panorama da classificação dos sintomas escolares. De acordo com Bercherie ([1983]2001, p. 129), o campo da clínica psiquiátrica da criança “por um lado, [...] é quase tão antigo quanto o da psiquiatria do adulto; por outro, [...] uma clínica específica da criança, com conceitos próprios, só se estabeleceu realmente a partir da década de 1930”.

Este autor destaca “três grandes períodos” no processo de estruturação dessa clínica, que serão desdobrados adiante. O primeiro período abarca as décadas iniciais do século XIX, sendo chamado de período da medicina moral. O segundo se inicia na segunda metade do século XIX, tendo como paradigma as “doenças do cérebro” – tempo em que se intensificam

⁹ Os termos ‘história oficial’ e ‘história não contada’ fazem referência, respectivamente aos trabalhos de Caliman (2010) e de Collares e Moysés (1992).

as discussões sobre a localização e as funções mentais do cérebro –, e o último desses três períodos inicia-se na década de 30, no século XX, marcado, por um lado, pelo entrelaçamento às concepções psicanalíticas, mas, por outro, com uma visada para o déficit neuroquímico.

As primeiras décadas do século XIX presenciaram o início da estruturação da clínica específica da criança, constituindo o primeiro período mencionado acima. Atribuir à medicina daquele período o predicado de medicina moral deve-se ao fato de que os saberes e práticas médicas incidiam sobre os comportamentos e não sobre o corpo. Com Jean-Étienne Esquirol, estabeleceu-se o primeiro, e então, único diagnóstico de transtorno mental infantil – o retardamento (idiotia), ainda que este não fosse considerado como doença, mas sim como “um defeito original do desenvolvimento” (BERCHERIE, [1983]2001, p. 130). Datam desta época as classificações: ‘criança idiota’ e ‘imbecil moral’, as quais, segundo Rafalovich (2008), conduziram à construção diagnóstica do transtorno que, atualmente, se instituiu como representativo da medicalização do mal-estar na infância, o TDAH.

A partir da segunda metade do século XIX, com a circulação da primeira geração de tratados de psiquiatria infantil, avançando pelas primeiras décadas do século XX, a clínica psiquiátrica da criança segue constituindo-se, mas ainda como um “decalque da clínica e da nosologia elaboradas no adulto, [adotando] [...] uma concepção essencialmente médica e somática dos transtornos mentais, concebidos como doenças do cérebro” (ibid., p. 133). No conjunto desses conceitos surge a oposição entre “as doenças mentais adquiridas – cujas causas patológicas provêm da rubrica correspondente na medicina do corpo” e as “doenças mentais constitucionais” emergentes de um campo psicológico particular, da degenerescência mental hereditária ou adquirida precocemente, que aproximam as questões morais das psicológicas (ibid., p. 133).

O fio condutor do percurso no qual os distúrbios relacionados à escolarização surgiram como entidades nosológicas e, como tal permanecem, na atualidade, como doenças neurológicas, entrelaça alguns estudos específicos, que visam atestar a deficiência do lado da criança. Entre eles, aqueles do oftalmologista escocês, James Hinshelwood, que, em 1895, diante de embaraços com a leitura e a escrita de crianças, estabelece o diagnóstico de ‘cegueira verbal’, cuja nomeação será substituída por ‘dislexia específica de evolução’, postulando a existência de “um defeito cerebral genético que impediria a aprendizagem” (COLLARES; MOYSÉS, 1992, p. 34).

Contudo, como afirma Lima (2005, p.61),

Costuma-se atribuir ao pediatra inglês, George Frederick Still, em três palestras no Royal College of Physicians, em 1902, o pioneirismo de descrever como *condição médica* diversas condutas infantis que, até então, eram tratadas como “maus comportamentos”. [...] a hipótese de Still era a de que suas condutas eram um “defeito no controle moral” herdado geneticamente de seus pais.

As pesquisas desse pediatra, norteadas por questões morais, políticas e jurídicas, buscaram estabelecer uma patologia moral e legitimar com ela “valores morais da época ao inscrevê-los no corpo” (CALIMAN, 2010, p. 52). De acordo com essa autora, Still classificou como patologia moral comportamentos de desobediência às regras e aos consensos sociais, mantendo-se em consonância com o debate promovido pela psiquiatria inglesa, à época, que visava à articulação entre a ‘infância perigosa’ e o ‘defeito moral’. Para demonstrar essa relação, Caliman (ibid.) propõe o exame de um dos volumes do *The Lancet Journal*, de 1895, “*The problem of the morally defective*” – “O problema do defeituoso moral” –, no qual um dos aspectos em relevo é o que concerne ao perigo que algumas crianças representavam, uma vez que pouco se sabia sobre o desenvolvimento da moralidade. Trata-se de fato relevante para a discussão acerca do lugar ocupado pela criança nesse discurso de cunho social e político que sustentava valores de segurança e recomendava vigilância médica (CHRISTAKI, 2009). Ou seja, “as estratégias sociais relativas ao cuidado com a infância [...], apontam que se agregaram num mesmo modo de tratamento tanto o que poderia trazer risco à criança como o que poderia torná-la ameaçadora” (DONZELOT, 1980, apud VORCARO, 2004, p. 27).

Isso nos conduz à articulação entre os fenômenos da medicalização e da judicialização de comportamentos infanto-juvenis, que Conrad (2007) aborda com o deslizamento dos significantes: do pecado ao crime e então à doença, e do comportamento desviante ou da maldade à doença. Dito de outro modo, aquilo que é considerado socialmente perigoso ou moralmente inadequado é alçado ao registro de doença ou de delinquência. Assim, foi estabelecida a conjunção entre o campo da saúde e da polícia, com fins de disciplinar os corpos, fato reeditado na atualidade, ao se buscar mais uma vez descrever e articular os chamados transtornos de comportamento ou conduta e a delinquência.

De acordo com Sauret (1998, p. 13-14), ao final do século XIX, com a introdução da psicologia nessa área, a criança, entregue à objetivação científica, permanece inteiramente assujeitada ao saber desse campo, uma vez que se pensava que ela armazenava a “estrutura mínima do humano” e que poderiam estudá-la “de alguma forma como de um ‘elemento experimental’, permitindo validar as teorias do sujeito” (ibid., p. 14).

Seguindo a tessitura dos estudos, de acordo com Collares e Moysés (1992), em 1918, Alfred Strauss, um neurologista norte-americano, levanta a hipótese da Lesão Cerebral Mínima (LCM) como causa dos distúrbios de comportamento e de aprendizagem, ainda que a lesão não tenha sido localizada. Esta suposição, que segue a lógica clínica tradicional advinda da época das doenças infecto-contagiosas, coincide com uma tendência social de segregação dos comportamentos desviantes daqueles estabelecidos como normais.

De acordo com Bergès (2008), a epidemia de encefalite letárgica que afligiu a Europa e os Estados Unidos após a 1ª. Guerra Mundial fortaleceu a hipótese da existência de uma lesão no cérebro. Em suas palavras:

O realce de signos ou de sintomas [...] permitirá atribuir a um prejuízo lesional ou a uma aberração biológica toda perturbação das funções que não seja motora. É assim que o descontrole motor, a hiperatividade, a instabilidade, que supõem um prejuízo motor, serão associados às dificuldades da vigilância, da atenção, das aprendizagens, das condutas sociais; e a melhor prova, é a encefalite de Von Economo onde as lesões foram demonstradas (BERGÈS, 2008, p. 111-112).

O quadro de encefalite foi descrito pelo neuroanatomista alemão, Von Economo, que, em 1923, usou, pela primeira vez, o termo ‘hipercinético’, e, tal como mencionado acima, por Bergès, a encefalite adquiriu destaque, pois, nesses casos algo da ordem de uma lesão cerebral se apresentava passível de observação. Desdobrado algumas vezes, esse termo chegará à categoria diagnóstica descrita com indicadores comportamentais, o TDAH (BERGÈS, 2008; LIMA, 2005; SUCUPIRA, 1985).

Como médico neurologista, Freud também buscou a lesão cerebral nos primórdios dos seus estudos, mas, diante da impossibilidade de encontrá-la, ele funda a psicanálise, apontando para uma ordem outra, que não a organicista. Freud já não toma mais o cérebro como objeto de investigação, mas sim o psiquismo. Há que se notar que, frente aos sintomas histéricos que concentravam sua mostração no corpo, Freud subverte a lógica de que, se há problema no corpo, logo é necessário encontrar o órgão lesionado, passando à noção de que a gênese do problema pode estar no campo das representações psíquicas (FREUD, [1893]1972).

Ao indicar esse território, o das representações psíquicas, Freud inaugurava a abordagem do corpo como suporte do discurso, uma vez que os sintomas histéricos se articulavam em função da linguagem, no corpo. “Desde Anna O. (com Breuer) o que Freud nos mostra é a linguagem do corpo” (LACAN, [1964a]1979, p. 149). Em seu retorno à teoria freudiana, Lacan introduz o conceito de significante e a ele atribui a função de representação.

Avançando, em seus escritos técnicos de 1916, especificamente nas Conferências introdutórias à psicanálise – Conferência XVII: *O sentido dos sintomas* e na Conferência XXIII: *Os caminhos da formação dos sintomas*, Freud prossegue na construção de sua teoria sobre o sintoma e sustenta que, assim como os atos falhos e os sonhos, “os sintomas têm um sentido e se relacionam com as experiências do paciente” (FREUD, [1916-17a]1976, p. 305). Assim, inicialmente, o sintoma recebe o estatuto de hieróglifo a ser decifrado, de mensagem endereçada ao outro. Posteriormente, apontado como resultante de um conflito, o sintoma é concebido como acordo, compromisso; estrutural e inerente à condição de seres de linguagem, portanto, nem constituem a essência de uma doença, tampouco a cura consiste na sua remoção (FREUD, [1916-17b]1976).

Ao longo de sua obra, seguindo as indicações fundamentais freudianas, Lacan aponta para a linguagem como condição de formação do sintoma, pelo fato de o corpo do ser falante ser afetado pelo significante, questão que será abordada a partir do conceito de corpo pulsional, no terceiro capítulo desta pesquisa.

É este corte epistemológico que permite a Freud e, depois, a Lacan, elaborações em torno da transformação do organismo biológico, seu atravessamento pela linguagem que o recorta, colocando-o no campo da representação. Assim, o que está no cerne dessa virada na lógica da formação dos sintomas, na atualidade, naquilo que concerne a esta pesquisa, é o questionamento sobre o fato de que, na maior parte das crianças que têm sido medicalizadas, recebendo, inclusive, tratamento medicamentoso a partir de um diagnóstico médico de TDAH, não se verifica lesão neurológica. Isso não apontaria para essa ‘outra’ ordem, que não a exclusivamente biológica? Ao *menino do pacote* foi administrado metilfenidato por cerca de doze meses, sem que qualquer achado laboratorial ou de avaliação neurológica tenha sido estabelecido. E, mesmo quando o remédio não produziu efeitos esperados de remissão, seja parcial ou total, de seus sintomas, o procedimento seguido visou unicamente à alteração na dosagem.

Ainda que, na década de 1920, Freud já tivesse avançado em sua teorização a esse respeito, no campo médico as investigações se mantinham em torno da hipótese de que uma lesão cerebral responderia pela etiologia dos quadros então relacionados à aprendizagem e à escolarização. Assim, Samuel Orton, outro neurologista norte-americano, a partir de 1925, retoma os estudos de James Hinshelwood, e a ‘cegueira verbal congênita’ passa à categoria de ‘*strephosymbolia*’, relacionando sua causa à dominância mista dos hemisférios cerebrais. O

que, em 1950, será questionado por Vernon, psicólogo inglês que postulava a inexistência de evidências de ambos os distúrbios (COLLARES; MOYSÉS, 1992, p. 35).

No que concerne à escolarização, tendo os discursos e as ações disciplinadoras já sido instaurados, empreendem-se técnicas classificatórias das crianças entre educáveis e ineducáveis, aptas e inaptas – categorias formuladas em relação a dois aspectos, cognitivos e morais, que levariam as crianças escolares a classes regulares e especiais. Nesse período, é possível observar a prevalência do discurso médico higienista, ou seja, da preocupação com o sanitarismo e a prevenção das doenças no âmbito social, e, principalmente, no ambiente educacional.

“Keep the normal child normal” – “Manter a criança normal, normalizada”. É com esse lema que surge a prática de submeter a diagnósticos médicos, psicológicos e psicopedagógicos os alunos que não respondem “adequadamente” às exigências das escolas, ainda que estas, como já denunciava Dolto ([1965]1980, p. 24), se caracterizem por um “estilo de instrução passiva, nos horários e programas obsessivos”. Há que estar advertido de que, historicamente, a formação dos educadores tem se baseado na defesa dos interesses e valores dominantes; e de que as escolas, enquanto instituições disciplinadoras, estão a serviço do controle social, levando as pessoas à adesão do discurso vigente à sua época. Por isso, como nos indica Patto (1999, p.89), “não se pode esquecer que a pedagogia nova e a psicologia científica nasceram imbuídas do espírito liberal e propuseram-se, desde o início, a identificar e promover os mais capazes, independentemente de origem étnica e social”.

Nesse sentido, a pedagogia, enquanto ciência, quanto mais se especializa, mais convoca técnicos para dizer sobre as crianças, colocando, muitas vezes, a escola num enquadre mais laboratorial, experimental, do que social. Teorias e técnicas são instituídas buscando estabelecer critérios de trabalho “pasteurizados”, prescrições “precisas” sobre o “funcionamento” do aluno ou sobre o papel do professor. Enfim, constitui-se um discurso normativo que prima pela técnica e destitui qualquer espaço para o inesperado, um suposto saber que universaliza, fazendo perder a singularidade dos sujeitos em questão (SOEIRO, 2003).

Na década de 1930, com influências das ideias psicanalíticas, inicia-se o terceiro grande período no estabelecimento de uma clínica psiquiátrica infantil. Nesse campo, as manifestações psicopatológicas são tomadas como “resultado de um conflito psíquico [...], formas de expressão substitutiva das dificuldades que a criança encontra em sua vida interior

e em suas relações com o meio” (BERCHERIE, [1983]2001, p. 136), ou seja, tomadas na perspectiva psicodinâmica. Na medicina, contudo, os estudos acerca dos distúrbios de comportamento seguiam a fisiopatologia e buscavam ou atestavam a desordem como orgânica, submetendo-a aos primeiros experimentos com calmantes e estimulantes. Destas experiências decorre, em 1937, o aparecimento da psicofarmacologia infantil, com Charles Bradley (TENDLARZ, 2008).

Collares e Moysés (1992, p. 37) fazem menção a esses estudos de Bradley, como tendo sido “uma das experiências mais antiéticas na história da medicina”. Bradley tentava explicar o efeito paradoxal de ação de uma droga estimulante produzir a remissão da agitação em crianças excitadas, mas os resultados não foram possíveis de reprodução sistemática, com respostas regulares e constantes. Ainda assim, “a hipótese explicativa, embora até hoje nunca confirmada, passou a ser apresentada como uma teoria científica, elaborada a partir de evidências empíricas e experimentais”, figurando na “história oficial” – quanto à experiência em si, introdução de psicoestimulantes para o tratamento de crianças – mas também como “história não contada” – quanto aos resultados e ao contexto em que a experiência foi realizada. Bradley “testou” os efeitos de drogas, derivados anfetamínicos com ação no sistema nervoso central, com efeitos colaterais em adultos, já conhecidos e com restrições ao uso, em crianças institucionalizadas.

Em 1957, o conceito de LCM ou Síndrome hipercinética se estabelece como entidade clínica passível de tratamento medicamentoso e, em 1962, uma vez que não se conseguia detectar lesão no órgão, é renomeada como Disfunção Cerebral Mínima (DCM), enfatizando um suposto problema no funcionamento do cérebro. Assim, como enfatiza Bergès (2008, p. 112),

No caso em que não se alcance evidenciar os signos indicando uma alteração [...], quando o exame neurológico é negativo [...] e que as dificuldades de aprendizagem, de atenção e de instabilidade existem, então será legítimo incriminar uma lesão, uma disfunção mínima que não se pode provar, mas que extrai sua razão de um raciocínio analógico emitido do precedente. Eu não posso provar a lesão, mas não é por isto que ela não existe; eis o que são as “lesões ou disfunções cerebrais *mínimas*”: o resultado lógico de um pensamento determinado.

Nesse percurso panorâmico, visei analisar os períodos, demarcados por Bercherie ([1983]2001), ao longo dos quais a clínica psiquiátrica infantil se estruturou, principalmente naquilo que concerne aos chamados sintomas escolares. Da medicina moral ao estabelecimento do paradigma das “doenças do cérebro” para, em seguida, no último dos três

períodos elencados pelo autor, bipartir-se, entre as concepções psicanalíticas e o paradigma das disfunções e déficit neuroquímico. Prossigo, por esse caminho, rumo àquele que se tornou bússola de uma prática reducionista, o DSM, buscando problematizar a lógica sobre a qual este instrumento se ergue e avança no esquadrinhamento e enquadramento da infância. Nessa direção, procuro identificar aproximações e impasses entre este campo e o da psicanálise.

3.2.1 A Universalização do DSM e o Enquadramento da Infância

Vamos entrar no terreno da fama para, precisamente, questionar as razões desta fama. Viagra, Prozac e Ritalina são, hoje em dia, sem dúvida, os medicamentos mais famosos. E, atualmente, quem tem fama goza de passe livre no campo da verdade (JERUSALINSKY, 2005, p. 5).

O século XX configura-se um palco de transformações significativas no campo da medicina, especificamente da psiquiatria, com o aparecimento da psicofarmacologia e do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM), na década de 1950. A sintetização da clorpromazina, nos primeiros anos dessa década, marca o início das pesquisas e produção de psicofármacos, ao mesmo tempo em que se restabelece a corrente denominada de psiquiatria biológica (COSER, 2010; GERBASE, 2008; LIMA, 2005), “afastando-se das influências oriundas das ciências humanas, em especial da psicanálise [...], e privilegiando as concepções biológicas na compreensão de distúrbios mentais” (LIMA, 2005, p. 56).

