



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro de Educação e Humanidades

Instituto de Psicologia

Programa de Pós-Graduação em Psicanálise

Denise Martins da Luz

**Filhos de uma época: considerações a respeito do fenômeno da
'hiperatividade'.**

Rio de Janeiro, 31 de agosto de 2015.

Denise Martins da Luz

Filhos de uma época: considerações a respeito do fenômeno da 'hiperatividade'.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação *stricto sensu* em Psicanálise na área de concentração em Pesquisa e Clínica em Psicanálise, da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, como requisito parcial à obtenção do título de mestre, na linha de pesquisa Problemas Teóricos-metodológicos e Conexões da Psicanálise.

Orientadora: Prof^a. Dra. Sonia Elisabete Altoé.

Co-orientador: Prof. Dr. Vinicius Anciães Darriba.

Rio de Janeiro, 31 de agosto de 2015.

Banca examinadora:

Prof. Dr. Marcus André Vieira – PUC-Rio

Prof^ª. Dra. Rita Maria Manso de Barros– UERJ

Prof^ª. Dra. Sonia Elisabete Altoé – UERJ

Prof. Dr. Vinicius Anciães Darriba – UERJ

*Em memória a meu pai,
homem de poucas palavras,
com uma sabedoria imensa,
que se tornou o meu eterno herói.*

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus pela vida maravilhosa que me possibilitou, pelo privilégio de ser criada em um lar repleto de amor, respeito e cumplicidade. Agradeço-te por tudo que tens feito e por tudo que vais fazer.

À minha orientadora, professora Dra. Sonia Altoé, sempre respeitosa e dedicada. Agradeço pelas discussões inspiradoras e transformadoras, pelos saberes compartilhados e pelo interesse que demonstrou pelos meus trabalhos e minha pesquisa.

Ao meu co-orientador, professor Dr. Vinicius Darriba, pelo seu olhar crítico, composto de leitura, importantes comentários e sugestões, que me possibilitou romper as fronteiras do previsível e vislumbrar outros horizontes.

Aos professores, Dra. Rita Maria Manso e Dr. Marcus André Vieira, por terem aceitado participar dessa banca examinadora.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) por ter sido a agência financiadora desta pesquisa.

À minha mãe Cecília, mulher guerreira, que esteve comigo esta caminhada, sendo o meu porto seguro que me deu apoio e coragem para seguir em frente.

À todos os meus familiares, cujo nome não cito, mas que estão guardados em meu coração.

Aos meus queridos amigos, sem o apoio dos quais esse trabalho não teria chegado ao fim. Destaco a minhas queridas: Regina Oliveira, Renata Brum, Cintia Nascimento e Vanessa Nolasco, pelo apoio e paciência durante o processo de pesquisa e escrita desta dissertação.

A todos os professores da UERJ, que contribuíram imensamente para a minha formação acadêmica e pessoal.

Aos meus colegas de universidade, pelo apoio e trocas de experiências e aprendizagens. Em especial: Fernanda e Gisele, pelas calorosas discussões, sugestões e dúvidas compartilhadas.

À equipe do Digai-Maré, principalmente, aos que atuaram comigo nesse projeto tão inovador.

À Vanessa Nolasco pela garantia de um abstract.

Aos funcionários da secretaria pós-graduação, em especial ao Fabio, que sempre muito paciente e me auxiliou no que era possível.

A todos o meu muito obrigado!

SUMÁRIO

Páginas

INTRODUÇÃO.....	1
CAPÍTULO I. Acepção da hiperatividade para o discurso médico.....	10
1.1. Percurso histórico do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade.....	12
1.1.1. Etiologia, diagnóstico e tratamento do TDA/H.....	18
1.2. Da conceituação do discurso à teoria dos discursos de Lacan.....	21
1.2.1. Considerações a respeito do discurso do mestre ao discurso universitário.....	28
1.2.2. O discurso médico e sua relação com os dois discursos	30
1.2.3. O discurso capitalista: do mestre antigo ao mestre moderno.....	35
1.2.4. Medicalização e o discurso capitalista.....	38
CAPÍTULO II: Uma leitura psicanalítica sobre o sintoma.....	44
2.1. Observações gerais sobre o sintoma.....	46
2.2. O sintoma na teoria freudiana.....	49
2.2.1. Pequeno Hans: o sintoma fóbico na lógica fálica	56
2.2.2. Retorno ao sintoma em Freud.....	59
2.3. Releitura de Lacan a respeito do sintoma.	62
CAPÍTULO III. Apontamentos sobre a criança ‘hiperativa’ à luz da psicanálise.....	67
3.1. O sintoma da criança como representante da verdade.....	69
3.1.1. A criança-sintoma.....	72
3.1.2. A criança-objeto.....	74
3.2. Grupo lacaniano: Associação Digai-Maré.....	76
3.3. Trabalho psicanalítico: ‘Eu ainda faço bagunça’	79
3.3.1. Rafael: uma criança hiperativa?	79
3.3.2. Gustavo: quando o TDA/H não se apresenta.....	83
3.3.3. Sessão clínica.....	84

3.3.4. Quando a queixa materna permanece.....	87
3.4. Hiperatividade: manifestação sintomática da atualidade.....	89
3.4.1. Hiperatividade: uma maneira de convocar o pai.....	90
3.4.2. Hiperatividade: resultante do excesso de demanda.	92
3.4.3. Retorno a vinheta clínica: uma construção através do tempo	94
 CONCLUSÃO.....	 98
 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	 106
1.1.Outras fontes: endereços eletrônicos.....	113
 ANEXOS.....	 116

RESUMO

O presente trabalho se propõe a elucidar, à luz da psicanálise, aspectos inerentes ao dito fenômeno de hiperatividade. Tomaremos como referência o debate atual disseminado pela sociedade, principalmente nos ambientes familiares e educacionais, a respeito do que tem se chamado hiperatividade. A partir dessa concepção, pretendemos realizar uma reflexão sobre a maneira pela qual a criança vivencia este fenômeno, considerando-o, para além de um corpo que se movimenta. A nossa premissa é a de que o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, uma nomenclatura utilizada pelo DSM-V, que tem sido absorvida pelo senso comum, muitas vezes, de maneira equivocada para se referir a ‘crianças problemáticas’. Diante do sintoma da criança, o diagnóstico de TDA/H, associado à prescrição medicamentosa (Ritalina), passou a ser um recurso utilizado para responder as angústias e as incertezas produzidas, tanto nos pais como nos professores. Mas pouco se tem questionado sobre o sintoma da criança. Assim, através do referido trabalho almejamos apresentar uma tentativa de compreensão da dita ‘criança hiperativa’, não a partir de uma classificação diagnóstica, mas por meio do seu sintoma, enfatizando que ele diz respeito a uma particularidade do sujeito. No intuito de embasar as nossas considerações, apresentaremos o fragmento de um atendimento clínico, realizado em grupo que teve a duração de dois anos

Palavras-chaves: TDA/H; discurso médico; medicalização; sintoma; função materna; criança-sintoma; criança-objeto.

ABSTRACT

This paper aims to clarify, in the light of psychoanalysis, aspects related to the hyperactivity phenomenon. We will take as reference the current ongoing debate disseminated by society, especially in family and educational environments, about what has been called hyperactivity. From this framing, we intend to make a reflection on the way in which children experience this phenomenon, considering, beyond a body which moves. Our premise is that the Attention Deficit Disorder / Hyperactivity, a nomenclature used by the DSM-V, which has been absorbed by common sense, frequently, mistakenly to refer to 'problematic children'. Before the child's symptoms, the ADHD diagnostic, associated with prescription drug (Ritalin), it has become a feature used to answer the anxieties and uncertainties produced by parents and teachers. But little has been asked about the child's symptoms. So, through this dissertation we aim to present an attempt to understand the said 'hyperactive child', not from a diagnostic classification, but through the child's symptom, emphasizing that it refers to a particularity of the subject. In order to ground our considerations, we present a fragment of a clinic case held in group for two years.

Keywords: ADHD; medical discourse; medicalization; symptom; maternal function; child-symptom; child-object.

INTRODUÇÃO

A motivação para a realização deste trabalho surgiu a partir da minha experiência clínica enquanto psicóloga atuante em um projeto denominado Associação Digai-Maré¹. Trata-se de um campo de prática psicanalítico que acredita que a psicanálise pode e deve ocupar vários espaços, não se limitando ao consultório. É um trabalho sustentado pelo desejo de que a psicanálise não seja restrita à classe burguesa, mas que seja oferecida também a contextos sociais menos privilegiados.