O DSM, em sua primeira versão datada do ano de 1952, surge a partir da necessidade de consensos diagnósticos, “devido à grande disparidade dos critérios usados pela medicina nos diversos países” (LEITE, 1998, p. 22). Este sistema classificatório, que se pretendeu único, desde a origem, foi estabelecido a partir de recenseamento, visando ao uso para pesquisas estatísticas, políticas públicas e, mais recentemente, para as companhias seguradoras no âmbito da saúde, bem como para a indústria farmacêutica (DUNKER; KYRILLOS NETO, 2011). Ao objetivar que “seu foco se mantenha em suas finalidades clínicas, de pesquisa e de ensino e que ele esteja apoiado por uma ampla base empírica” (DSM-IV TR, 2002, p. 21), seu surgimento e desenvolvimento têm sido conduzidos por anseios de “desambiguação de termos semiológicos e diagnósticos, orientação para o consenso prático, função de arbitragem, aspiração metalinguística” (DUNKER; KYRILLOS NETO, 2011, p. 613).

Acompanhar o histórico das versões publicadas deste manual possibilita perceber a criação de “um número progressivamente maior de categorias psiquiátricas a cada nova classificação” (LIMA, 2005, p. 56). O DSM I é um livro com pouco mais de uma centena de páginas e 106 patologias psiquiátricas (COSER, 2010). Apresenta uma visão dinâmica da psicopatologia, e mantém as categorias psicanalíticas da neurose e da psicose.

Em 1968, a segunda edição do manual, o DSM II, é publicada com 185 categorias nosológicas (COSER, 2010) e algumas modificações em sua lógica de categorização. Nessa edição, dois quadros nosológicos são constituídos a partir de descritores equivalentes aos do quadro de TDAH no DSM IV, de 1994. Fundamentado na hipótese organicista e das disfunções cerebrais, aparece o quadro de Disfunção cerebral mínima (DCM). E, em uma perspectiva psicodinâmica, a “reação hiperkinética da infância”. Ter incluído essa categoria

[...] demonstrava o rápido respaldo que essa nova descrição passou a receber da comunidade científica. Entretanto, a presença da expressão *reação* indicava a influência que noções psicanalíticas ainda exerciam na compreensão do transtorno e de toda a DSM-II. Apesar de vários expoentes e pesquisadores demonstrarem sua crença numa causalidade biológica, a ascendência da psicanálise na psiquiatria americana desse período permitia conciliar o reconhecimento da existência da síndrome com a postulação de fatores ambientais e psicológicos envolvidos em sua origem, entendendo-se que a inquietude da criança poderia ser causada por eventos de sua vida familiar e social (LIMA, 2005, p. 67).

As duas décadas seguintes à publicação do DSM II foram marcadas pelo rompimento com a perspectiva psicodinâmica em favor da perspectiva empírica biologizante, decorrendo daí uma ampliação no número de quadros psicopatológicos. As quase 500 páginas do manual, em sua terceira versão, confirmam o empreendimento de criação de novas categorias diagnósticas, resultando em 265 delas (COSER, 2010), em 1980. A partir dessa década, com o DSM III e suas edições revisadas: DSM-III-R, em 1987; DSM-IV, em 1994 e DSM-IV-TR, em 2000, estabeleceram-se critérios fenomênicos objetivos de enumeração, descrição e classificação dos quadros psicopatológicos, excluindo-se a dimensão de sentido antes presente na consideração dos sintomas, pretendendo instaurar “diagnósticos descritivos, vistos como totalmente comunicáveis e empiricamente verificáveis [...]”. O caminho é o da medicalização da psiquiatria, a fim de afastá-la de vez das influências filosóficas e psicanalíticas” (CIRINO, 2001, p. 92).

Essa nova formulação do quadro nosológico ampliou a abrangência de tratamentos patologizantes e medicamentosos, colocou de volta à cena a prevalência do organismo sobre o estatuto do corpo-sujeito e instaurou supostas soluções universalizantes e totalitárias. Perde-se

a perspectiva do sintoma como um enigma a ser decifrado para instituí-lo enquanto desordem, transtorno a ser suprimido e não questionado (GERBASE, 2008; JERUSALINSKY, 2005; GUARIDO, 2007). Dito de outro modo, quando o sintoma perde essa dimensão enigmática, de cifra, o ato clínico restringe-se a “uma ação de tamponamento da dimensão subjetiva da doença mental” (TENÓRIO, 2000, p. 79).

As novas classificações, acrescidas às revisadas e ampliadas, que compõem a quarta edição do manual, o DSM-IV-TR e, mais recentemente, as que já foram anunciadas e estão por vir, com o DSM V, ratificam e intensificam uma prática que avança a passos largos no terreno da psicofarmacoterapia, em detrimento da prática clínica que inclui o sujeito, não apenas os signos e sinais de sua doença. E isso, a despeito, entre outras questões, dos aspectos éticos levantados em relação aos chamados conflitos de interesses, ou seja, ao fato de que muitos dos pesquisadores envolvidos nas mais recentes revisões e edições do DSM têm vínculo direto com laboratórios farmacêuticos.

Enfatizo que, apesar do surgimento deste manual ter sido atrelado à pesquisa e ao ensino, atualmente é amplamente utilizado como ferramenta de diagnóstico, baseando-se apenas na observação empírica. Como afirmam Dunker e Kyrillos Neto (2011, p. 619), “o DSM foi constituído a partir de uma perspectiva ateórica e operacional. O DSM tem como objetivo constituir-se num sistema de classificação sobre dados diretamente observáveis, *sem recorrer a sistemas teóricos*” (grifo meu). O grifo na característica ateórica do DSM convoca a uma reflexão crítica acerca de um discurso dito científico que pretende estabelecer uma prática diagnóstica e terapêutica desconectada de um aporte teórico que a fundamente.

É também a partir da instauração maciça desse discurso científico que se estabelecem as especialidades que almejam diagnosticar os sintomas escolares e regularizá-los, propondo a reabilitação dos alunos supostamente identificados como desviantes, a partir de uma perspectiva objetiva, de uniformização e conformidade, seguindo critérios naturalizados e, portanto, isentos de qualquer determinação histórica, contextual e subjetiva (LEGNANI; ALMEIDA, 2008; GUARIDO, 2007; MOYSÉS, 2008; SUCUPIRA, 1985).

Como afirma Santiago (2005/2006, p. 2),

[...] observa-se também no âmbito da clínica na infância e adolescência, a imputação pelo Outro do saber, de marcas invisíveis. Nos tempos atuais, a hiperatividade constitui um dos maiores exemplos destas marcas invisíveis. Não se trata de um traço propriamente dito, mas de um signo da ciência, um nome, um significante mestre produzido pelo saber científico, que, à revelia do sujeito, marca seu corpo, não sem acarretar consequências para sua

existência, pela própria associação dessa marca com o fracasso em seu acesso à vida civilizada.

O que se pretende com toda essa construção discursiva restrita ao campo do sentido, da significação do desvio, da turbulência ou do não-aprendizado? Parece que a simples nomeação atua como um tranquilizador. Dá-se um nome e pronto! Imagina-se saber o que fazer com isso. O que, aliás, advém da ideia de que, ao se saber o diagnóstico, sabe-se o que fazer com ele (JERUSALINSKY, 2005). É possível afirmar que essa metodologia, dita científica, situa-se na esfera da ética do bem-estar, que visa à supressão do sintoma e à “proteção” do sujeito em causa? Bem-estar para quem?

O campo dos cuidados à infância, norteado por uma lógica do bem-estar, visa à proteção, à assistência e à orientação aos pacientes. Estes são classificados na perspectiva de “um padrão de normalidade, definido a partir dos estádios do desenvolvimento” (FERNANDES, 2003, p. 82), e o tratamento almeja a remissão dos sintomas, no intuito de adaptar ou mesmo readaptar a criança aos padrões socialmente estabelecidos, “entrando numa lógica que pode envolver despotismo e levar à passividade” (ibid.).

A psicanálise, na contramão dessa lógica, não busca a normatização do sujeito pela remissão dos sintomas de seu mal-estar, não visa a um “bem-estar” pré-definido, exterior ao sujeito, envolto em aspectos morais e sociais. Orienta-se na perspectiva do dizer do sujeito, em uma ética que Lacan chamou de “ética do bem-dizer”, no sentido de que o sujeito possa ser escutado em sua singularidade, visando às diz-soluções e invenções próprias a cada um, a partir da escuta de um saber não sabido que lhe é inerente. Isso implica em que o sujeito possa, com o seu dizer a um analista, questionar-se sobre o seu sofrimento, o que conduz à construção de um sintoma analítico, *i.e.* um enigma endereçado ao analista visando a uma decifração (FERNANDES, 2003).

Se for possível escutar aquilo que ressoa no próprio corpo e movimento da criança, a aposta estará orientada pela perspectiva que rompe com a objetividade e supõe um sujeito em atividade, ainda que, como adverte Teixeira (2010, p. 25),

[...] o corpo significante [...] não faz desaparecer o organismo, e este deve ser levado em consideração, pois é preciso saber reconhecê-lo quando ele entra em cena, para não haver equívocos clínicos quanto ao reconhecimento das suas manifestações, sua abordagem e, especialmente, seu adequado encaminhamento terapêutico.

Assim, essa escuta que privilegia a subjetividade não impede que, se necessário, uma interlocução se estabeleça com outros campos de cuidado à criança. Em algumas situações, o

trabalho clínico deverá ocorrer de modo interdisciplinar, e mesmo o recurso à farmacologia se fará indispensável. Todavia, quando a intervenção se dá exclusivamente na dimensão medicalizante, o saber em jogo é o saber do Outro da ciência, aquele que nada quer considerar para além do organismo, em detrimento da subjetividade.

Nessa direção, estamos fadados a fixar a criança num lugar de objeto, impossibilitada de dizer algo que venha a se constituir como próprio, muitas vezes amansada e domada, contida em “camisas químicas” – versão contemporânea da camisa de força, outrora usada para refrear agitação violenta. Nesse âmbito, ou seja, no paradigma baseado no medicamento, o que se visa é manter “os sujeitos de hoje cada vez mais confinados em seus corpos e cada vez mais desligados do saber” (FREITAS, 2004, p. 42-43). E, como enfatiza Cordié (1996, p. 47),

Qualquer que seja a técnica, tratar-se-á, sempre, para o psicoterapeuta, de se situar em posição de “dominador” e é nesse sentido que, no início, presume-se que ele descubra o que não está bem no paciente e prescreva o remédio: ele conhece a natureza do mal, sabe também o que é bom para o paciente, onde está seu bem e vai ajudá-lo a realizá-lo. O mais frequente é uma modificação das condutas, uma adaptação social.

A que remete a noção de cura? Cura, aqui, no sentido de processo, de passar por, como dizemos da cura do queijo, da carne, em suma, em sua dimensão temporal, como esse tempo necessário ao corpo para fechar uma ferida. Ou, como indica Soler (1997b), a partir do equívoco que a palavra francesa *souffrance* nos possibilita, uma vez que pode tanto indicar *sufrimento*, como também *tempo de espera, estado de espera, latência*. Tempo necessário ao sujeito para elaborar seu mal-estar.

Sendo assim, se a cura é psicanaliticamente orientada, o trabalho avançará tentando “responsabilizar o paciente pelo seu sintoma, na medida em que supõe que todo sintoma é uma responsabilidade do sujeito, porquanto o sujeito encontra nele um benefício, uma satisfação” (GERBASE, 2008, p. 19). A noção de responsabilidade é importante e pode ser colocada como a implicação ou participação do sujeito naquilo de que se queixa. Para a psicanálise, todo sintoma envolve uma satisfação pulsional, sendo o sujeito responsável pelo seu sintoma, no sentido de que há um laço inextricável entre o sujeito e seu sintoma. Dito com Lacan ([1965]1998, p. 873), “Por nossa posição de sujeitos somos sempre responsáveis”.

Porém, como adverte Soler (2010, p. 49), se a terapêutica trabalha na cadência do discurso dominante, “curar é fazer entrar nos eixos”, adaptar, suprimir qualquer vestígio do sintoma, uma vez que este é tomado como transtorno. Nesta lógica, o mal-estar é tomado como doença e “o medicamento é ofertado como um complemento de alma capaz de suprir

exatamente e de forma adequada ao que falta” (COSER, 2010, p. 40). Gerbase (2008) enfatiza que a medicalização, ao envolver uma hipótese bioquímica da transmissão¹⁰, tem interessado tanto à psiquiatria quanto aos pacientes, visto que esta abordagem dispensa a responsabilidade do sujeito na formação do sintoma.

Apontado por Sucupira (1985) e ratificado por Caliman (2010), o diagnóstico do TDAH resulta de decisão social e, por conseguinte, tem sido feito tanto por professores e pais como por pediatras, neurologistas, psicólogos e psiquiatras e, é

[...] baseado única e exclusivamente em um elenco de comportamentos que se destacam do normal [...]. Entretanto fica claro que o “anormal” estaria definido em função de comportamentos desviantes daqueles esperados. Isto implica que tal diagnóstico está sujeito às variações dos limites de tolerância dos observadores (SUCUPIRA, 1985, p. 33).

Ainda naquilo que concerne aos limites de tolerância mencionados por Sucupira, Tendlarz (2008) sublinha mais um aspecto relevante e crítico, qual seja o fato de que não se leva em consideração a subjetividade dos observadores que tomam parte do processo de avaliação e quantificação do comportamento da criança.

Cabem as questões: o que conduz a/à transformação do diagnóstico? Há uma passagem do diagnóstico enquanto problema, sintoma – algo da dimensão enigmática, a ser decifrado a partir do que sobre ele é falado pelo próprio paciente – ao diagnóstico enquanto sinal, síndrome, transtorno ou mesmo desordem¹¹, ou seja, alguma evidência observada, descrita, classificada e nomeada a partir do médico e implicando a pressuposição de que há algo a ser apagado, remediado. Enunciadas de outra maneira: o que conduz a/à transformação da clínica *da escuta ao dizer* do sujeito à clínica *do dizer sobre* ele? Nominé (2005, p. 31), recorrendo a Foucault, evidencia esta última, na citação a seguir:

Michel Foucault demonstrou amplamente a importância *do olhar* na história da clínica. O sintoma médico é um sinal que deve ser percebido pelo *olho do clínico*. Não há só o olho, há também a orelha, o tato, o olfato, mas enfim, podemos ter em mente que *o sintoma acena aos órgãos do sentido do clínico*. Mas o sintoma não pode acenar senão na condição de que ele seja a ocasião de uma demanda endereçada ao médico, não tanto uma demanda de cura, mas uma demanda de saber (NOMINÉ, 2005, p. 31).

Nesta última dimensão prática, a da clínica *do dizer sobre o sujeito*, a demanda endereçada ao médico é rapidamente respondida com um diagnóstico que se formula em

¹⁰ A hipótese bioquímica propõe que o problema se reduza a disfunções cerebrais ou neuroquímicas, transmitidas pela hereditariedade.

¹¹ “[...] cada vez mais a palavra sintoma desaparece. E, o que vem em seu lugar? *Disorder*. [...] e, efetivamente com *disorder*-desordem, indica-se que a ordem do discurso estabelecido está comprometida” (SOLER, 2010, p. 45).

nome do universal, utilizando-se do caráter descritivo das entidades nosológicas a partir do DSM IV, produzindo

[...] tensões e dificuldades para os envolvidos com a clínica psicanalítica, para sempre destinada a ser uma ciência do particular, visando à produção de um saber próprio e não a conformação às normas ou aos ideais. Assim, tratar o sujeito a partir de referências gerais, [...] acaba por reforçar os efeitos segregativos, uma vez que “não há comunidade sem exclusão” (CIRINO, 2001, p. 38).

Sobre esses efeitos já pronunciara Lacan em sua *Alocução sobre as psicoses da criança* ([1967]2003), ao cunhar o termo “criança generalizada” para designar o fato de que o sujeito, em relação ao Outro do discurso científico, é sempre tomado por objeto (SAURET, 1998), quando se articula a ciência ao capitalismo, vaticinando-se seus efeitos de segregação. Isso conduz a problematizar as afirmações simplificadas de que receber um diagnóstico, especialmente um diagnóstico que identifica a criança a um déficit – a desatenção – ou a um excesso – a hiperatividade –, implica acolhimento e direito. Assim visam fazer crer os atuais projetos de lei, no Brasil, que dispõem sobre o diagnóstico e o tratamento do Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade e da dislexia na educação básica, e que pretendem garantir às crianças o direito de serem diagnosticadas com TDAH, bem como o de serem tratadas como “crianças especiais” no âmbito de sua escolarização e socialização. E também “o projeto de lei francês que, como modalidade de prevenção contra a delinquência, pretende estabelecer um diagnóstico precoce por meio de um ‘carnê de comportamento’” (TENDLARZ, 2008, p. 3).

Como afirmam Guarido (2007) e Lima (2005, 2009), diante de uma suposta desordem a perspectiva da medicação apresenta-se como forma majoritária de intervenção terapêutica na atualidade, associando-se a procedimentos diagnósticos descritivos, objetivados pelo discurso científico. No caso específico dos sintomas escolares, constata-se a impregnação do discurso médico no campo educacional e, nessa mesma direção, uma “intolerância à turbulência infantil” (COSER, 2010, p. 120). Assim, embora isso a que o autor nomeou “turbulência infantil” se coloque como inerente à constituição da subjetividade da criança naquilo que toca à sua disposição perverso-polimorfa, o tempo para cada criança travar o processo de tornar-se humano gera mal-estar, sofrimento, que, via de regra, têm sido tratados como uma questão médica.

Como apontou Illich (*apud* TESSER, 2006, p. 64), a questão médica marca a virada da medicina ocidental, no final do século XIX, em direção à analgesia, como um reflexo da cultura na contemporaneidade, avessa à dor e ao sofrimento.

Para esse autor [Illich], o progresso da nossa civilização torna-se sinônimo de redução de sofrimento, mediante a tentativa de eliminação ou sedação de dores e sintomas e controle dos riscos e doenças crônicas. Assim, a dor, a doença e seus riscos começam a ser vistos primeiro como a condição dos homens a quem a corporação médica não concedeu o benefício de sua caixa de ferramentas.

Em outras palavras, o suposto “progresso da nossa civilização” tem transformado “fenômenos de ocorrência cotidiana e não necessariamente patológicos” em doenças e, por conseguinte, promovido “o sucateamento geral da psiquiatria enquanto prática clínica, e o triunfo da prática farmacêutica” (COSER, 2010, p. 45; 53). Contudo,

[...] ter saúde, não é não adoecer. É poder adoecer e se recuperar. Poder sofrer e ultrapassar o sofrimento engendrando novas formas de lidar com a vida. Uma vida que não se depara com o intolerável, com o assombro, com o sem-sentido, é uma vida empobrecida, normatizada, incapaz de agir criativamente (CANGUILHEM *apud* BEZERRA JR., 2004, p. 6).

Deve-se levar isso em consideração quando as manifestações sintomáticas, tais como os transtornos de comportamento e emocionais, são medicalizadas, na infância, tomadas e tratadas como transtornos comportamentais, menosprezando-se os fatores próprios às *mostrações* inerentes ao processo delicado de constituição subjetiva. Discernir as dimensões de ato e de comportamento (LACAN, [1964a]1979) pode auxiliar a discussão.

Partindo da ideia de que a criança não é pré-verbal, mas sim, hiperverbal, no sentido de que a linguagem a antecede e a causa (LACAN, [1964b]1998), proponho a hipótese de que a hiperatividade – o prefixo hiper, neste caso, denotando um excedente do agir –, pode se relacionar ao fato de que, quando não nos é possível falar, atuamos. Ou seja, “Quando se esgota a possibilidade de dizer, de lembrar, [...] o sujeito age [...]. Logo, há um modo de dizer o inconsciente real que é agindo, dando corpo ao dizer” (GERBASE, 2011, p. 31).

Portanto, como foi abordado, anteriormente,

Não é raro, na infância e adolescência, o sujeito manifestar seu mal-estar por meio de atuações no ambiente escolar e social. Estas atuações – que, na verdade, são encenações insistentes do sintoma endereçado ao Outro –, são tomadas de maneira geral como distúrbios do comportamento. Em cada época, estes distúrbios recebem uma especificação distinta a partir dos avanços das pesquisas médico-psicológicas. Assim, o que, antes, era índice de uma disfunção cerebral mínima, agora, aponta para uma disfunção de ordem cognitiva. É segundo essa metodologia diagnóstica que o chamado “Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade” (TDAH) foi introduzido para caracterizar os indivíduos desorganizados, agitados, impulsivos e desatentos, e ganhou consistência como um problema médico-social e psicopedagógico de suma importância na atualidade do mundo “psi” (SANTIAGO, 2005/2006, p. 2).

Esse mundo “psi” ao qual a autora faz menção, mas também a educação e a medicina, naquilo que concerne ao que denominam TDAH, tendem a tomar a criança em sua dimensão exclusivamente orgânica, restrita ao seu sistema neuronal e, por conseguinte, à sua neuroregulação. Aliados ao discurso da ciência, apreendem a criança na condição de objeto de investigação, de intervenções ortopédicas e de contenção, a partir da perspectiva biológica. Disso se extrai um excesso de nomeações – diagnósticos – e de respostas – tratamentos – que atendem às demandas impostas a partir de uma idealização imaginária da criança feliz, obediente, bem comportada (FIAUX; CLEN, 2009; KEHL, 2001).

*Shelley, a tartaruga hiperativa*¹², livro audiovisual publicado pela companhia médica norte-americana *Woodbine House*, em 1989, apresenta exemplarmente o lugar no qual a criança, ou melhor, as suas manifestações, têm sido capturadas na contemporaneidade. Pois, diante daquilo que a tartaruga-criança lhes dá a ver, ou seja, comportamentos de agitação e agressividade, as “pessoas grandes” (LACAN, [1967]2003), de imediato, supõem que tenha um problema e, mais ainda, um problema médico. De partida, *Shelley* recebe a alcunha de “*bad boy*”, à qual, em seguida aos exames neurológicos, se acrescerá o diagnóstico “hiperativo”. O restante da história agora já parece previsível, pois, para tornar-se “*good kid*”, precisará de pílulas e aconselhamento terapêutico. Como nesta pesquisa debruço-me sobre a infância visando estabelecer reflexões críticas para uma interlocução com aqueles que se interessam e se ocupam das crianças, pareceu-me pertinente, mesmo que em uma digressão, levantar a hipótese de que, também na literatura infantil, parece haver uma transposição do discurso hegemônico da época atual. O que seria, por exemplo, d’*O menino maluquinho*, de *Dennis, o pimentinha* e de *Mafalda*, tivessem essas crianças-personagens sido inventadas na década de 1990, contemporâneas ao DSM IV?

O próximo capítulo tem como propósito abordar a criança, a infância e o infantil na perspectiva da psicanálise, partindo dos *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* (FREUD, [1905]1972). Situar o lugar da criança para a psicanálise permite avançar sobre o rompimento freudiano com os campos discursivos da medicina e da pedagogia, ao nos dar a conhecer uma criança que, longe dos ideais de adequação e docilidade, tem uma sexualidade. E, mais ainda, sexualidade perversamente polimórfica. Nessa direção, além do exame da concepção freudiana de sexualidade infantil, é necessário investigar a contribuição dos conceitos

¹² O livro *Shelley, the hyperactive turtle* está disponível em <http://www.youtube.com/watch?v=tkTdx-U0_NE> e foi traduzido para o espanhol como *Sheli, la tortuga hiperactiva*. *O menino maluquinho* foi escrito por Ziraldo, em 1980; *Mafalda* é criação do escritor Quino, nos anos de 1960 e *Dennis, the menace*, surge em 1951, por Hank Ketcham.

psicanalíticos de infantil, pulsão, corpo e sintoma, para o entendimento do percurso de constituição do sujeito e, por conseguinte, do processo pelo qual o corpo biológico é apossado pela linguagem. Tal percurso possibilita a apreensão das manifestações sintomáticas infantis em suas possíveis articulações entre a hiperatividade e a estruturação subjetiva, na direção do tratamento clínico dos casos relacionados à hipercinesia na infância.

4 A CRIANÇA, A INFÂNCIA E O INFANTIL: PERSPECTIVAS A PARTIR DE FREUD, COM LACAN.

A infância era encarada como ‘inocente’ e isenta dos intensos desejos do sexo, e não se pensava que a luta contra o demônio da ‘sensualidade’ começasse antes da agitada idade da puberdade (FREUD, [1924-25]1976, p. 46).

Freud introduz um novo campo discursivo sobre o ser humano não como indivíduo, esse objeto da ciência moderna, mas como ser afetado pelo inconsciente. Conforme carta a Fliess, de 17 de julho de 1899, Freud parece advertido de que a Psicanálise “iria revolucionar o pensamento científico e mesmo a história social da cultura, especialmente no Ocidente” (CERQUEIRA FILHO, 2002, p. 56), haja vista sua justificativa para a escolha da epígrafe de *A interpretação dos sonhos*. Publicada na aurora do século XX, com a citação “Se não posso mover os deuses de cima, moverei o Acheronte”¹³, Freud atribuiu à psicanálise o mesmo caráter revolucionário que conferiu à descoberta de Copérnico e à teoria darwiniana da evolução (FREUD, [1925]2011).

De acordo com James Strachey, seu editor inglês (FREUD, [1905]1972), *A interpretação dos sonhos*, juntamente com os *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*, compõem as contribuições mais significativas e originais de Freud para o conhecimento. Suas teses inauguram um modo singular de pensar o ser humano, a partir de sua descoberta do inconsciente e de sua compreensão acerca da sexualidade. Tanto a sua obra sobre os sonhos quanto os seus ensaios sobre a sexualidade humana foram mantidos, sistematicamente, atualizados por Freud, na medida em que avançava na invenção deste novo campo científico.

A hipótese do inconsciente freudiano comporta a subjetividade¹⁴ em conflito, dividida. A essa cisão, característica do sujeito do inconsciente, Freud denominou *Spaltung*, estado de fenda, clivagem, esquizo ou divisão do sujeito. A psicanálise estabelece a subjetividade na relação entre o inconsciente – e suas leis de funcionamento: deslocamento e condensação – e a sexualidade –, naquilo que comporta as dimensões pulsional e do desejo, sobre os quais há algo não sabido. Como nos diz Quinet (2003, p. 15), “para a psicanálise o sujeito não tem substância e seu ser está fora do pensamento – lá onde se encontra a pulsão sexual. [...] e longe de ser unificado, ele é dividido – ele se divide em relação ao sexo e à castração”.

¹³ “*Flectere si nequeo superos, Acheronta movebo*” (FREUD, [1900]1972).

¹⁴ Freud chamou de ‘aparelho psíquico’ e psiquismo o que aqui coloco como subjetividade humana.

A objeção aos campos discursivos da medicina e da pedagogia, ocasionada pela exposição de suas teses sobre a sexualidade humana, permitiu a Freud colocar em cena uma criança que, para além dos ideais educacionais e morais, é marcada por manifestações sexuais infantis. O que, aliás, ele já esboçara em seu artigo sobre a etiologia da histeria e ratifica no ensaio sobre a sexualidade infantil.

Já em 1896 eu insistia na importância dos anos da infância na origem de certos fenômenos importantes ligados à vida sexual, e desde então nunca deixei de dar ênfase ao papel desempenhado na sexualidade pelo fator infantil (FREUD, [1905]1972, p. 180).

Entretanto, não será possível situar o lugar ocupado pela criança na perspectiva psicanalítica, tampouco a investigação daquilo que se tem esperado dela, na atualidade, senão através da articulação dos conceitos freudianos de sexualidade, infantil e corpo pulsional. Início aqui o exame destes, com Freud, mas não sem o aporte de Lacan, entre outros autores.

4.1 SEXUALIDADE E INFANTIL

Antes de Freud, as teorias sobre a sexualidade humana mantiveram-na em seu caráter genital, visando à reprodução, e tudo para além desse fim era tratado como perversão. Ao promover a transposição da noção médica da sexualidade, para abordá-la com a psicanálise, Freud ([1905]1972) afasta-se do estatuto dominante da perversão, até então tomada como uma questão orgânica, um desvio patológico. Ele não somente desloca a sexualidade do registro puramente biológico, orgânico e natural, para o campo das pulsões¹⁵, como também sustenta que a “disposição para as perversões de toda espécie é uma característica humana geral e fundamental” (FREUD, [1905]1972, p. 196). Ou seja, Freud propõe que a sexualidade não tem nem objeto nem objetivo fixado à genitalidade e tampouco à finalidade natural da reprodução. Em suas palavras:

Chamaremos a pessoa de quem procede a atração sexual de *objeto sexual* e o ato a que o instinto conduz, de *objetivo sexual*. A observação científica cuidadosa mostra, porém, que ocorrem desvios numerosos, tanto em relação ao objeto, como ao objetivo sexual (FREUD, [1905]1972, p. 136).

E, foi com a distinção entre o sexual – pulsional – e o genital – instintivo – que ele fez emergir, em uma abordagem inédita da criança, a existência de interesses e atividades sexuais

¹⁵ O termo alemão utilizado por Freud [*Trieb*], na língua portuguesa recebeu duas traduções distintas: “instinto” e “pulsão”. Neste trabalho, optamos pelo termo “pulsão” e salientamos que o termo “instinto” será mantido apenas nas citações textuais.

desde a infância. Essas manifestações, ele as situou no cerne da constituição da subjetividade e, mais ainda, caracterizou-as como perversamente polimórficas (FREUD, [1905]1972). Como afirma Lacan ([1964a]1979, p. 167), “Desde os *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*, Freud pôde colocar a sexualidade como essencialmente polimorfa, aberrante. O encanto de uma pretensa inocência infantil foi rompido”.

Segundo Freud ([1913]1974c, p. 224-225),

A psicanálise trouxe à luz os desejos, as estruturas de pensamento e os processos de desenvolvimento da infância. Todos os esforços anteriores nesse sentido foram, no mais alto grau, incompletos e enganadores por menosprezarem inteiramente o fator inestimavelmente importante da sexualidade em suas manifestações físicas e mentais.

Desse modo, a invenção freudiana estabeleceu distinções cruciais, principalmente nos campos da sexualidade infantil e das manifestações psíquicas, o que abalou a compreensão até então estabelecida, instaurando um outro modo de escutar essa criança-sujeito (PRISZKULNIK, 2004). Entretanto, passados mais de cem anos de sua teorização, o retorno a essa investigação se faz imprescindível, haja vista a negação e mesmo o esquecimento contemporâneo da sexualidade infantil e de suas incidências, por parte dos pais, dos professores, dos médicos e demais profissionais que se ocupam da educação e da saúde da criança. Afinal, o que tem prevalecido no campo dos cuidados à infância são hipóteses que reeditam as crenças na determinação genética ou nas disfunções neuroquímicas, e visam desarticulá-las “de uma problemática advinda da esfera da subjetividade” (LEGNANI; ALMEIDA, 2009, p. 15).

A fim de restabelecer aspectos fundamentais da subjetividade ao exame do quadro sintomatológico da hiperatividade na infância, devo, antes, colocar distinções conceituais acerca dos termos infância, criança e infantil. Com o discurso psicanalítico, estes termos ultrapassaram a determinação conceitual histórica, relacionada ao tempo cronológico e ao determinismo biológico e natural, creditado ao ser humano até então. Para discerni-los, portanto, há que se “levar em conta o tempo lógico de efetuação do sujeito, [...] o momento em que ele se encontre quanto à exploração da estrutura” (SAURET, 1998, p. 31).

À infância, com Freud, é conferida a atribuição de matriz da subjetividade humana. Nessa via, ele sublinha a importância do tempo da infância como sendo o da pré-história da existência de cada um, e problematiza a ênfase dada, até então, ao papel da determinação hereditária (FREUD, [1905]1972). Daí ele afirmar, baseado em sua investigação científica, que “A psicanálise foi obrigada a atribuir a origem da vida mental dos adultos à vida das

crianças e teve de levar a sério o velho ditado que diz que a criança é o pai do homem” (FREUD, [1913]1974c, p. 218).

Nessa perspectiva, a infância correlaciona-se com a sexualidade infantil, à qual Freud ([1905]1972; [1913]1974c) atribuiu três características fundamentais: a atividade sexual surge apoiada, primeiramente, em funções que servem à preservação da vida; ela é essencialmente autoerótica – o que significa dizer que o próprio corpo ocupa o lugar de objeto da satisfação sexual; e suas pulsões parciais são inteiramente desvinculadas e independentes entre si, em seus esforços pela obtenção de prazer em qualquer parte ou órgão do corpo, num estado anárquico, desorganizado, que caracteriza o autoerotismo. Esse período de autoerotismo, Freud ([1907]1976, p. 139) descreveu como sendo aquele no qual

[...] uma certa cota do que é sem dúvida prazer sexual é produzida pela excitação de várias partes da pele (zonas erógenas), pela atividade de certos instintos biológicos e pela excitação concomitante de muitos estados afetivos.

O infantil diz respeito à organização estrutural, atemporal da subjetividade, e concerne às relações da criança com a alteridade, no sentido de que é a subjetividade da criança enquanto determinada pelo Outro. Atemporal ou “fora do tempo”, conforme apontado por Freud ([1915]1974a, p. 214), ao afirmar que os processos inconscientes “não são ordenados temporalmente, não se alteram com a passagem do tempo; não têm absolutamente qualquer referência ao tempo”. E determinada pelo Outro, no sentido de que, antes mesmo de nascer, ela já existe no discurso desse Outro e será nesse campo que, de início, ela poderá advir como sujeito desejante (LACAN, [1964a]1979). Assim, em uma torção radical, o infantil passa da categoria desenvolvimentista ao estatuto de estrutural para a constituição subjetiva e “refere-se àquilo que, sob a ação do recalque, origina e determina o psiquismo humano” (ZAVARONI et al., 2007, p. 69).

A criança, contudo, ainda não é o infantil, nisto que implica um efeito de estrutura ou de posição subjetiva; ao contrário, ela encontra-se mais perto do real (SOLER, 2010), banhada na linguagem, mas ainda fora do laço social. E, como afirma Cirino (2001), fundamentado na teorização lacaniana introduzida em *De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose* ([1958]1998),

Se a perspectiva estrutural nos impossibilita de defender que a criança – enquanto um conceito historicamente produzido – existe no inconsciente, isso não implica em abandoná-la pois ela pode ocupar tanto o lugar de *falo* – enquanto significante privilegiado do desejo – como também de *objeto a*” (CIRINO, 2001, p. 17).

No seu texto ([1958]1998), ao introduzir o matema da metáfora paterna como “instrumento com o qual precisa a definição de criança” (LAURENT, 1999¹⁶, p. 28), Lacan indica três saídas possíveis, em sua emergência no mundo linguageiro. No lugar de objeto fálico, já entrevedo a falta no Outro, poderá, em resposta, consentir ou recusar. No lugar de objeto *a*, mantendo-se em posição de gozo do Outro a criança nega a existência da falta do Outro. Caso permaneça no lugar de objeto fálico, recusando uma falta-a-ser que lhe é inerente enquanto efeito de significante ou sujeito cindido, apontará para uma estruturação perversa. Ao consentir com a sua falta, bem como com a do Outro, identificando-se ao desejo desse Outro, responderá a essas faltas metaforicamente, substituindo-as por um sintoma que a identifique como sujeito desejante. Esta é a posição neurótica. Contudo, caso venha a fixar-se em posição de objeto *a*, metonimicamente realizando a fantasia do Outro, apontará para algo da ordem da psicose.

A fórmula ou matema da metáfora paterna (LACAN, [1958]1998, p. 563) demonstra como a introdução de um terceiro termo, o significante do Nome-do-Pai [NP], pode fazer operar uma separação entre o Desejo da Mãe [DM] e a criança-objeto. Essa orientação ou versão do pai é o que pode fazer da mãe, uma mulher, causa do seu desejo. E isto, por conseguinte, vem a causar a divisão entre a mãe e a mulher, a qual indica tanto uma mãe quanto uma mulher não-toda. Se operar deste modo, ou seja, se barrar o desejo da mãe, a função paterna – definida pelo termo [NP] – instaura o significante da falta [ϕ] e assim inscreve a castração no campo do Outro [A].

$$\frac{NP}{DM} \cdot \frac{DM}{x} \rightarrow NP \left(\frac{A}{\phi} \right)$$

Figura 2 – Metáfora paterna.