Com base nesse ponto de vista, em maio de 2005, o projeto Digai-Maré foi implantado na favela Nova Holanda, uma das 16 favelas pertencentes ao Complexo da Maré, localizada na cidade do Rio de Janeiro. Foi nesse trabalho, no qual permaneci durante quatro anos², que iniciei os meus questionamentos a respeito do dito fenômeno da ‘hiperatividade’. Embora o Digai-Maré esteja localizado em uma favela que, segundo o imaginário social, é considerada um território repleto de precariedades e exclusões sociais, além de imerso num cenário de guerra, após quatro anos atuando nesse projeto, nos parece que tais descrições são insuficientes para descrever um território tão complexo como a favela. Tais considerações surgiram a partir dos atendimentos clínicos que não perpassaram por questões voltadas à violência ou ao sofrimento de pertencer a um determinado grupo social.

Começamos a perceber que a demanda, em grande parte, girava em torno de questões familiares, sendo o maior índice de atendimentos clínicos destinado a crianças, quase todas encaminhadas pelas escolas do entorno da favela devido ao comportamento ‘inadequado’. O questionamento dos educadores não se referia à agressividade, às questões sociais, à negligência dos pais ou a algum tipo de abuso, tratava-se de uma preocupação advinda do fato da criança não conseguir ficar parada.

Os relatos dos educadores, respaldados pelos dos pais, eram de que a agitação da criança supostamente dificultaria a sua capacidade de aprendizagem. Apresenta-se então o discurso do ‘fracasso escolar’, que ocasionou conseqüentemente em múltiplos encaminhamentos de crianças com o diagnóstico de Transtorno de Déficit de

¹ A Associação Digai-Maré tem como integrantes os membros da Escola Brasileira de Psicanálise (EBP), aderentes da Seção-Rio, alunos do Instituto de Clínica Psicanalítica do Rio de Janeiro (ICP-RJ) e estagiários do Departamento de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio), do qual é campo de estágio. Para maiores informações a respeito desse projeto vide página 76.

² Comecei a atuar na Associação Digai-Maré como estagiária em março de 2008 e permaneci nesta até julho de 2012, como psicóloga voluntária.

Atenção/Hiperatividade (TDA/H) ao Digai-Maré. Esses encaminhamentos foram realizados por educadores (professoras, diretoras e orientadores pedagógicos) da região.

No entanto, o cenário do ‘fracasso escolar’ não data de um período tão recente assim. Ele está presente no contexto brasileiro desde a regulamentação da obrigatoriedade do ensino primário gratuito a todos os cidadãos expresso na Constituição de 25 de março de 1824. No contexto histórico, os aspectos determinantes do ‘fracasso escolar’ eram embasados nas características do aluno e em suas supostas deficiências. Somente por volta da década de 1930 é que começou a surgir um movimento denominado ‘Escola Nova’, elaborado a partir de uma análise crítica da concepção de infância, acreditando que os problemas de aprendizagem eram ocasionados pelo método de ensino. Passam a adotar a teoria piagetiana como referencial teórico e a ter uma nova pedagogia de ensino que prioriza as características individuais da criança como um facilitador do ensino, propondo “desenvolver ao máximo as potencialidades humanas” (PATTO, 1990, p. 60).

Esse novo pensamento pedagógico marca a introdução de uma visão construtivista, da qual Henri Wallon também faz parte, que entende a aprendizagem como um processo individual. Todavia ainda crê na existência de um padrão de normalidade desenvolvimentista, o que gera no professor a busca por um aluno ‘normal’, caracterizado como perfeito, encontrando exatamente o oposto do seu ideal: “o aluno sintomático – o aluno portador de deficiências ou de diferenças” (MRECH, 1997, p. 71), muitas vezes descrito na atualidade como portador de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDA/H).

A partir dessa perspectiva, novamente o ‘fracasso escolar’ passa a ser associado a uma suposta deficiência do aluno. Na realidade, são retornadas antigas certezas nas quais a idealização da infância, associada ao discurso médico, está no centro da questão. Nessa sociedade em que a valorização das potencialidades das crianças é exaltada ao ‘máximo’, ocasiona-se um duplo movimento: um deles, em relação às crianças; o outro, em relação aos pais. As crianças são cobradas a se destacarem vislumbrando um futuro promissor: o ingresso numa boa universidade ou a ascensão profissional; e seus pais, por sua vez, sofrem a pressão da sociedade para oferecer aos filhos uma infância perfeita com desenvolvimento satisfatório (MAIA, 2010). Em entrevista concedida à revista *‘Isto é’*, o filósofo escocês Carl Honoré, escritor do livro *‘Sob Pressão: criança nenhuma merece superpais’* (2009), menciona que:

Estamos em um momento único da história da infância na qual somos pressionados a oferecer uma infância "perfeita" aos nossos filhos. Uma série de tendências convergiu ao mesmo tempo para produzir uma cultura da perfeição. A globalização trouxe mais competição e incertezas sobre o mercado de trabalho, o que nos deixa mais ansiosos em preparar os filhos para a vida adulta. A cultura do consumo alcançou a apoteose nos últimos anos. O próximo passo é criar uma cultura de

expectativas elevadas: dentes, cabelos, corpo, férias, casa, tudo deve ter perfeição. E crianças perfeitas fazem parte desse retrato. É uma cultura do tudo ou nada. (...). Parece que perdemos todas as nuances entre os extremos. Não toleramos coisas medianas ou boas o suficiente (HONORÉ, 2009, ISTO É – On line).

Nessa entrevista, o filósofo aborda de maneira bastante clara a fragilidade dos pais diante do processo de globalização, que carrega o pressuposto do universal democrático e também do imperativo provocado por ela de satisfação absoluta e imediata. Além disso, o entrevistado descreve as consequências do comportamento dos pais, descritos como ‘inseguros’, no desenvolvimento das crianças.

Podemos dizer então que a sociedade tem demandado às crianças que sejam ‘normais’: que fiquem quietas, que prestem atenção, que mantenham o foco em uma coisa de cada vez etc. Entretanto, essa mesma sociedade considera que os sujeitos ‘eficazes’ são aqueles que conseguem executar bem várias tarefas em um curto espaço de tempo, o que torna o diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDA/H) conflitante com as próprias exigências do tempo atual. A partir disso, se iniciou o questionamento a respeito do possível posicionamento da psicanálise perante o transtorno.

Sabemos que o interesse por distúrbios comportamentais não é algo recente. Desde o surgimento da sintomatologia e da nosografia, especificamente psiquiátricas, médicos os têm pesquisado. Esses distúrbios são basicamente descritos como comportamentos desviantes a normas pré-estabelecidas ou convencionais. No grupo de transtornos comportamentais, um destes tem se destacado consideravelmente em ambientes familiares e escolares: o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDA/H).

O TDA/H é uma categoria diagnóstica da década de 90. Foi descrita no *‘Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais’*, uma publicação da *American Psychiatric Association*, cuja quinta edição é conhecida pela designação ‘DSM-V’. Esse distúrbio psiquiátrico tem início precoce; os primeiros sintomas ocorrem geralmente antes dos doze anos de idade. Além disso, o distúrbio é marcado pela combinação de três comportamentos (desatenção, hiperatividade e impulsividade) chamados por alguns autores de ‘a santíssima trindade’ (LIMA, 2005, p.14).

Nos últimos anos, a descrição dessa série de comportamentos desempenhados pelas crianças vem sofrendo um progressivo deslocamento de sentido. Crianças que anteriormente eram consideradas ‘peraltas’, ‘arteiras’, ‘mal-educadas’, ‘indisciplinadas’ ou ‘desmotivadas’ começam a ser diagnosticadas como acometidas por um transtorno. Assim, quando a criança não aprende a ler, não adquire novas habilidades em prazos predeterminados ou não se

comporta segundo padrões esperados, ela recebe um ‘rótulo’ que posteriormente irá se tornar um problema, virando uma urgência para os pais e para educadores que, por sua vez, pouco ou nada se questionam sobre quais seriam as causas de tal comportamento.

Devido à exacerbação e à desordem motora que são facilmente observáveis, podemos definir o TDA/H como uma ‘patologia do olhar’ que apenas prioriza a descrição de comportamento. O TDA/H se caracteriza como uma patologia focada no corpo. Embora essas crianças não apresentem nenhuma disfunção física, pois o seu desenvolvimento corporal é satisfatório, elas aparentemente apresentam alguma alteração no funcionamento corporal, tornando-o acelerado e desorganizado (ROY & ROY, 2013).

Uma das grandes problemáticas desse transtorno é a valorização da observação de características comportamentais, seguida do diagnóstico fechado e culminando na prescrição do metilfenidato, mais conhecido como Ritalina, que, por sua vez, exclui a narrativa da criança sobre seus próprios sintomas. A criança somente é descrita por seus pais, por médicos, por professores ou por qualquer adulto que mantenha alguma proximidade com ela, mas em nenhum momento lhe é dado o direito à fala.