Fonte: Elaborada a partir de Lacan ([1958]1998).

Deste modo, é possível ilustrar as maneiras de escrever a posição estrutural da criança levando em consideração a resposta a partir da qual ela poderá advir, desde a condição de objeto da subjetividade do Outro à de sujeito desejante. A isso que, com a teorização lacaniana, se enuncia como sendo a possibilidade de a criança passear por diferentes lugares na estrutura, quando ainda não houve a incidência do [NP] e, portanto, ainda há lugar para uma ilusão de completude, Freud denominou disposição perverso-polimorfa (NOMINÉ,

¹⁶ Exposição no Seminário de psicanálise com crianças da Escola da Causa freudiana, em 21 de março de 1991.

1997a), termo que cunhou a partir da terminologia corrente à época, sem, contudo, implicar juízo moral, como advertiu em seu *Um estudo autobiográfico* (FREUD, [1924-25]1976).

4.2 DISPOSIÇÃO PERVERSO-POLIMORFA

É no segundo dos três ensaios sobre a teoria da sexualidade, *A sexualidade infantil* (FREUD, [1905]1972), que Freud introduz a ‘disposição perverso-polimorfa’ da criança, articulando-a à definição da constituição erógena do corpo, bem como aos modos privilegiados de satisfação pulsional. Ou, como define Clastres:

Esta nova criança devida a Freud, [...] é antes de tudo um corpo, mas um corpo que não consegue fazer a aprendizagem das satisfações, que não consegue regrar segundo as vias previstas pelo Outro (sempre é muito pouco, ou demais, ou não é assim), em suma, é um corpo ineducável que faz fracassar todas as ideias recebidas sobre uma progressão harmoniosa. Freud anuncia tranquilamente que a criança goza, e de maneira perversamente polimorfa (CLASTRES, 1991, p. 138).

Vale ressaltar que há uma distinção crucial entre os termos ‘posição’ e ‘disposição’ naquilo que concerne à estruturação subjetiva. A ‘posição’ subjetiva perversa implica um momento lógico posterior, quando da escolha objetual conforme mecanismos particulares, enquanto que a disposição perverso-polimorfa assim se distingue pelas manifestações pulsionais ainda não submetidas aos ideais civilizatórios. E, portanto, é caracterizada pela diversidade do objeto (VALAS, 1990).

A criança traz, em sua disposição, a inclinação para as transgressões sexuais, “já que as barreiras mentais contra os excessos sexuais — vergonha, repugnância e moralidade — ou ainda não foram construídas ou estão apenas em processo de construção, segundo a idade da criança” (FREUD, [1905]1972, p. 196). E essa é uma questão relevante para os dias atuais, quando ainda prevalece, entre educadores, médicos e pais, a “suposição de uma moral na natureza” (LACAN, [1964c]1998, p. 865), ou seja, a primazia da crença de que os comportamentos adequados à ordem social são inerentes à ordem orgânica, neuroquímica. É possível que daí decorram as construções discursivas que visam à legitimidade biológica e cerebral do TDAH e de outros supostos transtornos de comportamento.

Esta suposição acerca de uma moralidade natural, inerente à criança, parece ser o lastro sobre o qual se sustentam os diagnósticos dos chamados transtornos de comportamento, incluindo o TDAH. Fundamentado em uma decisão social, o diagnóstico é realizado “sobre a

base da informação recopilada através dos pais, professores e testes elaborados especialmente para esses fins” (TENDLARZ, 2008, p. 4), a partir de critérios de observação de comportamentos estabelecidos como socialmente adequados à época. Contudo, desconsidera a advertência freudiana de que “a pulsão sexual das crianças se revela, na verdade, perversa e polimorfa; parece, além do mais, que qualquer atividade sexual prematura desta ordem diminui a educabilidade da criança” (FREUD, [1905]1972, p. 241).

Freud aproxima a disposição perverso-polimorfa da criança daquela explorada pela prostituta, que é “infantil, para as finalidades de sua profissão” (FREUD, [1905]1972, p. 196). A atualização desse ponto de vista exige, inicialmente, sua extensão para a mulher, e não sua restrição à mulher prostituta, como colocou Freud. Essa aproximação, estabelecida desde Freud, indica que essa disposição perversa refere-se tanto ao lugar ocupado por uma mulher quanto ao lugar que a criança virá a ocupar. Ou seja, permite inscrever, do lado do objeto, tanto a criança quanto a mulher. Como faço notar com o matema dos Pirineus¹⁷ – estabelecido pelos psicanalistas Nominé, Sauret e Lacadée a partir da fórmula lacaniana da metáfora paterna (LACAN, [1958]1998) – no qual a mulher ocupa o lugar de objeto causa de desejo para um homem, assim como a criança toma esse mesmo lugar para a mãe (NOMINÉ, 1997b; SAURET, 1998).

$$\frac{\text{homem}}{\S} \rightarrow \frac{\text{mulher}}{a} \quad / \quad \frac{\text{mãe}}{\S} \rightarrow \frac{\text{criança}}{a}$$

Figura 3 – Matema dos Pirineus.

Fonte: Elaborado a partir de Nominé (1997a, 1997b) e Sauret (1998).

Esta seria, na perspectiva estrutural, a posição da criança. Dito com Nominé (1997a, p. 19), “A criança é, fundamentalmente, de início, um objeto que divide a mãe”, e, desta posição, a criança encarna o objeto para orientar o desejo do Outro. Mais ainda, ao nascer, a criança é, para sua mãe, “o próprio objeto de sua existência, aparecendo no real” (LACAN, [1969]2003, p. 370).

Essa é a hipótese psicanalítica de que a criança, de início, vem preencher o lugar do que falta na existência do Outro primordial, ainda na condição de objeto – cujo significante é o falo e, a partir dessa condição, poderá advir à condição de sujeito.

¹⁷ A cadeia dos Pirineus: nome de um seminário itinerante criado em 1983, que recebeu este nome porque a decisão pelo seminário foi tomada no lugar onde os “passadores” ajudavam a atravessar os Pirineus aqueles que fugiam durante a Segunda Guerra Mundial. O matema foi elaborado no seminário que teve como tema *A criança, a verdade e o romance familiar*. (SAURET, 1998).

Ainda com Nominé (1997a), parece possível notar que a criança perverso-polimorfa é aquela que o adulto toma como assustadora ou mesmo louca, uma vez que, nessa posição de objeto, ela divide e angustia o Outro. Nesse ponto, por não ter realizado sua escolha decisiva, a qual poderá lhe firmar o status de sujeito dividido por seu objeto, a criança poderá ocupar qualquer lugar na estrutura. Essa criança-objeto que, por ainda não ter encontrado uma posição onde se situar, parece patinar, perambular por aí, sem lugar onde aquietar-se. Nesses casos, talvez seja cada vez mais frequente pensar: “Que bom ter uma pílula! [Afinal] Ela oferece uma ancoragem química para subjetividades à deriva. Para quem está diante de um estado de caos subjetivo, isso funciona como um verdadeiro cais, um porto seguro” (COSER, 2010, p. 114).

Contudo, ainda que nesse primeiro tempo, do ponto de vista da sexualidade, observe-se uma certa autonomia – o autoerotismo, também está posta, de partida, uma dependência estrutural da criança ao Outro primordial. Essa dependência se articula à necessidade, e garantirá sua sobrevivência, do ponto de vista do organismo. Mas, como não estamos mais diante do determinismo biológico, e sim, frente a um ser ‘simbolívoro’¹⁸, imerso na linguagem, à necessidade deverá unir-se a demanda para que daí advenha o sujeito (SAURET, 1998). Afinal, a necessidade à qual o autor se refere é da ordem do animal e incide sobre objetos da natureza que a satisfazem, isto é, o alimento satisfaz a fome, por exemplo. Entretanto, para que a criança venha a se inscrever na dimensão propriamente humana, linguageira, ao grito decorrente da necessidade, o Outro deverá lhe atribuir a valência de apelo e articulá-lo a uma demanda, para a qual lhe emprestará sentido. A isso refere-se a demanda ao Outro. Nesse sentido, digo que não é apenas com o leite que o bebê é amamentado, mas também com os significantes, em uma “incorporação significativa que o inscreve no campo da linguagem” (SAURET, 1998).

Ao examinar a sexualidade em uma perspectiva inédita e original, Freud afirma que a criança teria a tarefa colossal de fazer a passagem da natureza para a cultura, o que não aconteceria sem perda de satisfação. A isso Freud denominou “mal-estar na cultura”, o que se pode ler, com Lacan, como mal-estar nos laços sociais, inerente ao humano, e que advém de três direções distintas, quais sejam, o próprio corpo, o mundo externo e os relacionamentos com os outros homens (FREUD, [1930]1974).

¹⁸ A partir da lógica da classificação alimentar da Zoologia (carnívoros, herbívoros, onívoros), este neologismo pretende indicar a sujeição do ser humano – ser falante – à linguagem.

Segundo Lebrun (2004, p. 117) “a ordem simbólica faz de nós animais desnaturados pela linguagem, pela introdução do gozo pulsional que substitui a instintualidade animal.” Nessa passagem, do mundo dos instintos ao mundo das pulsões – há ganho e perda – ganha-se o mundo das palavras, a faculdade de falar, de tornar-se humano. Não obstante, perde-se a adequação às coisas e a si mesmo no universo da linguagem, uma vez que do organismo natural, orientado por instintos que aparelham suas funções orgânicas de acordo com suas finalidades biológicas, precisará advir um corpo suportado na linguagem, com suas funções deslocadas de seus fins naturais e submetidas ao que Freud nomeou satisfação pulsional (GAULT, 2008).

Até aqui, trouxe à tona as características da sexualidade infantil. E, com elas, sigo para desdobrar a incidência e organização pulsionais. Esta organização é lógica, e com Freud pressupõe uma ordenação desde o período de autoerotismo ao da escolha objetal. Todavia, para prosseguir nesse caminho que estabelece o modo pelo qual o corpo biológico colonizado pela medicina resta subsumido ao corpo pulsional – constituído pela psicanálise –, lanço luz sobre a teoria das pulsões, a principal construção teórica para abordar o corpo na perspectiva psicanalítica, lendo o texto freudiano, *Os instintos e suas vicissitudes* ([1915]1974b) com a lente lacaniana.

4.3 PULSÃO E CORPO

Ao delimitar o campo da psicanálise como o campo do inconsciente em sua articulação com a sexualidade, Freud faz emergir o conceito de pulsão como eixo central de sua teoria. E, em sua leitura de Freud, Lacan ([1964a]1979) o destacou como sendo um dos quatro conceitos fundamentais da psicanálise, juntamente com o inconsciente, a transferência e a repetição. Aliás, o próprio Freud ([1915]1974b) já anunciara a pulsão como conceito fundamental para o campo que estava demarcando: a subjetividade.

A teoria das pulsões articula o papel da sexualidade no funcionamento psíquico e permite formular uma separação entre a dimensão biológica e a pulsional, humana. “As pulsões vão constituir, portanto uma nova realidade corporal, irredutível ao natural, ao instinto” (GARCIA-ROZA, [1990]2004, p. 18-19). Assim ela oferece suporte tanto para a objeção aos critérios diagnósticos das manifestações sintomáticas relacionadas ao infantil, na

perspectiva estritamente orgânica, quanto à primazia da prática medicalizante que exclui aspectos da subjetividade no tempo da infância.

Mas, o que é a pulsão? A elaboração desse conceito indispensável – *Trieb* – se deu ao longo do desenvolvimento da teoria psicanalítica, aparecendo de maneira relevante já nos *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* (FREUD, [1905]1972), e sistematizado a partir de 1915, em *Os instintos e suas vicissitudes*, tendo sofrido alterações e atualizações radicais, principalmente na virada teórica de 1920. No artigo de 1915, Freud define o conceito de pulsão a partir da articulação entre o psíquico e o somático. Em suas palavras, a pulsão é

[...] um conceito situado na fronteira entre o mental e o somático, como o representante psíquico dos estímulos que se originam dentro do organismo e alcançam a mente, como uma medida de exigência feita à mente no sentido de trabalhar em consequência de sua ligação com o corpo (FREUD, [1915]1974b, p. 142).

Com essa conceitualização, Freud rompe com a concepção naturalista do corpo em sua dimensão puramente biológica e institui o corpo pulsional, isto é, “um corpo psiquicamente mapeado” (ALBERTI; MARTINHO, 2004, p. 341), ao qual Lacan nomeou como corpo falante, sensível ao dizer.

O que há de mais naturalista na psicanálise é, simplesmente, o nativismo dos aparelhos chamados pulsões, e esse nativismo é condicionado pelo fato de que o homem nasce num banho de significantes (LACAN, [1968-69]2008, p. 208).

Quanto às principais características das pulsões, de acordo com Freud ([1915]1974b), elas surgem de fontes de estimulação dentro do organismo, e não fora dele; caracterizam-se por imprimir uma força constante à subjetividade, ao contrário dos estímulos fisiológicos, que são momentâneos. Por não haver como delas escapar, o aparelho psíquico visa manter a quantidade de excitação tão baixa quanto possível, seguindo um princípio de homeostase, objetivando, em última instância, o domínio dos impulsos pulsionais. Dito de outra maneira, a pulsão visa à satisfação – ao gozo, diz Lacan – e, não importa qual objeto para satisfazê-la, daí a pulsão ser sempre apenas parcialmente satisfeita.

Freud faz notar que, em razão dessas características, não há possibilidade de as pulsões se constituírem nem de se organizarem a partir de uma disposição hereditária. Sua teoria deixa antever uma marca da singularidade de cada ser humano inerente aos modos de escolher seus objetos e de buscar a satisfação das pulsões que, por serem anárquicas e desorganizadas, de partida, consistem em algo da ordem do ineducável. Esse esclarecimento se mostra relevante

para esta pesquisa, uma vez que ele põe em xeque a concepção característica ao discurso científico, que visa à universalização e à padronização.

Se, em tempos de Freud, a essas manifestações da sexualidade infantil os educadores atribuíram o estigma de vício ou degenerescência (FREUD, [1905]1972), talvez ocorra que, na atualidade, em um retorno à medicina moral, esteja prevalecendo a marca dos chamados transtornos de comportamento, em suas nem tão distintas classificações – seja o transtorno hipercinético, o transtorno de oposição desafiante e ainda o transtorno de conduta, que têm como denominador comum algo do ineducável e disruptivo próprio à pulsão.

A formulação de Freud situa a pulsão como uma montagem de quatro termos disjuntos (LACAN, [1964a]1979; [1968-69]2008): a fonte [*Quelle*], o impulso [*Drang*], o objeto [*Objekt*] e o alvo ou objetivo [*Ziel*].

O termo *Drang*, o impulso, “é, de fato, sua própria essência” (FREUD, [1915]1974b, p.142), é a libido, sua energia, força motriz e constante, e essa característica de atividade indestrutível “proíbe qualquer assimilação da pulsão a uma função biológica” (LACAN, [1964a]1979, p. 157), posto que em sua característica de descarga ou excitação, está suscetível às variações fisiológicas do organismo, enquanto que a pulsão “não tem dia nem noite, [...] não tem subida nem descida. É uma força constante” (*ibid.*). A partir da definição deste termo, já está posta, como argumenta Lacan (*ibid.*), a separação necessária entre o que é da ordem da necessidade e concerne ao registro do orgânico – a fome e a sede, por exemplo –, e o que é da ordem do pulsional, no registro do desejo, o qual “só se torna humano quando é mediatizado pelo desejo do outro” (QUINET, 2003, p. 92).

Quanto ao objeto [*Objekt*] de uma pulsão, ele “é a coisa em relação à qual ou através da qual o instinto é capaz de atingir sua finalidade. É o que há de mais variável num instinto e, originalmente não está ligado a ele” (FREUD, [1915]1974b, p. 143). Dito de outro modo, os objetos são tão contingentes quanto as experiências que os determinam, pois é a pulsão o que faz, de um objeto qualquer, um objeto adequado a ela, e aqui se encontra a tendência perversa da atividade pulsional. Também é necessário pontuar que o objeto não tem que ser algo estranho ou externo, ele pode igualmente ser parte do próprio corpo, sendo esta a característica pulsional que Freud tomou para discernir o período de autoerotismo, fazendo do chuchar/sugar o seu exemplo *princeps*. Isso o conduziu também à característica de que as pulsões são constituídas, inicialmente, apoiadas em funções de autopreservação, ou seja, “a pulsão se constitui a partir da necessidade, antes de destacar-se dela” (VALAS, 2001, p. 19).

Em relação ao termo [*Ziel*], Freud é categórico ao afirmar que o objetivo de um impulso pulsional “é sempre [a] satisfação” (FREUD, [1915]1974b, p. 142), ainda que possa haver alvos diversos para um impulso pulsional e que sejam inúmeros os caminhos para alcançá-la. Esses destinos ou vicissitudes, como descreve Teixeira (2010, p. 21),

[...] formam-se como operações inconscientes na busca imperativa de satisfação do aparelho como o recalque, pedra angular da psicanálise para a constituição da subjetividade, e condição para a formação do sintoma, tão bem demonstrado nas conversões histéricas. Temos também a sublimação, que nos anima intelectual e espiritualmente, e as demais organizações sintáticas das pulsões que operam o retorno ao próprio eu e a reversão ao seu oposto.

Lacan ([1964a]1979), utilizando-se da língua inglesa, propõe para esse termo, [*Ziel*], dois sentidos, quais sejam: a finalidade enquanto o caminho ou trajeto percorrido, [*aim*], e o alvo [*goal*], que “não é outra coisa senão esse retorno em circuito” (ibid., p. 170). Nesse sentido, a finalidade não está em alcançar o objeto, posto que não há qualquer objeto que lhe corresponda, mas em contorná-lo; isso implica a acepção do objeto como falta, como causa de desejo, vazio passível de preenchimento por não importa que objeto. É este circuito pulsional, tal como foi demonstrado por Lacan, ao que corresponde a Figura 4 abaixo.

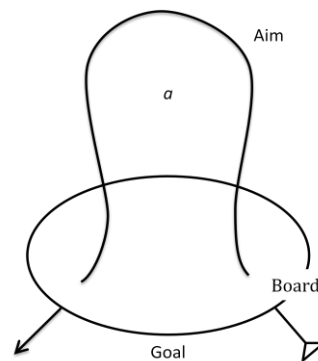


Figura 4 - O circuito pulsional.
Fonte: Lacan ([1964a]1979, p. 169).

Lacan imputa a esse objeto, por ele nomeado objeto *a*, a função de causa de desejo, objeto contornado pela pulsão, em sua circularidade. E, como afirma Quinet (1997, p.157), “o que torna um objeto o objeto da pulsão é a volta dada pela pulsão antes de voltar ao sujeito”. É o impulso da pulsão que contorna um objeto na sua volta em direção ao sujeito”. É importante ressaltar que o que faz o circuito pulsional girar é a intervenção da demanda do Outro (LACAN, [1964a]1979). Demanda, mas também desejo, em uma dialética crucial para o advento do sujeito. Entretanto, se nessa dialética que envolve a demanda e o desejo houver algo que falhe, que interrompa ou impeça esse giro, o advento da subjetividade poderá estar

em risco. Retornarei a esse ponto, em seguida, para articulá-lo ao quarto elemento da montagem pulsional, a fonte [*Quelle*].

Com Lacan ([1964a]1979, p. 167), “A pulsão é precisamente essa montagem pela qual a sexualidade participa da vida psíquica”. E, mais, “as pulsões são, no corpo, o eco do fato de que há um dizer” (*id.*, 1975-76/2007, p. 18). Com isso, afirmo que o corpo tomado pela psicanálise subsume aquele com o qual se ocupa a medicina. Ele não tem a ver com a anatomia ou com a fisiologia, apenas. Desde Freud, o corpo introduzido pela psicanálise é aquele com o qual os sintomas se articulam em função da linguagem, o mesmo que, com Lacan, é denominado corpo falante. É esse o corpo pulsional, atravessado pela pulsão e pela linguagem. Como sintetiza Quinet (2003, p. 47):

Com Freud dizemos que a pulsão é o conceito-limite entre o físico e o psíquico; com Lacan podemos dizer que a pulsão é o conceito-limite entre o simbólico e o real, pois se encontra na interseção dos dois registros:

Simbólico: a pulsão é representada no inconsciente pelo conjunto de *Vorstellungsrepräsentanz*, ou seja, por significantes. São os significantes representativos da pulsão que fazem o inconsciente ser estruturado como uma linguagem.

Real: trata-se da energia pulsional, a libido, cuja manifestação no sintoma Freud designa por afetos, entre os quais privilegia a angústia. É a energia que se presentifica como satisfação pulsional ou gozo do sintoma.

Quanto à fonte, “é corporal; procede da excitação de um órgão que pode ser qualquer um” (CHEMAMA; VANDERMERSCH, 2007, p. 323); é constituída pelas zonas que Freud chamou de érogenas, e às quais Lacan imprimiu a característica de estrutura de borda. No segundo ensaio sobre a sexualidade, Freud ([1905]1972) introduz o conceito de zona erógena referindo-se às partes do corpo investidas de energia pulsional, bem como elenca as fontes da sexualidade infantil – excitações mecânicas, atividade muscular, processos afetivos e trabalho intelectual. Essas fontes explicitadas por Freud, relidas na atualidade, colocam questões à sintomatologia do TDAH, uma vez que os critérios diagnósticos desse quadro classificatório são associados aos aspectos puramente fenomênicos das excitações físicas e das atividades corporais, desprezando, contudo, os aspectos subjetivos a elas relacionados. Como afirma Bergès (2008, p. 115-116),

[...] estas crianças não são escutadas, nunca foram escutadas: uma mãe que não tira sua criança dos olhos, como ela pode escutar? Se não são escutadas, é a motricidade que vem tomar o lugar das palavras [...]. Quer dizer passo da linguagem que não posso utilizar, à ação. [...] A fala que não é dita por ocasião da ação faz com que ela não tenha sentido, é aí o nó do que está em causa na criança hipercinética, e é diante deste nó que o adulto se crê obrigado a dar um sentido. [...] o adulto o dá [o sentido] e é o sentido que ele dá que torna a criança insuportável.

Em outros termos, a descarga de excitações se faz no corpo em agitação incontrolável, por impossibilidade de articulação com o simbólico. À pulsão cabe a função de representação e, quando o circuito está em pane, o sujeito atua. Como também observa Christaki (2009, p. 9), na citação abaixo.

Então vamos dizer que a hiperatividade seja o lado de excitação física que ocorre quando do estabelecimento da sexualidade infantil - que ocorre na forma de pulsões parciais - [...] por ser um circuito em pane. Por esta ótica, nós consideramos a hiperatividade como uma excitação física [...] da atividade pulsional. No entanto, é através da atividade pulsional, do vaivém da pulsão parcial, que a sexualidade participa da vida psíquica, articulando a fala ao corpo.

Como propõe Flesler (2011), quando ainda se encontram desenlaçados de uma lei pacificadora, os gozos da infância se mostram ininterruptamente, e é principalmente na escola que este transbordamento pulsional, ainda não regulado, será encenado. Segundo esta autora, “a insensibilidade frente à autoridade e à violência são suas manifestações mais expressivas” (*ibid.*, p. 8), mas não devem ser tomados como uma resposta do sujeito, ou seja, não se inscrevem como sintoma da criança, mas como efeito da peremptoriedade das pulsões que ainda não admitiram qualquer regulação (*ibid.*).

A teoria das pulsões elucida a diversidade e, portanto, a pluralidade ou polimorfismo da sexualidade infantil no vaivém pulsional. É pela articulação entre a demanda e o desejo que o circuito pulsional será atravessado pela linguagem. É também a fala do Outro o que poderá dar contorno, limite à excitação física – gozo do corpo, aquém da incidência pacificadora do [NP] –, resultando dessa mediação simbólica a emergência do sujeito desejante.

4.4 DA ALIENAÇÃO À SEPARAÇÃO... E RETORNO¹⁹

[...] a situação primeira é caótica, verdadeiramente anárquica. O que é característico na origem é o rumor e o furor das pulsões. Trata-se justamente de saber como algo como uma ordem pode se estabelecer a partir daí (LACAN, [1956-57]1995, p. 66).

Aprender o modo como a subjetividade é constituída é primordial para operar na clínica e, nessa pesquisa, foi fundamental para a construção do caso clínico apresentado e

¹⁹ Esse título almeja representar essas operações como uma ordenação configurada em “uma relação circular, mas, no entanto, não-recíproca” (LACAN, 1964/1998, p. 854).

discutido no capítulo seguinte.

Para “dar conta da constituição do sujeito”, Lacan ([1964a]1979, p. 193) introduz dois operadores procedentes da lógica formal: alienação e separação. Deste modo, de acordo com Laurent (1997), Lacan rompe com as categorias derivadas da linguística – metáfora e metonímia –, propondo uma topologia responsável pela constituição subjetiva.

Para mostrar a relação entre o sujeito e o Outro, em sua intervenção de 27 de maio de 1964, em seu Seminário, Lacan ([1964a]1979) lança mão de um esquema a partir das operações lógicas de “união” e “interseção” procedentes da teoria dos conjuntos, para, com os círculos de Euler, estabelecer os dois campos, conforme a Figura 5 abaixo.

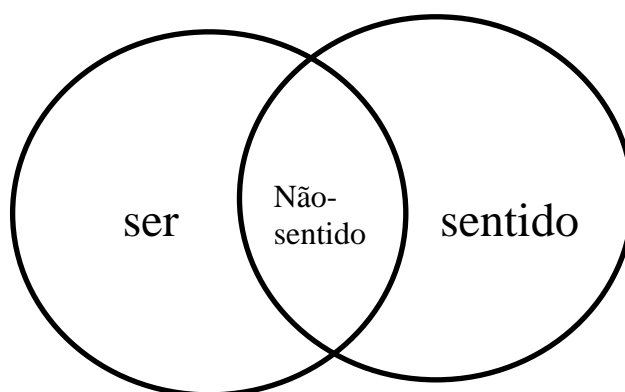


Figura 5 – A relação entre o sujeito e o Outro.
Fonte: Elaborado a partir de Lacan ([1964a]1979).

Utilizando-se deste esquema, Lacan opõe o conjunto do ser ao conjunto do sentido. O conjunto do sentido, campo do Outro, é o lugar onde ele situa a cadeia do significante, a linguagem, lugar desde onde o sujeito poderá ser conhecido. O filhote do homem já cai no mundo falado pelo Outro, que lhe precede e fala sobre ele antes mesmo de seu nascimento, daí dizê-lo banhado em significantes. Ou seja, o conjunto do ser não é apenas ser, mas “ser transformado pela linguagem” (SOLER, 1997b, p. 61).

Assim, Lacan constitui a operação de alienação, que, no seu artigo *Posição do inconsciente* ([1964b]1998), afirma ser inerente ao sujeito, uma vez que o advento do sujeito só é possível a partir dos significantes dispostos no campo do Outro. E é por isso que, à luz da teoria psicanalítica, o Outro é a primeira causa do sujeito. Nesse primeiro tempo, a criança encontra-se alienada aos significantes inscritos no lugar do Outro; perdeu o seu ser e encontra-se cindido, embora o campo do Outro ainda esteja pleno de significantes que parecem encobrir a falta primordial. Esse é o tempo no qual a criança ocupa o lugar de objeto

do gozo do Outro, e poderá emergir na linguagem a partir de uma das três saídas apresentadas por Lacan em *De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose* ([1958]1998), as quais mencionei, no início deste capítulo.

A Figura 6, a seguir, desdobrada da anterior, apresenta consequências das formulações teóricas concernentes à operação de alienação. A primeira delas encontra-se no fato de que Lacan faz corresponder o campo do ser ao campo do sujeito, e o campo da linguagem ao campo do Outro.

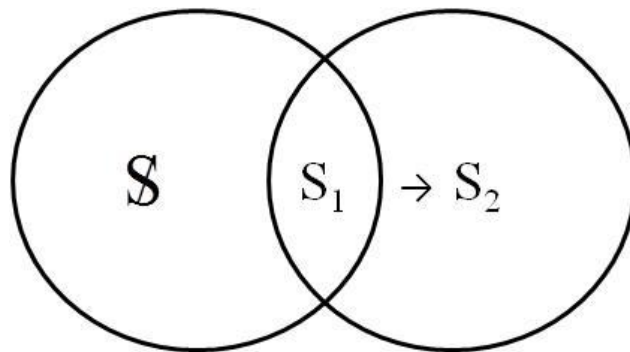


Figura 6 – A alienação.

Fonte: Elaborado a partir de Lacan ([1964a]1979).

De acordo com Soler (1997b), Lacan explicita que os termos não-sentido e sentido, respectivamente, correspondem ao par que representa a cadeia significante, [S₁] e [S₂], o que será importante para apreender um modo de definir o ‘sujeito’ com Lacan, qual seja: “nasce no que, no campo do Outro, surge o significante [S₁]. Mas por este fato mesmo, isto – que antes não era nada senão sujeito por vir – se coagula em significante” (LACAN, [1964a]1979, p. 187).

E, logo acrescenta: “por nascer com o significante, o sujeito nasce dividido” (ibid., p. 188). Todavia, esta divisão, a qual comporta uma perda, ainda não pode ser simbolizada, pois, nesse tempo da alienação, o operador, introduzido por Lacan (1958/1998) – o [NP] – ainda não incidiu sobre o Outro.

Assim, antes que surja o sujeito, pode existir o ser vivo, o qual “se torna um sujeito somente quando um significante o representa” (SOLER, 1997b, p. 56). O que retoma a distinção que estabeleci entre os termos criança – mais perto do real – e o infantil – como efeito do significante na constituição do sujeito.

Do lado do vivo, “chamado à subjetividade, [é] que se manifesta essencialmente a

pulsão” (LACAN, [1964a]1979, p. 194). Como já disse anteriormente, a pulsão presentifica a sexualidade no inconsciente e, por causa de seu caráter essencialmente parcial, uma falta se inscreve, a qual Lacan irá representar com a barra que incide sobre o [S], daí [S̄] – que se lê S barrado – desse mesmo lado em que se inscrevem as pulsões. Nesse tempo lógico, o sujeito já está na linguagem e, sua única “escolha” reside em alienar-se ao tesouro de significantes do Outro [A], ou seja, o sujeito vive aquilo que Lacan denominou de “escolha forçada”. Ou, como afirmou Soler (1997b, p. 62): “A alienação é o destino. Nenhum ser falante pode evitar a alienação. É um destino ligado à fala”.

A Figura 7 apresenta a operação de separação, a partir da leitura de Soler (1997b). A autora explicita uma distinção entre o Outro implicado na operação de separação e o Outro concernido na operação da alienação. Se este é tomado como o tesouro dos significantes [A], o Outro concernente à separação é o Outro barrado [Ā], onde uma falta também se inscreveu. Esta falta que aparece no campo do Outro decorre da inscrição de um terceiro termo, qual seja: o significante do Nome-do-Pai.

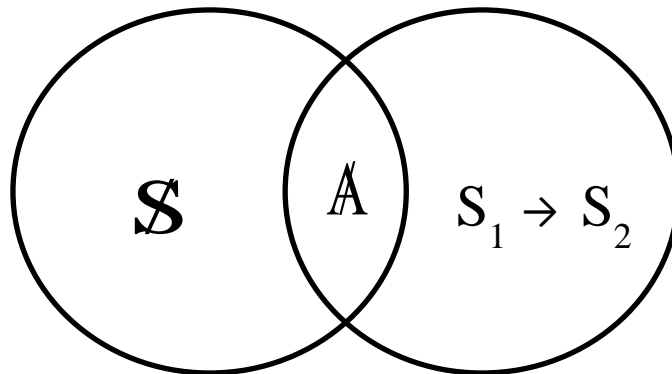


Figura 7 – A separação.

Fonte: Elaborado a partir de Lacan ([1964a]1979).

Para Lacan ([1964b]1998), a metáfora paterna é o princípio desta operação, da qual resultará a entrada do sujeito no mundo simbólico. Daí em diante, na interseção dos campos, o que se tem é, a um só tempo, a falta do Outro e o ser perdido do sujeito. A essa falta, Lacan chama desejo. Diante dessa falta no Outro, o [DM] aparece como um enigma [x] para a criança que, convocada a situar-se frente à castração, se pergunta: o que o Outro quer de mim? Contudo, quando o sujeito por vir se encontra aquém da incidência desse terceiro termo, [NP], é “um sujeito petrificado pelo significante [...] que não faz quaisquer perguntas. [...] não se questiona sobre si mesmo. Ele vive e age, mas não pensa sobre si” (SOLER, 1997b, p. 62). Ou, como postula Fleig (2009),

O dito hiperativo é um apático frente ao que lhe diz respeito, às respostas que poderia vir a dar, às posições que poderia vir a ocupar. Está entregue ao pulsional, não se encontra nem na posição de resposta a uma demanda nem ao desejo. É um momento insensato, entregue ao movimento pelo movimento.

A condição de não permanecer coagulado num significante e, portanto, alienado ao Outro, é escolher deslizar no sentido (SOLER, 1997b). Nesta posição, a criança irá se questionar sobre o desejo do Outro. A essa questão, ela poderá responder com o seu sintoma, identificando-se ao [DM] enquanto articulado ao [NP] (LACAN, [1958]1998; LAURENT, 1999). Ao inscrever a castração no campo do Outro, o [NP] instaura a significação fálica [ϕ], instituindo a Lei e o desejo. E esse é um ponto fundamental na construção do caso clínico do *menino do pacote*, que, sob transferência, endereça uma demanda de saber à analista e “luta por si próprio. Luta pela causa de seus sintomas” (SOLER, 1997b, p. 62).

5 DESMEDICALIZAR PARA SUBJETIVAR²⁰: “COMO DEIXAR DE FAZER PARTE DO PACOTE?”

A psicanálise transforma um aposto em uma aposta.²¹
Cynara Ribeiro

O menino do pacote é um garoto de nove anos, que recebeu um diagnóstico (no âmbito da neuropediatria) de hiperatividade em comorbidade com dislexia e que, apesar de estar em tratamento neurológico há mais de um ano, mantém um comportamento agitado – significativo que aparece na mesma série de hiperativo – e agressivo com os irmãos. Seus irmãos também receberam o mesmo diagnóstico, as mesmas recomendações médicas, embora respondam “bem” ao tratamento medicamentoso, na avaliação de sua mãe. Como suas manifestações sintomáticas insistem e se acentuam, o garoto é levado a ver uma psicóloga, para ser submetido a uma avaliação psicológica.

Ainda que tenha buscado uma psicóloga, ele acabou encontrando uma analista, e este encontro se desdobrará em um período de 18 meses em análise, no qual *o menino do pacote* consegue ultrapassar o pedido inicial de sua mãe para uma avaliação psicológica, apontando para uma questão singular, colocada, por ele mesmo à sua analista, da seguinte maneira: “como deixar de fazer parte do pacote?”.

Freud, em sua conferência XVI, *Psicanálise e Psiquiatria* ([1916-17c]1976), aborda a hipótese psiquiátrica a partir da investigação da história familiar, da ordem da predisposição por transmissão hereditária. Entretanto, questiona se teria sido essa transmissão a única coisa a contribuir para a causação da doença. Ainda ali, ele interroga: “Pode a psicanálise, porém, ir além em um caso destes?” (*ibid.*, p. 298). O que também me interroga no caso em estudo.

O diagnóstico e o tratamento neuropediátrico no caso em tela sustentam-se na hipótese de transmissão hereditária, isto é, em termos orgânicos. Porém, a avaliação neurológica do *pacote* – é com esse significativo que o garoto se refere ao conjunto “irmãos + ele” – constituiu-se em uma entrevista com a mãe e preenchimento de questionários por ela, pela professora do reforço e pela diretora desse curso de reforço. Trata-se de uma avaliação no âmbito da linguagem, e não dos genes ou dos neurotransmissores. E ainda, o sujeito foi excluído desse escrutínio acerca de suas manifestações sintomáticas, como se delas nada

²⁰ Referência à proposição de Fernando Tenório (2000), em seu texto: Desmedicalizar e subjetivar: a especificidade da clínica da recepção.