Não é raro que muitas das dificuldades manifestadas pelas crianças sejam absorvidas por algumas das classificações universais de doenças. Tal fato é provável que tenha ocorrido devido à atual expansão dos meios de comunicação, que tanto tem facilitado o acesso à informação como proporcionado que pessoas não graduadas em medicina tendam a realizar diagnósticos clínicos. Acrescido a isso, o discurso médico, que descreve e respalda o TDA/H como uma doença do comportamento, não se questiona pelo crescente aumento do número de casos diagnosticados.

Até o presente momento, embora haja aumento significativo do número de casos de crianças diagnosticadas com esse transtorno, não existe o conhecimento de uma etiologia específica. A hipótese é que ela seja o resultado de algum dano cerebral ou que seja geneticamente herdada, mas ainda não há comprovação de tais argumentos. O destaque é dado ao comportamento desempenhado pela criança, não havendo necessidade de maiores explicações.

Devemos ressaltar que, além da nomeação do DSM-V, o conjunto de tais comportamentos também está presente na ‘*Classificação de transtornos mentais e de comportamento*’, em sua 10ª revisão, comumente conhecida por ‘CID-10’. Ela apresenta uma nomenclatura diferenciada, com tais comportamentos pertencendo ao grupo de Transtornos Hipercinéticos que inclui a Perturbação da Atividade e Atenção (CID-10: F.90.0), nomeação

equivalente ao Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (DSM-V: 314). Embora essa definição seja a mais aceitável por ser aprovada pela classificação internacional de doenças, não foi a mais aceita pelo senso comum nem a difundida nos meios de comunicação. Devido à popularização do termo Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, optamos por apenas abordar a definição do DSM-V.

A disseminação do ‘rótulo hiperativo’ na sociedade, principalmente nos ambientes familiares e educacionais, tem ocasionado tanto nos pais como nos educadores uma ‘inquietação’ por não saberem o que fazer diante da movimentação exacerbada da criança. Devido a tal comportamento, têm buscado respostas em um campo de saber fora do ambiente familiar, um lugar ocupado geralmente pelo discurso científico, o qual produz uma certeza, nomeia o comportamento e fabrica remédios que ‘apaziguam’ a angústia dos pais e educadores. Contudo, diante de tal discurso, o que percebemos é o estabelecimento de uma imensa lista de definições que são insuficientes para atestarem a causa do TDA/H e, conseqüentemente, insuficientes para promoverem a sua cura.

Se após todo o aparato científico os sintomas permanecem e as alterações comportamentais são quase que imperceptíveis, o discurso médico busca uma parceria com outro campo de saber. Assim, as crianças são encaminhadas ao psicólogo com um diagnóstico já definido. Geralmente esse encaminhamento se baseia no tratamento medicamentoso associado às terapias cognitivas-comportamentais, que priorizam as mudanças no registro comportamental. Todavia alguns pais, conscientemente ou inconscientemente, se desviam desse encaminhamento e procuram um psicanalista, no entanto, ainda acreditam na veracidade daquele diagnóstico. Diante de tais constatações, interrogamos de que maneira a psicanálise poderia contribuir nesses casos, já que ela não se destina a avaliar, normatizar e padronizar os indivíduos.

Para a psicanálise, a classificação diagnóstica não dá conta do sujeito classificado como portador de TDA/H, mas será que isso exclui a sua relação com o campo da medicina? Embora acreditemos que a descrição sintomática do campo da psiquiatria seja insuficiente para nomear o sujeito, cremos que o diálogo entre esses dois tão distintos campos do saber seja possível.

Em relação ao lugar que a psicanálise ocupa na medicina, Lacan (1966/2001) mencionou que se refere a um lugar similar ao ocupado pelos psicólogos, sendo considerada simplesmente como uma ajuda exterior. Não se trata de uma posição privilegiada, na realidade diz respeito a uma posição “marginal” (LACAN, 1966/2001, p. 8). Porém, essa

posição marginalizada não é excludente, pelo contrário, lhe possibilita um lugar à margem. Devido a esse fato, acreditamos que a psicanálise não deve se eximir de suas considerações a respeito desse questionamento nem de se posicionar contrária à medicina, pois isso impediria qualquer forma de diálogo. A psicanálise deve agir pelas brechas que encontra ao longo do caminho, sustentando que a agitação excessiva da criança se refere a algo de particular do sujeito. Por isso, tal pesquisa se faz necessária.

No presente trabalho, partiremos das considerações classificatórias do DSM-V, mas não daremos ênfase a esse aspecto. O que pretendemos é chamar a atenção à nomenclatura utilizada pelo senso comum, especialmente em ambientes escolares, para se referir a ‘crianças problemáticas’. Primeiramente, consideraremos se o TDA/H é apenas uma construção ideológica ou se responde a um real. Segundo, caso seja um sintoma da criança, faz-se necessário pensarmos de que maneira ele se estabeleceu. Por que ele não cessa de se repetir? E finalmente: de que maneira esse sintoma pode ser lido pela psicanálise? Ou seja, de que forma a psicanálise pode compreender esse sintoma?

Assim, almejamos apresentar uma tentativa de compreensão do dito Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDA/H) não a partir de uma classificação, mas através de uma reflexão sobre a maneira pela qual a criança vivencia esse fenômeno, considerando-o, para além de um corpo que se movimenta, como um sintoma manifesto por algo que é da ordem do particular do sujeito. A nossa hipótese é que, para a clínica psicanalítica de orientação lacaniana, o sintoma da criança está associado ao contexto familiar e relaciona-se à dificuldade que o pai pode ter ao desempenhar a sua função. O nosso pressuposto é que a dita ‘criança hiperativa’ tem a sua atenção alterada/perturbada pela libido da mãe, sendo o seu sintoma associado ao modo como a própria criança se situa em relação à falta materna.

A dissertação dividida em três capítulos e a discussão apresentada tem como cenário a instituição familiar, a instituição escolar e a instituição médica como três discursos em que a criança é o foco. Assim, ao longo do referido trabalho, nos dedicaremos a apresentar três fatores que talvez reforcem o estabelecimento do diagnóstico do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, a saber: a construção ideológica do que seria uma criança, a nomeação do diagnóstico e a expansão da indústria farmacêutica.

Conforme mencionamos anteriormente, o TDA/H é um transtorno amplamente difundido na sociedade contemporânea. Devido a esse fato, consideramos que seja viável situar primeiramente a discussão no campo médico, vinculando à apropriação equivocada da sociedade sobre esse transtorno. Desse modo, no primeiro capítulo, que intitulamos ‘*Acepção*

da hiperatividade para o discurso médico’, pretendemos analisar como as transformações diagnósticas pautadas no ‘progresso científico’ possibilitaram o estabelecimento de uma categoria diagnóstica tão difundida na sociedade contemporânea. Essa parte da dissertação objetiva descrever a compreensão do discurso médico a respeito do Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade. Para tal, utilizaremos como referencial teórico as descrições classificatórias do DSM-V.

Nessa parte da dissertação, localizaremos a história das principais escolas psiquiátricas, dando destaque a duas das consideradas mais importantes: a Escola Francesa e a Anglo-Saxônica. Tais escolas são importantes porque determinam o modo de ver e de atuar com a criança portadora de TDA/H, já que ambas são expressões originais da dicotomia entre os aspectos psicodinâmicos e os fatores ambientais presentes na visão patológica até a atualidade. Devemos destacar que, embora elas apresentem diferenças, ambas supõem que seja possível reestabelecer o equilíbrio que supostamente foi alterado pela doença da criança. Trata-se de um ideal de adaptação do indivíduo ao meio.

Seguida da construção histórica da doença, apresentaremos uma revisão crítica sobre a forma diagnóstica aplicada a esse transtorno, assim como suas características primordiais, além do tratamento mais indicado, segundo o discurso médico: prescrição de medicamentos associados às terapias cognitivas comportamentais. Objetivamos, com esse capítulo, destacar os limites de tais abordagens (Escola Francesa e a Anglo-Saxônica) nas práticas e pesquisas que delas se originam, assim como as lacunas de seus instrumentos teóricos para enfocar a relação da criança com o seu sintoma.

Como o primeiro capítulo se dedica a apresentar uma contextualização generalizada do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, optamos por expor uma análise crítica dos fatores que o discurso médico considera disfuncional pelo viés do comportamento. Desse modo, caso algum comportamento desviante se apresente, serão construídas formas de reinserção à norma pré-estabelecida. Um dos responsáveis pelo estabelecimento ilusório de um mundo perfeito ileso a qualquer ‘mal-estar’ é o discurso capitalista que, em termos lacanianos, exclui a castração do sujeito.