²¹ Comunicação pessoal em 30 de setembro de 2009, após minha intervenção no Campo Psicanalítico, sobre “A medicalização da queixa escolar”.

houvesse a dizer. O diagnóstico fundamentou-se em um olhar direcionado à causalidade natural dos fenômenos, em detrimento da dimensão clínica, na qual a experiência subjetiva do próprio garoto foi desconsiderada. Ou seja, “o comportamento insuportável obteve como resposta do Outro o veredicto psiquiátrico ao invés da escuta do analista” (VIGANÒ, 2010, p. 6).

A revolução freudiana inaugura-se pela descoberta do fato até então literalmente ‘jamais ouvido’, que o sintoma da histérica dizia a verdade da paciente e que buscava mais ser ouvido do que observado. Sobretudo que ganhava em não ser escutado como um objeto estranho, causa de sofrimento. *Bilderschrift* dizia Freud. Em português sem dúvida ele teria dito hieróglifo ou ainda, literalmente traduzido, escritura pela imagem” (DE NEUTER, 1997, p. 247).

Diferentemente de como um sintoma médico é identificado e categorizado, a partir do olhar do clínico e em relação a uma plethora de fenômenos, em uma ordem discursiva que impõe ao paciente um saber que lhe é externo, um sintoma analítico emerge da fala do sujeito, no dispositivo psicanalítico, sob transferência, pelo fato de que nesse campo, como disse Lacan ([1969-70]1992, p. 38), “se a palavra é tão livremente dada ao psicanalisante [...], é porque se reconhece que ele pode falar como um mestre”. Nessa perspectiva, concordo com Figueiredo (2004, p. 77), quando afirma que

[...] o sintoma não vai sem o sujeito, nem o sujeito pode ser pensado sem o seu sintoma. Um constitui o outro, melhor dizendo, um se constitui no outro, [...]. Nesse sentido, diagnóstico e tratamento seriam indissociáveis e intercambiáveis: o tratamento também definiria o diagnóstico e não o contrário.

Essa afirmação corrobora a ideia de que “todo sujeito se define por um sintoma” (SOLER, 2011, p. 25) e, para isso, há que já ter operado a metáfora paterna. Mas, se a criança ainda está em um tempo de alienação ao Outro, como pensar o sintoma no âmbito da psicanálise com crianças? Logo abordarei essa questão.

Para um psicanalista, ao receber uma demanda de atendimento a criança, a primeira questão que se coloca é, ou que ela chega como sintoma (dos pais), ou porque tem sintomas. E, para auxiliar a discernir o sintoma da criança e a criança-sintoma, é fundamental que a escuta possa orientar uma hipótese acerca do lugar ocupado pela criança no discurso do Outro.

Em sua *Nota sobre a criança*, endereçada a Jenny Aubry, mas de extrema importância para cada analista que decide articular psicanálise e criança, Lacan ([1969]2003) aponta que o sintoma da criança representa a verdade parental. Isto implica em que o sintoma tanto pode

responder ao que há de sintomático na estrutura familiar, quanto pode *realizar* a presença do objeto *a* na fantasia materna. Assim, as manifestações sintomáticas da criança podem apontar nessas duas direções que demandam atenção. Por um lado, se uma manifestação representa a verdade familiar, ao *responder* a ela, já há indícios de um traço que lhe seja singular. Entretanto, visando *realizar* a presença do objeto fantasmático do Outro materno, a criança corre o risco de permanecer fixada a esta posição de objeto, cristalizando-se em uma etapa precoce do processo de estruturação subjetiva. *Responder* ou *representar*, por um lado, e *realizar*, por outro, desvelam a posição que a criança está ocupando para os pais, mas também revelam elementos importantes para acompanhar o percurso de sua estruturação subjetiva. Desta maneira, evidencia-se a importância crucial outorgada ao sintoma (LACAN, [1969]2003; 1975/1998, FLESLER, 2011). Em decorrência disto, na perspectiva psicanalítica, a direção do tratamento se estabelece referida a essas questões, advertida da gravidade do que pode decorrer de uma intervenção precipitada.

A avaliação diagnóstica com o neuropediatra²² resultou, de imediato, na prescrição de metilfenidato, o que me fez lembrar a afirmação freudiana ([1905]1972, p. 133) de que “o tratamento médico exige, pelo menos aparentemente, um procedimento muito mais rápido” no caso patológico. O diagnóstico de hiperatividade em comorbidade com dislexia também implicou em instruções à escola sobre os procedimentos a seguir com o *pacote*. Quanto à escolarização, a partir desse diagnóstico recebido, o garoto passa a ter mais tempo para suas avaliações escolares, realizadas em espaço reservado, excluído do restante do grupo. Suas atividades são diferenciadas das da sua turma e há, inclusive, algumas concessões que levam o garoto a afirmar que sua vida escolar “é café com leite”²³, referindo-se ao que entende como facilidades. Em relação ao tratamento medicamentoso, em curso por cerca de um ano, o remédio não suprimiu o barulho das manifestações sintomáticas do menino e a insistência destas o conduziu à análise.

Em análise, o rapazinho foi atendido por cerca de um ano e meio e recorria pouco aos jogos, preferindo, na maioria das vezes, falar. Em suma, o essencial do método freudiano para abordar as formações do inconsciente: confiar na fala. Segundo Figueiredo e Tenório (2002), a psicanálise interessa-se pela escuta do sujeito, sendo este fator imprescindível tanto para a

²² Consulta clínica – com a mãe, a criança e os irmãos – e questionários respondidos por sua mãe, professoras e diretora do “curso de reforço”.

²³ Expressão bastante comum, no âmbito das brincadeiras na infância, para identificar aquele que por alguma razão, estaria incluído no jogo, mas só de “brincadeira”, com privilégios; ou seja, para quem as regras estabelecidas não valem.

construção do diagnóstico, quanto para o direcionamento do tratamento. Sauret (2003) afirma que a psicanálise é a única disciplina que tem o desígnio de não renunciar a palavra ao sujeito, de não desistir daquilo que constitui sua singularidade. E, por essa via, “funções sintomáticas sem sentido [...], começaram a entrar em uma cadeia metonímica” (VIGANÒ, 2010, p. 6).

Ou seja, se é dado à criança o espaço da retórica, ela inscreve uma posição fálica em relação ao mundo. Tem endereço próprio, o corpo, o nome, e pode se endereçar. O endereço é uma referência, quem não tem referência perambula pelo mundo (FLEIG, 2009).

Além de ratificar a premência de dar lugar à fala da criança, para possibilitar a ela bem-dizer seu mal-estar, a citação acima articula um outro ponto-chave nesse estudo, que concerne ao lugar que a criança ocupa no discurso do Outro, o que foi fundamental para a construção de uma hipótese diagnóstica e, ao mesmo tempo, para a direção do tratamento. Diferentemente desta posição, o tratamento médico desdobrou-se na tentativa de silenciar e aquietar o garoto, nada querendo saber sobre o que ele tinha a dizer.

Inicialmente, o menino supõe que também os seus irmãos serão atendidos pela analista, seguindo a lógica do *pacote*. Contudo, também se queixa de nunca ter conversado sozinho com seu neuropediatra, de sempre ser atendido junto com os irmãos, “Quando é dia de Dr. S., vai todo o pacote junto!” Essa queixa parece mostrar sua demanda em falar sobre seu mal-estar, de ser escutado em sua singularidade. Com um chiste, descreve seu médico como desatento – “não presta atenção ao que quero dizer, só ele pergunta” – e hiperativo – “fala o tempo todo”.

O menino do pacote percebe também que os atendimentos com a analista não visavam nem à sua (re)educação, nem à sua (re)adaptação a um modelo pré-estabelecido, como acontecia nas outras atividades extracurriculares que frequentava. Abrandar ou mesmo extinguir os sintomas do paciente e reinseri-lo na realidade social são objetivos estabelecidos por práticas fundamentadas na ética regida pelo bem-estar, a qual supõe poder oferecer ou mesmo impor ao paciente. O tratamento psicanalítico contrapõe à ética do bem-estar a ética do bem-dizer. “Eis a ética correlata ao sujeito. Não é uma ética que dite condutas, modos de agir segundo algum universal válido para todos” (QUINET, 2001, p. 109), uma vez que “ao invés dela [a analista] se apresentar como alguém que vai dar uma solução, um remédio para esse diagnóstico, para essa queixa, ela vai convidar [seu] analisante a questionar esse saber [...] para se implicar nesse saber” (NOGUEIRA, 2004, p. 91). Então o garoto passa a usar esse espaço para questionar o lugar que almejavam que ele ocupasse, trabalhando, no sentido de chegar “a dar forma a uma demanda de análise” (LACAN, [1975]1998, p. 7).

Em uma sessão a criança afirma: “Às vezes parece que estou em um roteiro de peça de teatro, só tem um jeito de fazer as coisas”. E, a partir desse dito, ele pode começar a formular o problema de um saber sobre sua cena, começando por questionar a necessidade de tomar uma medicação, que ele não entende para que serve. Assim, os questionamentos dele parecem incidir sobre o saber do Outro – o médico, sua mãe, professores –, indicando algo da ordem da operação de separação. Digo, com Soler (1997b, p. 62-63), que “a separação supõe uma vontade de sair, uma vontade de saber o que se é para além daquilo que o Outro possa dizer, para além daquilo inscrito no Outro”.

Em análise, o garoto articula a ideia de estar no roteiro do Outro à exigência do modo como atua. Afirma detestar tomar o remédio, e acha, inclusive, que este lhe faz mal. Quer saber como o remédio funciona no seu corpo, “mas ninguém sabe explicar isso”. Logo, pensa que talvez a analista possa ajudá-lo a obter essas respostas. Sua suposição evidencia o motor da práxis psicanalítica. Eis a transferência e a suposição de saber ao analista! A mãe, é importante dizer, também dirige à analista do filho uma suposição de saber – caso contrário, talvez não franqueasse a ele esse espaço. Antes do início da sessão, na qual ele traz essas considerações acerca do remédio, sua mãe adverte a analista de que ele está cheio de pensamentos tolos. E, ao final desta sessão, a analista intervém junto à mãe, acerca das ideias do garoto: “suas ideias me pareceram coerentes e justas e talvez ele possa dirigi-las ao seu médico”. Essa intervenção visava a fazer barra a essa mãe, mas também era uma aposta de que o rapazinho poderia vir a fazer-se escutar, ali onde nada queriam saber sobre ele, mas sobre sua “doença”.

Na fala da mãe sobre o pacote: “eles têm a mesma dificuldade”, contudo, com o menino do pacote o remédio “não dá certo, ele fica mais agitado”. Ela relata também que a pessoa que trabalha na casa deles diz que “quando ele toma o remédio deixa todo mundo doido”. Posição que parece insistir em fazer o sujeito do inconsciente comparecer, opondo-se ao silêncio para o qual o convocam. Informado desses comportamentos, o neuropediatra faz uma mudança na dosagem da droga, mas o sintoma persiste, e foi isso que o conduziu à análise.

Acho importante sublinhar o valor de verdade que o discurso médico porta, posto que, apesar de todas as reações adversas ao tratamento por ele prescrito, em momento algum a mãe do menino pensou em suspender a medicação ou questionar o diagnóstico neurológico.

O rapazinho não aderiu ao diagnóstico de “hiperativo”, pondo o saber médico à prova – com ele, o remédio parece não ter o efeito esperado, o que deveria ser considerado como uma

resposta, não do organismo, mas do corpo falante – ao contrário, parece reclamar uma nomeação outra, em detrimento desta que recebeu e que apaga a sua subjetividade. Ele não é um sintoma, “hiperativo”. Como sujeito, demanda falar. Demanda um tratamento singular e não aquele ao qual está submetido. Ou seja, questiona a prática universalizante, a qual o envolve e a outros, como que o colocando em um pacote.

A psicanálise, no âmbito geral, visa à singularidade de cada sujeito concernido no fenômeno da medicalização de seus atos ou comportamentos. Em suas especificidades, naquilo que se refere à clínica com crianças, uma análise deverá operar no sentido de conduzi-las de um lugar de criança-objeto à sua estruturação subjetiva. Isto implica em criar condições para que o que se passe nesse trabalho seja algo da ordem de uma transmissão simbólica, ou seja, “resgatando a criança do anonimato do desejo, reconduzindo-a à herança de sua linhagem simbólica própria” (VORCARO, 2003, p. 95).

A psicanálise, por definição - pois volta-se para a singularidade de cada sujeito - denuncia todas as tentativas de pensarmos parâmetros de conduta enunciados *a priori* e universalmente. Ela alerta para o fato de que essas tentativas são normatizantes, quando não adaptativas - com o que abafam, justamente, o desejo que singulariza (ALBERTI, MARTINHO, 2005, p. 404).

Enquanto este tratamento esteve baseado na lógica medicalizante, diante dessa demanda, isto é, a este pedido de resposta – agitação e agressividade – o especialista lhe propôs uma solução imediata e universal, visando um suposto bem-estar. No caso desse rapazinho, esse modo de proceder não teve efeitos terapêuticos e, ao contrário, acentuaram seu mal-estar e sofrimento. Entretanto, em ato clínico, sua analista procurou “convidá-lo a se interessar pela dimensão subjetiva daquilo que o acomete” (TENÓRIO, 2000, p. 84), permitindo ao sujeito implicar-se em sua questão. Este ato, regido pela ética da psicanálise, fundamenta-se no fato de que, “no fundo, o que a análise visa mais explicitamente: trocar a ‘inocência’ da criança pela responsabilidade que a capacidade de ato lhe confere” (SAURET, 1998, p. 43). Ao analista não cabe desejar o bem do sujeito, cabe desejar que uma análise se dê. Ademais, como nos disse Freud ([1909]197[?], p. 127),

O sucesso terapêutico, entretanto, não é o nosso objetivo primordial; nós nos empenhamos mais em capacitar o paciente a obter uma compreensão consciente dos seus desejos inconscientes.

Esta afirmação, relida com Lacan, indica que uma análise não objetiva a extinção dos sintomas, e sim que o sujeito constitua um saber-fazer com o seu sintoma.

A ênfase que a mãe do garoto colocou na mesma dificuldade que supõe ser característica de filiação (pertinente a todos os seus filhos), também nos convoca a uma reflexão sobre a agressividade e agitação. O menino aborda seu comportamento agressivo com os irmãos – o *pacote* – dizendo que bate para ser escutado. O que me interroga o lugar que a agressividade nesse caso vem ocupar. Será possível pensar os impulsos agressivos como uma *mostração* de desacordo, um modo de tentar se afirmar em sua diferença? Uma função restitutiva do sujeito? Uma tentativa de sair do *pacote* e, assim, efetuar uma operação de separação?

Os pais do garoto são separados e ele gosta de acompanhar o seu pai, sempre que possível, para livrar-se das “frescuras” da mãe. Seu pai trabalha com o corte de carne. O menino identifica-se com o mundo masculino, com o corte de carne, com algo da dureza e brutalidade da atividade e também com as conversas sobre mulheres. O garoto diz gostar desse ambiente, pois ali o tratam como qualquer outro menino.

No relato da mãe, a separação dos pais aconteceu quando ela teve que se submeter a uma operação cirúrgica, um corte na carne. Diz que se separaram quando descobriu que seu marido era, para ela, mais um de seus filhos. A dimensão de *pacote* também está posta aí.

Na escrita desse caso, um equívoco²⁴ se inscreve: PAiCORTE. Ao final, em um *só depois*, parece possível afirmar que este equívoco conduziu às elaborações teóricas e às articulações clínicas realizadas neste estudo, naquilo que concerne à função paterna e ao próprio percurso da constituição subjetiva do menino. Para a construção do caso, foi necessário retomar a questão posta por Lacan ([1956-57]1995), sobre o que é um pai para a psicanálise. De partida, é fundamental esclarecer que, um pai para a psicanálise não é a pessoa, mas uma função. Como estabelece Gerbase (2008, p. 26), “um pai é *tudo* que barra o gozo, tudo que faz lei, tudo que faz limite ao gozo”.

Gerbase acrescenta que também à escola pode corresponder a função paterna, dado que o seu modo de funcionamento “pode barrar, dar limites, funcionar como lei para uma criança” (ibid. p. 27). Para o *menino do pacote*, a escola estabeleceu regras “café com leite”, “facilidades”. Isso fez questão para ele. Não quer participar de um grupo com privilégios. Assim, solicita à analista que vá à escola, que fale por ele, que o represente, para que possa sair do *pacote* de alunos que a escola denominou “de inclusão”.

²⁴ “[...] é pela contingência que temos a chance de demonstrar e escrever o real” (CASTRO, 2010, p. 25).

Nominé (1997b), ao comentar o *Caso Leda*, apresentado pela psicanalista Ana Lydia Santiago, propõe uma questão relevante para essa reflexão. Ele afirma que, ao ir à escola “discutir com os pedagogos, os psicólogos. [...] o papel do analista foi o do advogado. Muito importante! [...] O papel do advogado é o de sustentar a palavra, representar seu cliente” (ibid., p. 81). E se, no caso Leda, “pela primeira vez, ela tem um significante para representá-la frente aos outros” (ibid.), no caso do *menino do pacote* parece que já não é mais o significante “hiperativo” que o representa para outros.

Retomando, com Gerbase (2008), o que é um pai para o sujeito, afirmo que um pai é a função [NP] que incide sobre o [DM] e pode operar uma separação entre a mãe e a criança, e aí está posta a possibilidade do advento do sujeito. Que o pai opere um corte, uma divisão para a qual “não tem remédio que dê jeito!”, e que isso possa fazer sintoma. Sintoma a responder à verdade familiar. Sintoma da criança-sujeito. E é isso “o que se espera do sintoma, desde Freud, [...] que dê um sentido a acontecimentos insensatos, permitindo ao sujeito, desde sempre alienado ao Outro, sustentar uma separação” (ALBERTI, MARTINHO, 2005, p. 412).

É possível afirmar que o garoto, em um tratamento analítico, movido pela suposição de saber ao analista, parece ter rompido não tanto com a inquietação, a agitação e a agressividade que vigoram entre os critérios de definição do TDAH, mas com a cadeia significante do Outro, que o colocava em uma série, em posição de semelhança aos irmãos, aos alunos de inclusão. Isso foi possível através do dito, quer dizer, do trabalho de elaboração de um saber sobre si mesmo, que lhe possibilitou a construção de uma questão própria, visando uma maneira de sair do *pacote*. Essa questão indica uma mudança de posição do sujeito em busca de modos possíveis de tornar-se autor do seu próprio texto, não mais se colocando em ato a partir do texto do Outro.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

[...] todo o conhecimento é um monte de retalhos, e cada passo à frente deixa atrás um resíduo não resolvido (FREUD, [1909]197[?], p. 107).

As novas letrinhas, que insistem em se inscrever no campo das psicopatologias da infância, são largamente reconhecidas por aqueles que se ocupam das crianças. Hoje, início do século XXI, elas circulam livremente, para além do campo médico, entre pais, educadores e, inclusive, entre as próprias crianças, e são alçadas ao valor de verdade no imaginário contemporâneo.

Esse aparecimento, contudo, não se deu sem que um longo percurso de construções discursivas se estabelecessem entrelaçados aos campos da medicina e da educação. Rafalovich (2008) afirma que a categoria diagnóstica do TDAH tem, em Esquirol – com a delimitação dos quadros de idiotia e imbecilidade moral – o início de sua construção. Renomeada e revisitada, em cada época, a partir do paradigma médico vigente, esta categoria chega à de Transtorno Hiperkinético e, em seguida, ao TDAH.

“Entre o começo dos anos 1970 e meados dos anos de 1990, operou-se uma enorme expansão do universo de crianças medicadas com base no diagnóstico de TDAH” (COSER, 2010, p. 126). Este e outros autores salientam que o número de prescrições é muito maior entre clínicos gerais e pediatras do que entre psiquiatras, fato que parece também articular-se aos encaminhamentos de crianças, pela escola, aos diversos campos de tratamento, reabilitação e adaptação, já tendo sido constituído, muitas vezes, uma hipótese diagnóstica no próprio ambiente escolar (FIAUX; CLEN, 2009; MOYSÉS, 2008; SANTIAGO, 2005-2006; STOLZMANN; RICKES, 1999; COLLARES; MOYSÉS, 1992).

Portanto, é possível concluir que, apesar de erigida no âmbito médico, sustentada por hipóteses neurológicas, a categoria do TDAH foi lançada para outros campos discursivos, dos quais recebe prescrições, inclusive medicamentosas, ainda que estas não estejam “calcadas em categorias diagnósticas rigorosas, mas na intolerância diante da turbulência infantojuvenil e dos padecimentos típicos da infância” (COSER, 2010, p. 127).

Isto não ocorre sem consequências. No âmbito da educação, orientada pelo discurso técnico-científico, tem prevalecido um “imperativo de encaixar a criança em uma educação normal com conduta socialmente adaptada” (TENDLARZ, 2008, p. 3), ainda que desse ideal possa resultar a patologização e a medicalização da criança escolar.

Essas evidências apontam para a questão que se explicita sob a expressão que nomeia esta dissertação: a medicalização da infância. O termo medicalização é decorrente do fato de que as questões da infância estão, cada vez mais, sendo confiadas ao saber quase exclusivo da medicina científica e, portanto, sendo lidas, interpretadas e tratadas como questões médicas.

O saber médico, saliente, não aparece nesta pesquisa como um problema em si, que deva ser negado. Entretanto, a hegemonia dos seus postulados merece uma interlocução crítica que favoreça novas construções e reflexões. Assim, a relevância deste estudo está em buscar favorecer o eco de notas dissonantes nesse concerto [que se pretende] “de uma nota só”.

Diante destas “descobertas”, senti-me convocada a participar deste diálogo, uma vez que tanto os desafios vivenciados no campo da psicologia escolar quanto aqueles que se apresentam no cotidiano da prática clínica insistem em me interrogar acerca do lugar que as crianças têm ocupado na sociedade contemporânea, e de quais possibilidades lhes são oferecidas no percurso da constituição da subjetividade. Mas não foi “só” isso.

Ao psicanalista, acredito, não cabe “apenas” o árduo ofício da clínica em si, mas igualmente importante e desafiadora se coloca a sua participação na construção da atualidade. Também disto decorre a minha inserção no âmbito acadêmico, a fim de empreender uma leitura deste fato, com a bússola teórica da psicanálise. Leitura advertida, entretanto, das palavras de Freud a Einstein ([1932] 2010, p. 418): “Também refleti que não se espera que eu dê sugestões práticas, que apenas devo indicar como se apresenta, numa abordagem [psicanalítica], o problema”.

Assim, imbuída de responsabilidade ética, perseguí, no percurso desta pesquisa, o objetivo de indicar contribuições da psicanálise para abordar as manifestações sintomáticas descritas nos transtornos comportamentais com início na infância, especificamente aqueles relacionados à hiperatividade, articulando-as aos conceitos de infantil, corpo pulsional e sintoma.

Para realização desta pesquisa, além da revisão aprofundada da literatura, foi fundamental a construção de um caso clínico que, por colocar questões importantes referentes à problemática em exame, convergiu para a articulação de aspectos clínicos aos conceitos teóricos psicanalíticos, norteando a leitura por mim proposta.

Ao apostar na construção do caso no espaço clínico do cartel, constatei a importância deste dispositivo para a formação do analista, naquilo que esta experiência implicou. As

discussões clínicas viabilizaram a apreensão de aspectos diversos, tanto no que tange à teoria quanto naquilo que diz respeito ao ato analítico, uma vez que cada cartelizante, a partir do ponto em que se encontrava na sua própria formação e atuação clínica, pôde contribuir com questões e elaborações próprias.

Ao longo do impulsionado trajeto, nós, as cartelizantes, entre as quais me incluo, realizamos recortes de conceitos-chave da teoria psicanalítica, os quais articularam e contribuíram para a apreensão da experiência clínica do *menino do pacote* como algo da ordem do transmissível. Ressalto que, embora as discussões tenham acontecido nas sessões clínicas do cartel – em um laço coletivo, a escrita do caso trabalhado nesta dissertação coube a mim – em uma posição subjetiva, desafiando-me a avançar sobre o horror de saber.

Não obstante, vale destacar que, ainda que o caso tenha indicado aspectos cruciais acerca da problemática discutida, evidencia-se a necessidade de ampliação do estudo. Outros fragmentos de análises poderão ser trabalhados e decantados em casos clínicos, a fim de avançar na investigação da questão que se coloca acerca dos casos de crianças diagnosticadas e medicadas a partir do diagnóstico psiquiátrico de TDAH. Esta questão é, ao mesmo tempo, ética e técnica.

O ponto inicial da interrogação ao caso concerniu ao diagnóstico imposto ao *menino do pacote* pela neuropediatria, cotejando-o com o da psicanálise. As discussões evidenciaram diferenças entre a dimensão clínica psicanalítica, estritamente relacionada à sua ética, e um modo de fazer e pensar da clínica médica, “reduzida ao manejo farmacológico dos sintomas, [...], no limite indutor da farmacodependência e da cronificação” (TENÓRIO, 2000, p. 81). Ou ainda, como enfatiza Coser (2010, p. 113), mencionando Lacan, o que está em jogo é o “dinamismo farmacêutico. [...] a troca de uma queixa por um fármaco”. Diante do exposto, uma das contribuições desta pesquisa reside em indicar a necessidade de uma reflexão crítica acerca do modelo médico, que se fundamenta em hipóteses biológicas e genéticas para classificar e tratar questões relativas ao comportamento. Ademais, aponta para a necessidade de um retorno à dimensão clínica, nos campos da atenção e cuidado às crianças, uma vez que, como o *menino do pacote* nos ensina, não há clínica em detrimento do sujeito.

Ao objetivar restabelecer aspectos fundamentais da subjetividade ao exame do quadro sintomatológico de hiperatividade, a partir das distinções e conceitos que emergiram das discussões clínicas, percorri uma via principal aberta por Freud, com o auxílio crucial de Lacan. Além disso, também foi necessário trilhar veredas para contar com o suporte, por

vezes esclarecedor para mim, de autores que na atualidade têm se debruçado sobre esta mesma problemática, visando apreender o modo como a criança, “sob a vigência da linguagem” (VORCARO, 2004, p. 12) e, portanto, na relação do sujeito [S] com o Outro [A], pode advir como sujeito desejante.

O exame dos modos como a “subjetividade à deriva” (COSER, 2010), o “rumor e o furor das pulsões” (LACAN, [1956-57]1995) aproximam-se ou distanciam-se de uma organização e regulação, em torno da castração que resulta da incidência do [NP] no [DM], foi fundamental para indicar que, em uma leitura psicanalítica, as manifestações sintomáticas nomeadas de hiperatividade podem referir-se a algo da ordem de um transbordamento pulsional (BERGÈS, 2008; CHRISTAKI, 2009; FLEIG, 2009; FLESLER, 2011). E, em consonância com os autores trabalhados na pesquisa, é possível propor que tais manifestações assentam-se nos impasses vivenciados pela criança no processo de separação, ou seja, quando embaraços na transmissão simbólica dificultam ou impedem a ultrapassagem da condição de criança-objeto até situar-se numa posição de sujeito desejante (LEGNANI; ALMEIDA, 2009; TENDLARZ, 2008; VORCARO, 2003). Nesse impasse, constata-se “o retorno no corpo, de uma desordem simbólica” (TENDLARZ, 2008, p. 7).

A partir do exposto, no que tange à ética com que cada criança deve ser tratada em seu mal-estar e sofrimento, a revisão da literatura e a construção do caso clínico convergem para a premência em escutá-la, acolher sua ação e inquietude – palavra enunciada de outra maneira: *in-corporada*, encenada –, ofertando-lhe um lugar aonde possa vir a encontrar formas de nomear o seu sintoma e maneiras de servir-se do simbólico para tratar o real.

Deste modo, às letrinhas inscritas no campo das psicopatologias da infância, a psicanálise, com o aporte lacaniano, talvez possa oferecer outras letrinhas, de uma álgebra que auxilie a apreensão das operações da estruturação subjetiva, que podem contribuir para uma clínica responsável frente às manifestações do infantil.

REFERÊNCIAS

ALBERTI, S.; ELIA, L. Psicanálise e Ciência: o encontro dos discursos. *Revista Mal-estar e Subjetividade*, Fortaleza, v. VIII, n. 3, p. 779-802, set. 2008. Disponível em: <http://www.unifor.br/images/pdfs/pdfs_notitia/2407.pdf>. Acesso em: 21 abr. 2011.

ALBERTI, S.; MARTINHO, M. H. O pai entre conduta e função: uma leitura psicanalítica. *Revista de Ciências Humanas*, Florianópolis, out. 2004.

_____. Sobre o pai da criança atendida na escola e sua função. *Revista Psicologia Ciência e Profissão*, 2005, n. 25, v. 3, p. 398-413.

ARIÈS, P. *História Social da criança e da família*. 2. ed. Rio de Janeiro: LTC, 1981.

BARROSO, S. F. Sobre o caso clínico: uma contribuição à metodologia de pesquisa em psicanálise. *Almanaque de psicanálise e saúde mental*, Belo Horizonte: Instituto de Psicanálise e Saúde Mental de Minas Gerais, v.1, n.1, p. 19-24, nov. 2003.

BEDIN, N. T. P. A história da criança e a invenção da infância. *Scriptura*, Escola de Estudos Psicanalíticos, n.5, p. 5-11, agosto, 2009.

BERCHERIE, P. A clínica psiquiátrica da criança: estudo histórico [1983]. In: CIRINO, O. *Psicanálise e psiquiatria com crianças: desenvolvimento ou estrutura*. Belo Horizonte: Autêntica, 2001.

BERGÈS, J. *O corpo na neurologia e na psicanálise: lições clínicas de um psicanalista de crianças*. Porto Alegre: CMC, 2008.

BEZERRA JR., B. *O cuidado nos CAPS: novos desafios*. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde, 2004. Disponível em: <http://www.saude.rio.rj.gov.br/media/cuidado_nos_caps.pdf>. Acesso em: 07 set. 2010.

CALIMAN, L. V. Notas sobre a história oficial do TDAH. *Psicologia: ciência e profissão*. Conselho Federal de Psicologia, v. 1, ano 30, n.1, p. 46-61, 2010.

CARRIJO, A. Da pedagogização à medicalização: a construção social da infância pela representação do “cuidado”. In: XIV Encontro da ABRAPSO. *Anais eletrônicos...* Rio de Janeiro: UERJ, 2007. Disponível em: <http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/anexos/AnaisXIVENA/conteudo/pdf/trab_completo_304.pdf>. Acesso em: 09 set. 2010.

CASTRO, J. E. de. O método psicanalítico e o estudo de caso. In: KYRILLOS NETO, F.; MOREIRA, J. O. (Org.). *Pesquisa em psicanálise: transmissão na universidade*. Barbacena, MG: Ed. UEMG, 2010, p. 24-35. Disponível em: <http://www.eduemg.uemg.br/docs/?Pesquisa_em_Psicanalise.pdf>. Acesso em: 04 abr. 2010.

CECCARELLI, P. R. *Pesquisa em psicanálise*. 2001. Disponível em: <<http://www.ceccarelli.psc.br/artigos/portugues/html/metodo.htm>>. Acesso em: 20 ago. 2009.

CERQUEIRA FILHO, G. Freud, a cultura e a política. *Pulsional Revista de Psicanálise*, ano XV, n. 155, p. 55-65, mar. 2002. Disponível em: <http://www.editoraescuta.com.br/pulsional/155_06.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2011.

CHEMAMA, R.; VANDERMERSCH, B. *Dicionário de psicanálise*. Rio Grande do Sul: Unisinos, 2007.

CHRISTAKI, A. Hyperactivité: le temps d'une question. *Lat. Am. Journal of Fund. Psychopath Online*, v. 6, n. 1, p. 4-16, mai. 2009. Disponível em: <<http://132.248.9.1:8991/hevila/Latinamericanjournaloffundamentalpsychopathology/2009/vol6/no1/1.pdf>>. Acesso em: 14 jun. 2011.

CIRINO, O. *Psicanálise e psiquiatria com crianças: desenvolvimento ou estrutura*. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2001.

CLASTRES, G. A criança no adulto. In: MILLER, J. (Org.). *A criança no discurso analítico*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1991, p.136-140.

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

_____. A transformação do espaço pedagógico em espaço clínico - a patologização da educação. *Série Idéias*. São Paulo: FDE, n. 23, p. 25-31, 1994.

COMPARATO, M. C. M. Sexualidade infantil: quem tem medo do lobo mau? In: COMPARATO, M. C. M.; MONTEIRO, D. de S. F. (Org.). *A criança na contemporaneidade e a psicanálise: família e sociedade: diálogos interdisciplinares*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001, v. I. p. 89-96.

CONRAD, P. *The medicalization of society: on the transformation of the human conditions into treatable disorders*. Baltimore, US: Johns Hopkins University Press, 2007.

CORDIÉ, A. *Os atrasados não existem: psicanálise de crianças com fracasso escolar*. Porto Alegre: Editora Artmed, 1996.

COSER, O. *As metáforas farmacológicas com que vivemos: ensaios de metapsicofarmacologia*. Rio de Janeiro: Garamond, 2010.

DE NEUTER, P. Do sintoma ao sinthoma. In: *Dicionário de Psicanálise: Freud & Lacan*. Salvador-BA: Ágalma, p. 247-258, 1997.

DESCARTES, R. *Discurso do método: para bem conduzir a própria razão e procurar a verdade nas ciências [1637]*. Tradução de Jacob Guinsburg e Bento Prado Jr. Disponível em: <<http://www.consciencia.org/o-discurso-do-metodo-rene-descartes>>. Acesso em: 29 mar. 2011.

DINIZ, M. *Os equívocos da infância medicalizada*. Col. LEPSI IP/FE-USP, São Paulo, 2009. Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC000000032008000100056&lng=en&nrm=abn>. Acesso em: 04 abr. 2010.

DOLTO, F. Prefácio. In: MANNONI, M. *A primeira entrevista em psicanálise* [1965]. Tradução de Roberta Lacerda. Rio de Janeiro: Campus, 1980, p. 9-30.

DSM – IV – TR™: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Tradução Cláudia Torres. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

DUNKER, C. I. L. Metodologia de pesquisa e psicanálise. In: KUPFER, M. C. M. LERNER, R. (Org.). In: *Psicanálise com crianças: clínica e pesquisa*. São Paulo: Escuta, 2008.

_____. O urso e a baleia. As divergências entre a psicanálise e a psiquiatria estão mal focadas. *Revista Cult*, São Paulo, ano XII, n. 140, p.59-62, 2009.

DUNKER, C. I. L.; KYRILLOS NETO, F. A crítica psicanalítica do DSM-IV – breve história do casamento psicopatológico entre psicanálise e psiquiatria. *Rev. Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 14, n. 4, p. 611-626, dezembro 2011.

FERNANDES, A. H. Psicanálise e educação: interfaces e limites. In: *Coletânea do Serviço de Psicologia da Universidade Federal da Bahia*, Salvador – Bahia, p.79-86, 2003.

FIAUX, C.; CLEN, O. *O "não-dito" e o compreendido: qual o lugar da criança?* Col. LEPSI IP/FE-USP, São Paulo, 2009. Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid=MSC000000032008000100024&script=sci_arttext>. Acesso em: 04 abr. 2010.

FIGUEIREDO, A. C. A construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental. *Rev. Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. ano 1, v. VII, p. 75-86, mar. 2004.

FIGUEIREDO, A. C.; TENÓRIO, F. O diagnóstico em psiquiatria e psicanálise. *Rev. Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. v. V, n. 1, p. 29-43, 2002.

FLEIG, C. B. Entrevista. *Biblioteca Freudiana de Curitiba*, set. 2009. Disponível em <<http://www.freudlacan.com.br/textos.aspx>>. Acesso em: 12 set. 2010.

FLESLER, A. La escuela, el niño, y los sintomas del sujeto. *Actualidad Psicológica*, Buenos Aires, n. 396, ano XXXVI, n. 396, p.8-10, mayo, 2011.