Esse discurso associado ao discurso científico é um dos fatores desencadeantes da expansão da indústria farmacêutica, sendo o medicamento o método paliativo a todo esse sofrimento causado na e pela criança. É de destaque que não pretendemos nos opor a uma intervenção medicamentosa, apenas almejamos analisar criticamente a sua forma de uso pensando o lugar da psicanálise na medicina, refletindo se o medicamento beneficia a criança

ou se seria apenas uma forma de silenciá-la, impossibilitando-a de falar sobre o seu próprio sintoma.

No segundo capítulo, antes de adentrarmos na especificidade desse fenômeno, consideramos que seja viável ponderarmos sobre o sintoma na perspectiva psicanalítica, que se difere da compreensão do campo médico. Entendemos que a perspectiva médica constrói categorias universalizantes de doenças priorizando aspectos biológicos, os quais excluem a criança de seu próprio sintoma, colocando-a em uma posição de vítima. Enquanto isso a proposta da psicanálise é inserir a particularidade da criança, pensando o seu sintoma como um modo de gozo, analisando o sintoma para além do nível comportamental.

Como o sintoma não se refere a um conceito exclusivo da psicanálise, no segundo capítulo, iniciaremos com uma apreciação generalista do conceito de sintoma. Após tais explicações, seguiremos apresentando as considerações freudianas, que basicamente definem o sintoma como um processo patológico análogo a um corpo estranho, resultante de um conflito ocasionado pela libido insatisfeita, que precisa encontrar outras vias de satisfação. Nesse caso, sintoma vem a ser uma outra forma de satisfação proveniente da reconciliação de duas forças. Mas de que maneira isso se aplica quando o paciente trata-se de uma criança?

No capítulo final, *'Apontamentos sobre a criança 'hiperativa' à luz da psicanálise'*, apresentaremos as considerações da psicanálise a respeito do diagnóstico médico. Desse modo, daremos continuidade à análise sobre o sintoma, introduzindo a perspectiva do sintoma da criança. Sabemos que esta é um ser dependente do adulto, o que impede que ela seja atendida completamente isolada de seu meio familiar. Assim, no terceiro capítulo, apoiaremos a nossa pesquisa nas ideias de Jacques Lacan (1969/2003), autor que afirma a irredutibilidade de uma transmissão familiar como algo necessário para o estabelecimento do sujeito.

Nesse momento, daremos destaque à função materna e paterna, pensando o TDA/H como uma possível consequência da dificuldade de sustentação da função paterna, ou seja, “o desejo da mãe quando não tem mediação, deixa a criança exposta a todas as capturas fantasmáticas. Ela se torna o objeto da mãe e não mais tem outra função senão a de revelar a verdade desse objeto” (LACAN, 1969/2003, p. 369), instalando o sintoma infantil. Esse enfraquecimento que estamos nos referindo faz menção à dificuldade de executar a função paterna.

A fim de exemplificarmos as nossas considerações, apresentaremos uma vinheta clínica proveniente de um atendimento em grupo. O fragmento, que tem caráter exemplar, se refere a um grupo de crianças que teve início em julho de 2010 e foi finalizado em maio de

2012. Tal grupo era composto por crianças na faixa etária de seis a nove anos. O referido caso, que será apresentado em quatro momentos (a demanda de atendimento, a formação do grupo, a elaboração da fantasia e a finalização do grupo) é uma tentativa de compreensão do dito fenômeno de hiperatividade no qual o discurso médico foi insuficiente para descrever os sintomas das crianças, havendo o estabelecimento de uma demanda de tratamento psicanalítico.

Dessa forma, a fim de marcarmos uma diferença diante do posicionamento do discurso médico, pretendemos no nosso trabalho elucidar, à luz da psicanálise, aspectos inerentes ao dito fenômeno da ‘hiperatividade’, afirmando que esse sintoma diz respeito a algo que é da ordem do particular do sujeito. Para a psicanálise, a referida ‘criança hiperativa’ não está inserida em uma classificação diagnóstica, mas tem, por meio do seu sintoma, algo que enfatiza e que diz respeito a uma particularidade do sujeito.

CAPÍTULO I. Acepção da hiperatividade para o discurso médico.

Neste capítulo trataremos do quadro sintomático, de início precoce, designado pelo discurso médico de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDA/H). A nossa pretensão se destina a uma análise crítica do ‘progresso científico’, presente no século XXI, que propiciou a emergência das Neurociências.

A ênfase aos aspectos cognitivos se apóia no surgimento da “ciência matemática da vida” (SANTIAGO, 2013, p. 9), datada do século XX. A premissa parte das considerações da Biologia Molecular que afirma que a matemática pode se aproximar da natureza, alcançando a vida. De tal modo que essa ciência tenta inculcar a ideia de ser possível analisar matematicamente um órgão específico do ser vivo (cérebro), sendo capaz de inferir sobre o pensamento (SANTIAGO, 2013).

O cérebro é tomado como o instrumento real do funcionamento psíquico, e seu acesso direto se dá por meio do emprego das neuroimagens (ressonância magnética). O advento das imagens por ressonância magnética possibilita estudar com precisão as estruturas cerebrais, principalmente aquelas envolvidas nos quadros patológicos. No caso do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDA/H), por exemplo, as imagens revelam que crianças acometidas por esse transtorno têm o lobo temporal direito diminuído.

No entanto, o ‘progresso científico’ ainda não conseguiu precisar o fenótipo e nem o genótipo que juntos seriam capazes de produzir esse transtorno. Por enquanto, o que temos são pesquisas científicas na área que prometem esse avanço científico, a fim de encontrar o tipo específico de déficit genético que, supostamente, a criança apresentaria.

De que maneira isso se aplica no campo clínico? Embasados na premissa da Biologia Molecular, tenta-se obter do próprio paciente a descrição objetiva de seus pensamentos. Aqui não se apresenta o sujeito do inconsciente, e nem a crença de que todo e qualquer sintoma “têm um sentido e se relacionam com as experiências do paciente” (FREUD, 1917b/1996, p. XXX). Essa questão tão subjetiva não é levada em consideração. Isso porque todo e qualquer diagnóstico é uma forma de classificação.

Desta forma, aquele que o estabelece, conseqüentemente, insere o sujeito em um determinado grupo. Isso ocorre porque aquele que diagnostica define alguns padrões que serão capazes de representar o sujeito. No Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDA/H) a padronização advém do conjunto de dezoito sintomas (nove de desatenção, seis de

hiperatividade e três de impulsividade), descritos no *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*, nos quais pelo menos seis devem estar presentes para que o diagnóstico seja estabelecido. Mesmo que se tente preservar a singularidade do sujeito, o próprio diagnóstico é considerado um juízo de valor, que é capaz de inserir /incorporar o sujeito em uma classe.

Além da exclusão da singularidade, temos notado que tal designação, produzida pelo saber científico, muitas vezes é interpretada de maneira errônea pelo senso comum. Tal nomeação diagnóstica tem sido apropriada, pelo senso comum, para outro propósito que não corresponde aos critérios diagnósticos estabelecidos pelos manuais de psiquiatria. Essa apropriação indevida possibilita duas leituras desse transtorno psiquiátrico:

- 1) O diagnóstico passa a ser uma nomeação para o comportamento desempenhado pela criança, eximindo os pais de qualquer questionamento sobre o mesmo;
- 2) O diagnóstico ao invés de um indicativo de doença, entendido apenas como uma descrição sintomática, que está remetido a uma instituição de saúde, se torna um método adaptativo utilizado para atender às exigências avaliativas de uma instituição de ensino,

Na realidade, não se trata apenas de uma terminologia diagnóstica, o que está no cerne da questão é a ideologia acerca do que se espera da criança e os meios utilizados para alcançar esse fim. Acrescido a este fato, a generalização do diagnóstico de TDA/H tem ocasionado o aumento significativo da prescrição de medicamento, Ritalina. Desta forma, essa manifestação sintomática, imersa no discurso do século XXI, almeja a homogeneização das respostas singulares de cada um, ansiando por promover um controle disfarçado pelo benefício da cura. Assim, o ponto primordial deixa de ser o benefício da cura e passa a ser o provável futuro promissor da criança.

Esses fatores nos levam a interrogar tanto acerca do ‘diagnóstico’ como do posicionamento diante deste. Levamos em consideração inicialmente três perguntas chaves: Em que consiste tal diagnóstico? Como ele surgiu? E qual o tratamento que ele implica? Todos esses questionamentos nos direcionam à instituição médica e ao saber a ela remetido. Esperamos que por meio da localização histórica desse transtorno e das principais linhas de pensamento, dando destaque à Escola Francesa e à Escola Anglo-Saxã, possamos distinguir esse conceito, e analisar como ele vem se alterando e influenciando as práticas médicas e educacionais.

Mesmo que o aspecto diagnóstico do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDA/H) não seja o cerne da nossa pesquisa, não devemos nos eximir do questionamento sobre essa proliferação diagnóstica que tem invadido a nossa prática. Desta forma, optamos por iniciar a nossa pesquisa deixando-nos guiar pelo discurso médico.

O nosso intuito é que o primeiro capítulo seja dedicado a abordar a perspectiva médica sobre o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDA/H), analisando-o somente como um comportamento, ato ou ação desempenhado pela criança, sem que aja a compreensão de um sujeito. Nessa seção a pretensão é demarcar o posicionamento médico quanto ao diagnóstico (de que trata o transtorno, sua causa provável e seu tratamento) para depois iniciarmos a reflexão clínica a partir da psicanálise³, que ocorre na contramão da proposta de avaliação.

Neste momento, o direcionamento da pesquisa não é a criança, mas a nomeação de um transtorno infantil. O que será colocado são as características observáveis da criança, ou seja, o comportamento desempenhado por ela. Contudo, conforme foi dito, não nos baseamos em tais padrões diagnósticos, pois a premissa da psicanálise consiste em fazer prevalecer o único de cada sujeito, mas acreditamos que abordar esse tema nos ajude a introduzir nossas questões. Para tal, nos limitaremos a apresentar o percurso histórico do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, seguidas de reflexões psicanalíticas sobre o discurso médico.

1.2. Percurso histórico do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade

Embora o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDA/H) tenha sido difundido na sociedade contemporânea, seu diagnóstico não data de um tempo tão recente assim, descrições de crianças típicas desse transtorno já vêm aparecendo desde o século XIX. Atualmente, a denominação TDA/H pertence à nomenclatura utilizada pelo DSM-V. Mas as descrições sintomáticas do mesmo transtorno também estão presentes na CID-10, inclusas no quadro de Transtornos Hiper-cinéticos, especificamente nomeados como Perturbação da Atividade e da Atenção. Devido à similaridade de algumas características diagnósticas, tomaremos estes dois transtornos como que pertencentes à mesma história, mas daremos ênfase à nomenclatura do DSM-V por ser aquela que ficou popularizada a partir da década de 1990, descrita inicialmente no antigo manual (DSM-IV).

³ Esse assunto será abordado no *‘Capítulo II: Uma leitura psicanalítica sobre o sintoma’*, destinado a apresentar o sintoma segundo a perspectiva psicanalítica. Para maiores informações vide página 44.

Anteriormente ao século XX, médicos já tinham se dedicado a investigar quadros patológicos que, atualmente, se aproximariam do recente diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. Por causa de suas semelhanças, os tomaremos como incluídos na mesma história diagnóstica. Assim, neste tópico apresentaremos o percurso histórico do diagnóstico de Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade, usualmente chamado pelo senso comum de hiperatividade.

Dentre as correntes teóricas que, de alguma forma, podem contribuir na compreensão dessa problemática, temos, a partir da década de 1920, duas que se destacam: a Escola Francesa de Psiquiatria e a Escola Anglo-Saxônica. A primeira delas propõe a noção de ‘Instabilidade Psicomotora’, a qual privilegia uma abordagem psicodinâmica, situando a instabilidade num contexto clínico. A instabilidade seria uma manifestação sintomática proveniente de um transtorno ansioso, estando diretamente vinculada à organização psíquica da criança. Enquanto que a Escola Anglo-Saxônica situa o diagnóstico infantil a partir de uma concepção neurológica, entendendo o comportamento das crianças como oriundo de sequelas de encefalite. Essa concepção generalista foi um dos possíveis fatores responsáveis pela divulgação e pela aceitação do termo ‘hiperatividade’. Devido a este fato optamos por dar destaque às considerações referentes à Escola Anglo-Saxônica (BIANCHI, 2007; ROY & ROY, 2013).

Contudo, antes de descrevermos essa corrente de pensamento, ponderamos que seja viável situarmos minimamente a problemática em relação à primeira escola. A Escola Francesa de Psiquiatria era composta por Henri Wallon, Julian Ajuriaguerra, Serge Lebovici, René Diatkine e Michel Soulé.

O conceito de Instabilidade Psicomotora foi desenvolvido com o estudo pioneiro de Henri Wallon (1925) apresentado em sua tese de doutorado, intitulada *‘L’enfant turbulent’*. Nela, Wallon divulga sua pesquisa realizada com 214 crianças, em idade de dois e três anos, atendidas em um posto de psiquiatria, localizado em Boulogne-Billancourt, que apresentavam distúrbios psicológicos como: instabilidade, perversidade e delinquência. Durante essa pesquisa, Wallon descreve os estágios do desenvolvimento psicomotor (emotivo, sensitivo-motor e projetivo), seguidos das síndromes psicomotoras (debilidade motora, assinergia motora e mental, hipertonia, automatismo emotivo-motor e insuficiência frontal), afirmando que o conhecimento sobre a natureza das funções motoras não deve ser pautado somente na análise neurológica. Segundo ele, o desenvolvimento motor da criança é afetado pelo meio no qual ela está inserida.

Posteriormente, em 1940, J. Abramson publicou o livro *'A criança e o adolescente instável'*, obra na qual caracterizou a constituição específica do 'instável psicomotor', definindo alterações na área motora e a particularidade de sua personalidade. Segundo a sua tese, denomina-se como 'instáveis' as crianças:

(...) incapazes de inibir sua necessidade de dispersão; sua atenção é lábil; ele se fixa tanto no detalhe, quanto no conjunto sem fazer a análise e a atividade ordenada a fadiga contribui. No conjunto, os instáveis psicomotores, em geral, têm êxito nos testes que requerem um grande dispêndio de energia em pouco tempo, enquanto fracassa nos testes que exigem uma coordenação, precisão e rapidez no movimento (AJURIAGUERRA, 1970, p.239).

Na década de 1950, almejando uma definição mais rigorosa, a Instabilidade Psicomotora recebe uma nova designação, a de 'Síndrome Hiperkinética'⁴, caracterizada pela incapacidade de inibir a motricidade 'normal', passando a ser associada a dois tipos de formas clínicas: 1) instabilidade adquirida através de traumas, encefalites e fatores orgânicos e 2) instabilidade constitucional em que se refletem disposições inatas. A partir dessa nova nomeação, os pressupostos da Escola Anglo-Saxônica se tornam referenciais teóricos para essa questão (AJURIAGUERRA, 1970).

Em relação aos argumentos teóricos da segunda corrente, a Escola Anglo-Saxônica, temos uma das primeiras referências à criança com hiperatividade datada de 1885, num relato de Heinrich Hoffmann, médico psiquiatra alemão e poeta, sobre o excesso de agitação de seu filho durante as refeições (BARKLEY, 2008). Contudo, a primeira descrição científica do transtorno é atribuída ao médico pediatra inglês George Frederic Still (LIMA, 2005).

No ano de 1902, Still ministrou, no *Royal College of Physicians*, três palestras que posteriormente foram publicadas, nas quais descreve o comportamento de 43 crianças atendidas em seu consultório devido à dificuldade que apresentavam em manter a atenção. Ele observou que as crianças manifestavam os seguintes comportamentos: atitude desafiadora; ausência de reconhecimento de regras e limites; presença de desobediência, desinibição e comportamento agressivo; falta de atenção e emotividade exacerbada. Além disso, Still constatou que tais crianças foram criadas em ambientes familiares socialmente descritos como adequados e estruturados. Porém, mesmo que tais famílias tenham proporcionado cuidados satisfatórios a sua prole, ele observou que havia grande incidência dos sintomas descritos nas crianças quando algum membro da família apresentava quadro psiquiátrico, como depressão e alcoolismo. Por meio de tais evidências, Still cria a sua hipótese alegando que as condutas das

⁴ Síndrome Hiperkinética foi a nomeação utilizada pela *'Classificação Internacional das Doenças'*, em sua nona edição (CID-9), em 1970, para se referir a essa disfunção. No ano de 1990, ao lançar sua décima edição (CID-10), o termo foi alterado para Transtornos Hiperkinéticos.

crianças estariam relacionadas a uma alteração estrutural do cérebro, supostamente herdada geneticamente, descrita por ele como um ‘Defeito do Controle Moral’ (LIMA, 2005).

Na concepção de George Frederic Still, o controle moral diz respeito ao “controle da ação em conformidade com a ideia do bem comum” (STILL, 1902, p.1008). Em outras palavras, podemos entender que esse conceito inclui a suposição de que a criança conseguiria agir conscientemente em prol do benefício da sociedade. No momento em que tal postura se encontra ausente, ocorre o que ele nomeia de ‘Defeito do Controle Moral’, sendo esse iniciado por meio de três funções distintas: “(1) um defeito na relação cognitiva com o ambiente; (2) um defeito na consciência moral; (3) um defeito na volição inibitória” (STILL, 1902, p. 1011).