FREITAS, I. Pode a biogenética suprimir o sujeito? In: MAGALHÃES, S. C. (Org.). *O sujeito da psicanálise: topologia do sujeito, sujeito e discurso, clínica do sujeito, sujeito e gozo*. Salvador: Associação Científica Campo Psicanalítico, 2004, p. 37-45.

FREUD, S. Sobre os mecanismos psíquicos dos fenômenos histéricos: comunicação preliminar [1893]. In: _____. *Edição standard brasileira das obras completas*. Tradução Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1972, v. II.

_____. Projeto para uma psicologia científica [1895]. In: _____. *Edição standard brasileira das obras completas*. Tradução Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1977, v. I.

_____. A interpretação dos sonhos [1900]. In: _____. *Edição standard brasileira das obras completas*. Tradução Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1972, v. IV.

- FREUD, S. A psicopatologia da vida cotidiana [1901]. In: _____. *Edição standard brasileira das obras completas*. Tradução Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1976, v. VI.
- _____. Os chistes e sua relação com o inconsciente [1905]. In: _____. *Edição standard brasileira das obras completas*. Tradução Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1977, v. VIII.
- _____. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade [1905]. In: _____. *Edição standard brasileira das obras completas*. Tradução Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1972, v. VII.
- _____. O esclarecimento sexual das crianças [1907]. In: _____. *Edição standard brasileira das obras completas*. Tradução Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1976, v. IX.
- _____. Análise de uma fobia de um menino de cinco anos [1909]. In: _____. *Edição standard brasileira das obras completas*. Tradução Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 197[?], v. X.
- _____. O interesse científico da psicanálise [1913]. In: _____. *Edição standard brasileira das obras completas*. Tradução Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1974c, v. XIII.
- _____. O inconsciente [1915]. In: _____. *Edição standard brasileira das obras completas*. Tradução Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1974a, v. XIV.
- _____. Os instintos e suas vicissitudes [1915]. In: _____. *Edição standard brasileira das obras completas*. Tradução Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1974b, v. XIV.
- _____. O sentido dos sintomas [1916-17a]. In: _____. *Edição standard brasileira das obras completas*. Tradução Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1976, v. XVI.
- _____. Os caminhos da formação dos sintomas [1916-17b]. In: _____. *Edição standard brasileira das obras completas*. Tradução Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1976, v. XVI.
- _____. Psicanálise e psiquiatria [1916-17c]. In: _____. *Edição standard brasileira das obras completas*. Tradução Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1976, v. XVI.
- _____. Deve-se ensinar a psicanálise nas universidades? [1919]. In: _____. *Obras completas*. Tradução Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010, v.14.
- _____. Dois verbetes de enciclopédia [1923]. In: _____. *Edição standard brasileira das obras completas*. Tradução Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1976, v. XVIII.
- _____. Um estudo autobiográfico [1924-25]. In: _____. *Edição standard brasileira das obras completas*. Tradução Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1976, v. XX.
- _____. As resistências à psicanálise [1925]. In: _____. *Obras completas*. Tradução Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2011, v.16.
- _____. O mal-estar na civilização [1930]. In: _____. *Edição standard brasileira das obras completas*. Tradução Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1974, v. XXI.

FREUD, S. Por que a guerra? [carta a Einstein, 1932] [1930-1936]. In: _____. *Obras completas*. Tradução Paulo César de Souza São Paulo: Companhia das Letras, 2010, v.18.

GARCIA-ROZA, L. A. *O mal radical em Freud* [1990]. 5. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2004.

GAULT, J-L. Tratamento psicanalítico de um caso de hiperatividade de uma jovem adolescente. *Almanaque On-line: Revista Eletrônica do IPSM-MG*, ano 2, n. 03, jul./dez. 2008. Disponível em: <<http://www.institutopsicanalise-mg.com.br/psicanalise/almanaque/textos/numero3/1.Tratamento%20psicanal%C3%ADtico%20de%20um%20caso%20de%20hiperatividade%20de%20uma%20jovem%20adolescente%20-%20Jean-Louis%20Gault.pdf>>. Acesso em: 24 mai. 2012.

GENTILI, P. Adeus à escola pública: a desordem neoliberal, a violência do mercado e o destino da educação das maiorias. In: GENTILI, P. (Org.). *Pedagogia da Exclusão: o neoliberalismo e a crise da escola pública*. Rio de Janeiro: Vozes, 1995, p. 228-252.

GERBASE, J. *A hipótese lacaniana*. Salvador: Associação Científica Campo Psicanalítico, 2011.

_____. *O momento de concluir – 03 - Falar e Dizer*. (Comentário, 2000). Disponível em: <http://www.campopsicanalitico.com.br/biblioteca/Falar_e_dizer-comentario.pdf>. Acesso em: 08 mai. 2012.

_____. *Os paradigmas da psicanálise*. Salvador: Associação Científica Campo Psicanalítico, 2008.

GUARIDO, R. A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na educação. *Educação e Pesquisa*. São Paulo, v. 33, n.1, p.151-161, jan./abr. 2007.

ITABORAHY, C. *Usos e discursos sobre a ritalina no brasil*. Disponível em: <<http://medicalizacao.wordpress.com/2009/10/25/usos-e-discursos-sobre-a-ritalina-no-brasil/>>. Acesso em: 27 mai. 2010.

JERUSALINSKY, A. *Diagnóstico de déficit de atenção e hiperatividade, o que pode dizer a psicanálise?* jun. 2003. Disponível em: <http://www.appoa.com.br/noticia_>. Acesso em: 13 set. 2009.

_____. Gotinhas e comprimidos para crianças sem história: uma psicopatologia pós-moderna para a infância. *Textura - Revista de Psicanálise*. São Paulo, n.5, ano5, p.4-11, 2005.

KEHL, M. R. Lugares do feminino e do masculino na família. In: COMPARATO, M. C. M.; MONTEIRO, D. de S. F. (Org.). *A criança na contemporaneidade e a psicanálise: família e sociedade: diálogos interdisciplinares I*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001, p. 29-38.

LACAN, J. *O Seminário, livro 4: a relação de objeto* [1956-57]. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1995.

LACAN, J. De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose [1958]. In: _____. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998, p. 537-590.

_____. *O Seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise* [1964a]. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1979.

_____. Posição do inconsciente [1964b]. In: _____. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998, p. 843-864.

_____. Do “Trieb” de Freud e do desejo do psicanalista [1964c]. In: _____. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998, p. 865-868.

_____. Ato de Fundação [1964d]. In: _____. *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003, p. 235-247.

_____. A ciência e a verdade [1965]. In: _____. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998, p. 869-892.

_____. Alocução sobre as psicoses da criança [1967]. In: *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003, p. 359-368.

_____. Nota sobre a criança [1969]. In: _____. *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003, p. 369-370.

_____. *O Seminário, livro 16: de um Outro ao outro* [1968-69]. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.

_____. *O Seminário, livro 17: O avesso da psicanálise* [1969-70]. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992.

_____. *O Seminário, livro 20: mais, ainda* [1972-1973]. 3. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.

_____. *O Seminário, livro 23: o sinthoma* [1975-76]. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2007.

_____. Conferência em Genebra sobre o sintoma [1975]. *Opção Lacaniana: Revista Brasileira Internacional de Psicanálise*, São Paulo: Edições Eolia, v. 23, dez. 1998, p. 6-16.

LAURENT, E. Alienação e separação I e II. In: FELDSTEIN, R.; FINK, B. JAANUS, M. (Org.). *Para ler o Seminário 11 de Lacan: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Tradução Dulce Duque Estrada. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997, p. 31-51.

_____. Cómo criar a los niños. *lanacion.com*, Buenos Aires, jun. 2007. Disponível em: <<http://www.lanacion.com.ar/912774-como-criar-a-los-ninos>>. Acesso em: 18 jun. 2012.

_____. *Hay un fin de análisis para los niños*. In: _____. _____. Buenos Aires: Edigraf S.A., 1999, p. 23-42.

LEBRUN, J-P. *Um mundo sem limite: ensaio para uma clínica psicanalítica do social*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2004.

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

_____. A construção diagnóstica de TDAH: uma discussão crítica. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, v. 60, n. 1, 2008.

LEITE, M. P. de S. L. A psicanálise como diagnóstico da psiquiatria. *Opção Lacaniana: Revista Brasileira Internacional de Psicanálise*, São Paulo: Edições Eolia, v. 23, dez. 1998, p.22-24.

LEITE, M.; COLLUCCI, C. A era da desatenção: somos todos hiperativos? *Folha de São Paulo*, São Paulo, 30 mai. 2010. Ilustradíssima.

LIMA, R. C. *Somos todos desatentos? O TDA/H e a construção de bioidentidades*. Relume-Dumará, 2005.

_____. Hiperativas, desatentas e opositivas: ainda há crianças normais? In: *CPFL*, 2009, TV Cultura. Disponível em: <<http://www.cpfcultura.com.br/site/2009/05/15/pirando-no-seculo-xxi-hiperativas-desatentas-e-opositivas-ainda-ha-criancas-normais-rossano-lima-cabral/>>. Acesso em: 08 jul. 2010.

MANNONI, M. *Educação impossível*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1988.

MORENO, C. *Alusões*. Disponível em: <<http://wp.clicrbs.com.br/sualingua/2009/04/29/alusoes/>>. Acesso em: 02 jun. 2010.

MOYSÉS, M. A. *A institucionalização invisível: crianças que não-aprendem-na-escola*. Campinas, SP: Mercado de Letras; São Paulo: Fapesp, 2008.

_____. Entrevista com Maria Aparecida Affonso Moysés. *Jornal do CRP-RJ*, Rio de Janeiro, set. 2006. Medicalização da vida, ano 2, n. 11, p. 8-9. Disponível em: <<http://www.crprj.org.br/publicacoes/jornal/jornal11-medicalizacao.pdf>>. Acesso em: 08 jul. 2010.

NOGUEIRA, L. C. A pesquisa em psicanálise. *Psicologia USP*, v.15, n. 1-2, São Paulo, jan./jun., p. 83-106, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-65642004000100013&script=sci_arttext>. Acesso em: 20 ago. 2009.

NOMINÉ, B. O que me ensinam as crianças e seus psicanalistas: proposta para uma direção da cura. In: *Revista Carrossel*. Ano 1, n. 1, Centro de Estudos e Pesquisa de Psicanálise e Criança, Escola Brasileira de Psicanálise, Salvador, out. p. 13-25, 1997a.

_____. *O sintoma e a família: conferências belorizontinas*. Belo Horizonte: Escola Brasileira de Psicanálise – Sessão MG, p. 9-67, 1997b.

_____. *Le symptôme analytique et le symptôme medical*. Collège Clinique de Paris. Paris: *Formations Cliniques du Champ Lacanien*, p. 31-34, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Tradução Dorgival Caetano. Porto Alegre: Artmed, 1993.

ORTEGA, F.; BARROS, D. CALIMAN, L.; ITABORAHY, C.; JUNQUEIRA, L. FERREIRA, C. P. A ritalina no Brasil: produções, discursos e práticas. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*. v. 14, n. 34, p. 499-510, jul./set., 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/2010nahead/aop1510.pdf>>. Acesso em: 09 mai.2012.

PATTO, M. H. S. *A produção do fracasso escolar: histórias de submissão e rebeldia*. 2. ed. 2ª Reimpressão: 2005. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

PRISZKULNIK, L. A criança sob a ótica da psicanálise: algumas considerações. *PSIC [online]* v. 5, n. 1, São Paulo, jun. 2004, p. 72-77. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psic/v5n1/v5n1a09.pdf>>. Acesso em: 04 abr. 2010.

QUINET, A. *As 4 + 1 condições da análise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1991.

_____. O olhar como um objeto. In: FELDSTEIN, R.; FINK, B. JAANUS, M. (Org.). *Paralelo o Seminário 11 de Lacan: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Tradução Dulce Duque Estrada. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997, p. 155-163.

_____. A função diagnóstica da apresentação de pacientes na orientação psicanalítica, In: FIGUEIRO, A. C. (Org.), *Psicanálise – pesquisa e clínica*, Coleções IPUB/UFRJ, 2001, p.101-120.

_____. *A descoberta do inconsciente: do desejo ao sintoma*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

RAFALOVICH, A. *Framing ADHD children: a critical examination of the history, discourse, and everyday experience of attention deficit/hyperactivity disorder* [2004]. Plymouth, UK: Lexington Books, paperback edition, 2008.

RINALDI, D. L. Corpo e subjetividade: o mal-estar na infância. In: 7º CONGRESSO NORTE NORDESTE DE PSICOLOGIA-CONPSI, Centro de Convenções, 2011, Salvador. *Anais eletrônicos...* Salvador. Disponível em: <<http://www.conpsi7.ufba.br/>>. Acesso em: 15 mai. 2011.

SANTIAGO, A. L. *A inibição intelectual na psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

_____. Hiperatividade: marca invisível no corpo. *Asephallus*, ano 1, n. 1, nov. 2005 – abr. 2006. Disponível em: http://www.isepol.com/asephallus/numero_01/artigo_03_port_edicao01.htm Acesso em: 05 abr. 2012.

SAURET, M-J. *O infantil e a estrutura*. São Paulo: EBP-SP, 1998.

_____. A pesquisa clínica em psicanálise. *Psicologia USP*, São Paulo, v. 14, 2003.

SOEIRO, S. Há lugar para Psicanálise na escola? In: *O ato psicanalítico*. Salvador: Associação Científica Campo Psicanalítico, 2003, p. 46-53.

SOLER, C. O desejo do analista – onde está a diferença. In: _____. *Coletânea de textos*. Salvador: Escola Brasileira de Psicanálise-BA., nov. , p. 37-39, 1997a.

SOLER, C. O sujeito e o outro I e II. In: FINK, B.; JAANUS, M. (Org.). *Para ler o Seminário 11 de Lacan: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, p.52-67, 1997b.

_____. Repetição e sintoma. *Stylus: revista de psicanálise*, Rio de Janeiro, n. 23, nov. 2011, p. 15-32.

_____. Sintoma, acontecimento do corpo. *Caderno de Stylus*, n. 1, Internacional dos Fóruns Escola do Campo Lacaniano: Rio de Janeiro, mai., p. 30-51, 2010.

SOMMER, L. H. A ordem do discurso escolar. *Revista Brasileira de Educação*. v. 12, n. 34, jan./abr. 2007.

STOLZMANN, M., RICKES, S. Do dom de transmitir à transmissão de um dom. *Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre*, ano 9, n. 16, p. 39-51, jul.1999.

SUCUPIRA, A. C. S. L. Hiperatividade: doença ou rótulo? *Cadernos CEDES*, n.15, p. 30-37, 1985.

SZASZ, T. S. *Insanity: the idea and its consequences*. Syracuse University Press Edition, USA, 1997.

TEIXEIRA, A. Ressonâncias do significante e da letra no corpo falante. In: CARVALHO, S. (Org.). *O inconsciente e o corpo do ser falante*. Salvador: Associação Científica Campo Psicanalítico, 2010, p. 19-32.

TENDLARZ, S. E. A atenção que falta e a atividade que sobra. *Almanaque On-line: Revista Eletrônica do IPSM-MG*. ano 2, n. 03, jul./dez. 2008. Disponível em: <<http://www.institutopsicanalise-mg.com.br/psicanalise/almanaque/textos/numero3/A%20aten%C3%A7%C3%A3o%20que%20falta%20e%20a%20atividade%20que%20sobra.pdf>>. Acesso em: 24 mai. 2012.

TENÓRIO, F. Desmedicalizar e subjetivar: a especificidade da clínica da recepção. *Cadernos do IPUB*. Rio de Janeiro: IPUB/UFRJ, v. VI, n. 17, p. 79-91, 2000.

TESSER, C. D. Medicalização social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v.10, n.19, p.61-76, jan/jun, 2006.

TESSER, C. D.; POLI NETO, P. Medicalização na infância e adolescência: histórias, práticas e reflexões de um médico da atenção primária. In: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO; GRUPO INTERINSTITUCIONAL QUEIXA ESCOLAR (org.). *Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos*. São Paulo: Casa do psicólogo, p. 231-250, 2010.

UNTOIGLICH, G. En la infancia los diagnósticos se escriben en lápiz. *Actualidad Psicológica* Periódico Mensual, Buenos Aires, ano XXXVI, n. 396, mayo, p. 2-5, 2011.

VALAS, P. *Freud e a perversão*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1990.

VALAS, P. *As dimensões do gozo: do mito da pulsão à deriva do gozo*. Tradução Lucy Magalhães. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.

VEIGA NETO, A. Quando a inclusão pode ser uma forma de exclusão. In: MACHADO, A. M.; VEIGA NETO, A. J. da; NEVES, M. M. B. J.; MACHADO, M. V. de O.; PRIETO, R. G.; ABENHAIM, E. *Psicologia e direitos humanos: educação inclusiva, direitos humanos na escola*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005, p. 55-70.

VIGANÒ, C. A construção do caso clínico em saúde mental. *Curinga: Revista da Escola Brasileira de Psicanálise*: Escola Brasileira de Psicanálise – Sessão Minas Gerais, n. 13, p. 39-48, 1999.

_____. A construção do caso clínico. *Opção Lacaniana Online*, ano 1, n. 1, mar. 2010. Disponível em: <http://www.opcaolacaniana.com.br/pdf/numero_1/A_construcao_do_caso_clinico.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2012.

VORCARO, A. M. R. *A criança na clínica psicanalítica*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2004.

_____. *Crianças na psicanálise: clínica, instituição, laço social*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1999.

_____. Sob a clínica: escritas do caso. *Estilos da Clínica*, v. VIII, n.14, p. 90-113, 2003.

WELCH, G; SCHWARTZ, L; WOLOSHIN, S. What's making us sick is an epidemic of diagnoses. *The New York Times*. Disponível em: <http://www.nytimes.com/2007/01/02/health/02essa.html?_r=1&scp=1&sq=welch%20jan%202007&st=cse>. Acesso em: 27 mai. 2010.

ZAVARONI, D. de M. L.; VIANA, T. de C.; CELES, L. A. M. A constituição do infantil na obra de Freud. *Estudos de Psicologia*. v. 12, n. 1, p. 65-70, 2007.