Nos anos que se seguiram, em 1917-1918, houve uma epidemia de encefalite que ajudou a reforçar a hipótese biológica para tais distúrbios comportamentais. Durante esse período as crianças que sobreviveram a essa infecção cerebral foram atingidas por sequelas comportamentais e cognitivas, passando a apresentar hiperatividade; desatenção; alteração na memória; impulsividade e características descritas como socialmente perturbadoras. Algumas de tais descrições foram incluídas no atual diagnóstico de Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade e outras incorporadas aos ditos Transtornos de Conduta.

A característica primordial dessa década era que o distúrbio do comportamento seria o resultado de uma lesão cerebral, o que culmina em uma série de pesquisas associando a doença cerebral às patologias do comportamento. Essas investigações não se restringiam a infecções do encéfalo, também pesquisavam as consequências do sarampo, da toxicidade do chumbo, da epilepsia e de traumatismos cranianos. Assim, acreditava-se que toda e qualquer criança hospitalizada em instalações psiquiátricas com quadros sintomáticos semelhantes aos apresentados, entre os anos de 1917-1918, sofria de algum tipo de lesão cerebral.

Considerada uma premissa verdadeira, ela contribuiu para que fosse estabelecida, pelos médicos Alfred Strauss e Laura Lehtinen, em 1947, a categoria de ‘Lesão Cerebral Mínima’ (LCM). Com isso, crianças que apresentavam comportamentos semelhantes aos das vítimas de encefalite, sem que tivessem sido acometidas pela doença, passam a ser consideradas como portadoras de um dano ou uma lesão na estrutura cerebral que até então era apenas suposto.

Com o decorrer do tempo, na década de 1960, devido às implicações etiológicas do termo ‘lesão’ e à ausência de evidências que atestassem a ocorrência de lesões cerebrais, o termo foi substituído pela palavra ‘disfunção’, evoluindo para o conceito de ‘Disfunção

Cerebral Mínima' (DCM). Ainda com ênfase na tese straussiana, prevalecendo a ideia de que a DCM poderia ser identificada apenas através da observância dos mesmos sinais comportamentais, sem a interferência de anomalias cerebrais (BARKLEY, 2008). Segundo Rossano Cabral Lima (2005), psiquiatra e professor do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, a denominação de Disfunção Cerebral Mínima torna a categoria mais abrangente, inserindo nela tanto as crianças com problemas de aprendizagem e desatenção como aquelas com conduta hiperativa e tendência antissocial.

A Disfunção Cerebral Mínima surge como uma patologia exclusiva da classe média. Entre os anos de 1960 a 1970, nos Estados Unidos da América, a DCM deixa de ser uma categoria exclusiva do campo médico, passando a ser discutida nos ambientes escolares, nos ambientes familiares e também no campo da psicologia, havendo desde então a disseminação do termo na classe média. A explicação para a rápida aceitação desse diagnóstico pode ter suas bases no contexto histórico e social dos EUA, nos anos 60: período em que a economia do país inicia seu processo de enfraquecimento e começa a surgir uma nova constituição familiar, gerada por crises e prevalência de divórcios (LIMA, 2005).

Neste contexto, a classe burguesa começou a indagar sobre quais seriam os motivos que teriam ocasionado o surgimento de comportamentos (desatenção, impulsividade e hiperatividade) tão desestruturantes. A forma de silenciar essa inquietação adveio do discurso científico, especificamente médico, que reduziram questões familiares, econômicas e sociais a simples disfunções cerebrais que possibilitaram um alívio aos pais e às instituições, já que a 'culpa' do fracasso escolar era advinda da doença. Além disso, o fato de existir alguma alteração biológica também exime a criança do diagnóstico de retardo mental, já que os portadores de DCM têm o nível de inteligência na média ou acima dela, enquanto que o comportamento de crianças pertencentes às classes populares continuava a ser reflexo de privação psicossocial ou portadores de retardo mental (LIMA, 2005).

Após a consagração do termo Disfunção Cerebral Mínima, uma categoria imprecisa que englobava diversas situações clínicas, por vezes discrepantes, as pesquisas científicas em torno deste assunto passam a priorizar e a enfatizar a sintomatologia mais evidente e marcante. Com isso, a DCM é substituída por rótulos mais específicos aplicados a transtornos cognitivos, comportamentais e de aprendizagem nos quais havia um estreitamento no foco sintomático em torno da hiperatividade e, posteriormente, da atenção (LOUZÃ NETO, 2005).

Dentre esses transtornos menos homogêneos, em relação à hiperatividade, podemos destacar as pesquisas feitas pela psiquiatra Stella Chess, que foi uma das precursoras, em

1960, do diagnóstico de ‘Síndrome da Criança Hiperativa’. Segundo a sua concepção, a criança seria considerada hiperativa desde que apresentasse uma atividade em uma velocidade acima do normal, observado em crianças na mesma faixa etária, ou que estivesse em constante movimento, ou que apresentasse ambos. Nota-se que, neste caso, exclui a necessidade de um dano cerebral (BARKLEY, 2008).

Oito anos antes do surgimento de tal diagnóstico é lançada, em 1952, a primeira edição do *‘Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais’* (DSM-I), da Associação Psiquiátrica Americana, que não faz menção aos sintomas do atual diagnóstico de TDA/H. Somente na segunda edição, em 1968, que é incluída a categoria ‘Reação Hiperkinética da Infância’ (LIMA, 2005; LOUZÃ NETO, 2010). A inclusão da palavra ‘reação’ é uma das consequências da ascensão da psicanálise na psiquiatria americana, que embora valorize e acredite na causalidade biológica, reconhece a existência de síndromes que têm as suas origens em fatores psíquicos e ambientais. Com isso, passa a haver uma mudança de atitude em relação à TDA/H, deixam de acreditar exclusivamente em uma disfunção cerebral, e começam a pensar na possibilidade de eventos ocorridos na esfera familiar e/ou social serem os causadores (LIMA, 2005).

Na década seguinte, ocorre outra alteração: a ênfase deixa de ser colocada na hiperatividade e começa-se a privilegiar a dificuldade de atenção. Uma autora que se destacou foi a psiquiatra Virginia Douglas (1972), que argumentou que os déficits de atenção seriam mais prováveis para explicar as dificuldades das crianças do que a hiperatividade. A descrição que Douglas fez da síndrome foi fundamental para que na terceira edição do DSM, em 1980, a entidade fosse renomeada como Distúrbio de Déficit de Atenção (DDA) (BARKLEY, 2008).

No DSM-III, as características do transtorno começam a ter uma definição sintomática mais precisa, delimitando a idade de início (antes dos sete anos) e a duração de ocorrência (durante pelo menos seis meses) para a concretização do diagnóstico. Nele, também houve o estabelecimento de dois subtipos: Distúrbio de Déficit de Atenção *com* Hiperatividade e Distúrbio de Déficit de Atenção *sem* Hiperatividade (LOUZÃ NETO, 2005). Quando foi lançada a quarta edição do DSM, em 1994, houve outra alteração na nomenclatura, abolindo a palavra ‘distúrbio’ e a substituindo por ‘transtorno’, passando a ser denominado como Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade.

Recentemente, em 2013, foi oficialmente publicada a mais nova edição do *‘Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais’*, o DSM-V. A nova publicação é o resultado

de um processo de 12 anos de estudo, revisões e pesquisas empíricas realizadas por uma equipe multiprofissional. Para tal, foi necessária a criação, a exclusão e a reformulação de certas categorias diagnósticas. O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade representa uma dessas modificações, observadas no DSM-V.

Devido a sua proposta de propiciar um entendimento ampliado dos transtornos mentais, o DSM-V exclui o capítulo de ‘Transtornos geralmente diagnosticados pela primeira vez na infância ou na adolescência’, que continha incluso nele o TDA/H. Com isso, a maioria dos diagnósticos presentes no extinto capítulo passam a compor os ‘Transtornos do neurodesenvolvimento’, que são caracterizados por dificuldades no desenvolvimento, que se manifestam precocemente, e influenciam no funcionamento pessoal, social e acadêmico. Entretanto, mesmo com as alterações, os critérios diagnósticos são bastante similares ao antigo manual (ARAUJO & LOTUFO NETO, 2013). No decorrer da seção seguinte, descreveremos a hipótese causal, os critérios diagnósticos e o possível tratamento. Além disso, pontuaremos as alterações do critério diagnóstico estabelecidas pelo DSM-V

1.1.1. Etiologia, diagnóstico e tratamento do TDA/H.

O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade é objeto de estudo de muitas pesquisas psiquiátricas, especialmente a partir da década de 1990. Apesar do grande número de pesquisas, a sua etiologia ainda é desconhecida. A literatura científica apenas pontua possíveis fatores desencadeantes.

Como vimos, os frequentes estudos ainda visam encontrar com precisão a área lesionada ou de mal funcionamento cerebral, para que possam justificar a causa deste transtorno. Esses estudos têm se concentrado na região do córtex pré-frontal, região responsável por coordenar o “controle motor, manutenção da atenção, inibição dos impulsos, planejamento das ações” (LIMA, 2005, p.86). Essa possível deficiência no córtex pré-frontal seria responsável pela diminuição da produção ou até da utilização de catecolaminas (dopamina e noradrenalina). Contudo, as imagens cerebrais mostram que as mesmas estruturas anatômicas estão presentes em outros transtornos, o que não é colocado em questão, pois se trata de um transtorno frequentemente associado a outros (ROY & ROY, 2013).

Outro aspecto discutido, com pouca comprovação, é a crença que o transtorno seria geneticamente herdado. Pesquisas constataam que a incidência do TDA/H é maior em crianças nas quais um dos pais tenha sido diagnosticado com esse transtorno. Contudo, ainda não foi

encontrado o gene determinante (BARKLEY, 2008). A explicação encontrada é que o TDA/H não é um transtorno isolado (ROY & ROY, 2013).

O diagnóstico é baseado na sintomatologia. As crianças acometidas por este transtorno, em geral, apresentam nível mental normal, embora sejam encaminhadas a consulta médica devido a um atraso escolar, sendo comumente descritos por:

(...) movem-se “sem parar, tocam em tudo, são irritados sem agressividade, incapazes de inibição motora e de contenção expressional, sua atividade é desorganizada, a atenção é dispersa, são incapazes de um esforço contínuo e sua eficiência é insuficiente durante trabalho prolongado (AJURIAGUERRA, 1970, p. 239).

Com a definição (TDA/H) estabelecida pelo DSM-IV⁵, passam a existir critérios diagnósticos ainda mais precisos, contendo uma lista de dezoito sintomas (nove de desatenção, seis de hiperatividade e três de impulsividade) que devem permanecer por pelo menos seis meses, sendo necessária a presença de seis ou mais sintomas de desatenção ou hiperatividade. Além disso, há três subtipos: Transtorno de Déficit de Atenção, tipo combinado; Transtorno de Déficit de Atenção, tipo desatento; Transtorno de Déficit de Atenção, tipo hiperativo-impulsivo (LOUZÃ NETO, 2005; TOLEDO; SIMÃO, 2003).

Já com a implantação do DSM-V, em 2013, não houve mudanças importantes para a construção diagnóstica, pois os dezoito sintomas centrais permanecem os mesmos. As alterações incluem:

1. Critério de idade de início: passa a ser aos doze anos, ao invés de sete como dispunha o DSM-IV;
2. Apresenta-se uma redução de limiar de diagnósticos para adultos: deixa de ser o mínimo de seis sintomas, e passa a ser cinco sintomas em ambas dimensões (desatenção e hiperatividade) para o estabelecimento do diagnóstico;
3. Remoção do ‘Transtorno de espectro autista’ como critério de exclusão do TDA/H;
4. Deixam de haver subtipos de TDA/H, que seria uma subcategoria estável e fixa, e passam a ser caracterizados como ‘*apresentação*’, uma forma descrever o perfil atual do sintoma. As apresentações mantêm as mesmas nomenclaturas dos antigos subtipos (ARAÚJO & LOTUFO NETO, 2013).

Dentre as três apresentações atuais mencionadas acima (apresentação combinada; apresentação com predomínio de desatenção; apresentação com predomínio de hiperatividade-impulsividade), uma delas tem se destacado nos ambientes escolares e familiares, ocasionando a renomeação popular, muitas vezes de maneira equivocada, deste

⁵ Vide Tabela I: Critérios diagnósticos do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, em anexo.

transtorno. A cada dia torna-se comum ouvir falar de crianças que falam em demasia, não conseguem ficar paradas, correm de um lado a outro, escalam móveis e vivem a “‘a mil’, ou muitas vezes como se estivessem ‘a todo vapor’” (DSM-IV, 1999, p. 83). Tais comportamentos, sem grandes análises médicas, têm sido rotulados como ‘crianças hiperativas’. Embora as características do DSM-V⁶ sejam bastante precisas quanto aos critérios diagnósticos, estes são comumente ignorados pelos indivíduos na sociedade contemporânea, que insistem em ‘rotular’ essas crianças, favorecendo o início do tratamento medicamentoso.

Embora, do ponto de vista etiológico, a causalidade do transtorno não seja precisa, isto não impediu a valorização do uso do metilfenidato. Na realidade, seus benefícios de uso são embasados na hipótese neurobiológica do transtorno, pois seu efeito envolve o aumento da atividade cerebral, ‘corrigindo’ o déficit na regularização da inibição e da manutenção da atividade.

Assim, o tratamento psicofarmacológico⁷ do TDA/H é baseado na prescrição de estimulantes e anfetaminas, medicamentos capazes de aumentar a ação de alguns neurotransmissores (dopamina e noradrenalina) localizados nos lobos frontais. Os compostos químicos mais utilizados são: metilfenidato (Ritalina), D-metilfenidato (Focalin), D-anfetamina (Dexedrine) e um composto de anfetaminas mistas (Adderall). Dentre estes, o metilfenidato é o único psicoestimulante disponível no Brasil, é considerado o medicamento de primeira escolha devido à rápida absorção pelo organismo, mas todos estes atuam na redução dos sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade (LOUZÃ NETO, 2007). Embora tenham efeitos colaterais, esses quase não são mencionados.

Além do tratamento medicamentoso, a esse também pode ser associado a indicação de um tratamento psicoterápico. O usualmente mais recomendado é a terapia cognitivo-comportamental. Segundo a psiquiatra e psicanalista Maryse Roy (2003), esse tipo de terapia se baseia em um contrato firmado entre os pais e a criança na qual são listadas tarefas ou comportamentos que devem ser cumpridos, mantidos e/ou excluídos. A cada objetivo alcançado a criança deve ser recompensada, no intuito de reforçar o comportamento executado. Caso a criança não cumpra o que foi predeterminado no contrato, ela deve ser punida. Um exemplo recente desse modelo é o programa de televisão *Super Nanny* que, embasado nas técnicas cognitivo-comportamentais, tem como objetivo reeducar e normatizar

⁶ Vide Tabela II: Principais alterações do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade no DSM-V, em anexo.

⁷ Vide Tabela III: Estimulantes utilizados no tratamento do TDAH, em anexo.

as crianças, através da eliminação dos sintomas (COHEN; MATTOS; SANTIAGO, 2008), sem nenhum questionamento sobre o sintoma da criança. Com isso, a mídia, a escola e a família passam a se embasar no discurso médico que prioriza a objetividade, excluindo o sujeito (JORGE, 1988).

Não estamos questionando a validade dos critérios diagnósticos estipulados pelo DSM-V, pois o nosso ofício não se destina a tentar comprovar a existência ou a ausência desse diagnóstico. O que pretendemos é refletir como um diagnóstico baseado em critérios tão imprecisos se tornou tão popular nos ambientes familiares e escolares.

A absorção do conhecimento técnico pelo senso comum resultou em uma terminologia própria, ‘hiperativo’, em que qualquer inquietação da criança é vista como um fator decisivo para o diagnóstico. Daí resulta uma apropriação equivocada e banalizada do diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, já que segundo a descrição do DSM-V isso é insuficiente para atestar o diagnóstico. Talvez, isso possa ser ocasionado pela postura dos pais que, atualmente, vivenciam um período em que não sabem o que fazer com os próprios filhos, buscando respostas em outros campos de saber (MAIA, 2010). Atualmente, um dos que se presta a ocupar esse lugar é o discurso da ciência, no qual temos o discurso médico como suposto representante. Contudo, antes de darmos continuidade ao discurso médico, consideramos que seja importante para a discussão que aqui propomos definir aquilo que Lacan nomeia como discurso.

1.2. Da conceituação do discurso à teoria dos discursos de Lacan.

Para compreender a noção de discurso é necessário fazer referência às formulações fundamentais de Jacques Lacan, a saber, suas ponderações a respeito da estrutura. No ‘*Seminário, livro XVI: de um Outro ao outro*’ (1968-1969/2008), o autor menciona que o estruturalismo é aquilo que se diferencia da filosofia, no sentido que ela é uma forma de pensamento que visa descrever uma visão do mundo, buscando assegurá-lo. A psicanálise parte na contramão desse pensamento, tomando como referência a marca da impossibilidade. O discurso convém a esse campo, no qual não existe nenhuma harmonia.

A filosofia é a base fundamental do discurso da ciência, é um “discurso seguro de si, que, baseando-se num critério que o pensamento assumisse de acordo com a sua própria medida, merecia intitular-se *episteme*, a ciência” (LACAN, 1968/2008, p.13). Quanto a isto Lacan indica que o pensamento em si mesmo não é a causa, ele remete ao inconsciente.

O pensamento, tal como descrito por Freud (1985/1996) no *‘Projeto para uma psicologia científica’*, é por natureza inconsciente. O pensamento é produzido no campo do inconsciente e a ele está submetido. Tomando como referência este texto freudiano, Lacan no *‘Seminário, livro VII: a ética da psicanálise’* (1969-1970/2008), ao falar do pensamento, menciona que este apenas é compreendido a partir de sua articulação com a produção de palavras. O inconsciente apenas pode ser apreendido “em sua explicação, no que dele é articulado que passa em palavras” (LACAN, 1969/2008, p.45), esse inconsciente não tem outra estrutura senão a estrutura de linguagem.

Ao dizer que “o inconsciente é estruturado como uma linguagem” (LACAN, 1964/1998, p. 25), Lacan faz referência a algo que se dá anterior às relações humanas, nomeado como significante. O significante é uma dimensão que foi introduzida pela linguística, de Ferdinand de Saussure⁸. Esse autor dividiu o signo linguístico em duas faces: o conceito de significado e o de significante. O primeiro deles remete à ideia, ao sentido, à significação que algo representa. Enquanto que o segundo engloba a noção de imagem acústica, ou seja, a junção de letras acrescida ao som que as letras produzem. Esses dois elementos estão estritamente ligados, sendo o signo a relação de um significado com um significante.

Para Saussure o significado prevalece sobre o significante. Enquanto que em Lacan há uma inversão desta ordem, dando então prioridade ao significante sobre o significado. São os significantes que inauguram as relações humanas, lhe dão estrutura e as modelam, pois todo e qualquer laço social é tecido e estruturado pela linguagem. O “significante como tal não se refere a nada, a não ser que se refira a um discurso, quer dizer, a um modo de funcionamento, a uma utilização da linguagem como liame” (LACAN, 1973b/2008, p.36).

Ao longo da teorização lacaniana, encontramos algumas definições associadas à função do discurso. Dentre estas, daremos destaque a quatro delas. A primeira delas, diz respeito à função do discurso como liame social fundado pela linguagem. Jorge (2002) menciona que devemos lembrar que a palavra liame é originária do termo latim *ligamen*, que significa ligação ou aquilo que prende uma coisa à outra; enquanto que a palavra social, também de origem latina (*socius*), significa: companheiro, associação, aquele que se associa

⁸ Segundo Cunha (2008), Saussure introduziu o par significante/significado durante seu curso, ministrado em Genebra, em 1911. Na data a intenção do autor era sanar as dúvidas referentes ao conceito de signo que se refere à face fonética da linguagem.

com outro em uma empresa. Neste caso, a função do discurso como laço social⁹ é compreendida como algo que ocorre “entre aqueles que falam” (LACAN, 1973a/2008, p. 96).

Embora o discurso ocorra “entre aqueles que falam”, ao mesmo tempo, ele antecede a fala do sujeito, se apresentando a segunda função do discurso. O discurso é anterior ao nascimento do sujeito. Ele está inserido no mundo, ou melhor, ele o sustenta. Lacan (1969-1970/1992), no *‘Seminário, livro XVII: o avesso da psicanálise’*, menciona que o discurso “não está apenas inscrito, como faz parte de seus pilares” (LACAN, 1969/1992, p. 13). Desta forma, o discurso antecede a fala, pois já existia antes mesmo do nascimento do sujeito falante.

O discurso não pode ser explicado como uma “expressão ou como relação com um conteúdo para o qual se inventa a forma” (LACAN, 1969/1992, p. 31), ele tem que ser entendido a partir de uma estrutura que tem seus efeitos no real¹⁰. Ele se funda na estrutura de linguagem, e, portanto, na estrutura do significante. Temos a terceira função do discurso: um efeito da articulação significante. Sabendo que o inconsciente é estruturado como linguagem, o discurso é efeito da cadeia significante. Assim, o significante é algo opaco, no sentido que o “significante não pode representar a si mesmo” (LACAN, 1968/2008, p. 20), ele é aquilo que representa o sujeito para outro significante.

O discurso, tal como Lacan o concebe, não é uma forma de delimitação de conteúdo, não é algo instalado para nomear. Ele marca o esvaziamento do sentido, mas que se introduz no campo do sentido. Retomando a questão do pensamento, por ele ser em sua natureza inconsciente, é compreendido como algo que se apresenta como ‘fora-do-sentido’ dos ditos. O pensamento é regulado, não pelo sujeito, não por sua própria vontade, mas pelo seu discurso.

Nesta perspectiva, entende-se que o discurso não é capturado a partir de uma regra, mas através da busca de sua própria causa. A causa do discurso é aquilo que ao se transformar em pensamento deixa de existir, ou seja, a causa do discurso é o próprio inconsciente que ao ser proferido em palavras se torna consciente. É neste sentido que Lacan diz que o discurso é “um aparelho que não tem absolutamente nada de imposto” (LACAN, 1969/1992, p. 13).

Em sua quarta função, temos que o discurso é caracterizado como um aparelho que ultrapassa a palavra. O discurso pode subsistir sem que haja palavras, o que não pode faltar é

⁹No *‘Seminário, livro XX: mais ainda’* Lacan escreve: “canso de dizer que essa noção de discurso deve ser tomada como liame social, fundado sobre a linguagem, e parece então não deixar de ter relação com o que na linguística se especifica como gramática, nada parecendo modificar-se com isto” (LACAN, 1973a/2008, p. 24).

¹⁰ O real é definido por Lacan em *‘RSI: o seminário’* (1974-1975) como aquilo que é impensável, algo impossível de ser simbolizado. Inédito

a linguagem. A ausência de palavras não implica a ausência de linguagem. O discurso apenas se mantém se houver linguagem.

Lacan (1968-1969/2008) diz, no *'Seminário, livro XVI: de um Outro ao outro'*, que a essência da teoria analítica é um discurso sem palavras. Ou seja, trata-se da função do discurso como laço social. Pois, para ele, “não existe universo do discurso” (LACAN, 1968/2008, p. 14) no sentido de que não há um fechamento do discurso, não existe uma completude do discurso, pois a falha sempre se colocará.

Para ele, “todo discurso se apresenta como prenhe de consequências, só que obscuras” (LACAN, 1968/2008, p.33). As palavras, como mencionamos anteriormente, possibilitam no discurso a presentificação do pensamento que em sua natureza é inconsciente. Ele, o discurso, é produto da articulação significante, é um discurso sem palavras que gera palavras, ou seja, é um discurso sem sentido que gera sentido a partir da relação com outro discurso.

Desta forma, segundo a teoria lacaniana, o discurso se apresenta como um laço social; como um efeito da articulação significante, como um aparelho que ultrapassa a palavra, antecede a fala dos sujeitos, organiza-as, permitindo dar um tratamento ao que escapa à articulação significante, quer dizer, um tratamento ao gozo que se encontra presente em todo laço social.

Como o gozo possibilita a corporificação do significante, deve ser analisado a partir da relação do sujeito com o Outro. O mais-gozar, nos diz Lacan (1968-1969/2008) no *'Seminário, livro XVI: de um Outro ao outro'*, é aquilo que introduz o gozo na estrutura. Além disso, sabemos que o gozo apresenta uma relação com o sintoma, pois este é uma forma substitutiva de gozar. Aprofundaremos essa questão nos capítulos posteriores. Por enquanto, continuaremos com as nossas colocações a respeito da noção de discurso.

Retornando às explanações a respeito da teoria dos quatro discursos pronunciada por Lacan, em 1969-1970, mencionamos que, provavelmente, a teoria foi influenciada pelos acontecimentos ocorridos em maio de 1968¹¹, em Paris. Essa teoria foi exposta no *'Seminário, livro XVII: o avesso da psicanálise'* (1969-1970/1992), definindo o discurso como um

¹¹O movimento de maio de 1968, ocorrido na França, trata-se de uma sequência de protestos que tiveram início a partir de manifestações estudantis as quais visavam reivindicar por **reformas no setor educacional**. Posteriormente, houve uma aliança entre os universitários e os proletários, fazendo com que o movimento se expandisse de tal forma que evoluiu para uma **greve de trabalhadores**. Disponível em: <<http://mundoestranho.abril.com.br/materia/o-que-foi-o-movimento-de-maio-de-68-na-franca>>. Acesso em 20 de janeiro de 2014.

aparelho de quatro patas que apresenta quatro posições, servindo para formar quatro discursos distintos, mas que se relacionam entre si.

Assim, a teoria objetiva apresentar quatro discursos heterogêneos, a saber: o discurso do mestre; o discurso da histérica; o discurso do universitário e o discurso do analista. Embora, sejam quatro os discursos lacanianos, dentre estes, no presente trabalho, apenas nos deteremos em dois deles: o discurso do mestre e o discurso universitário, por considerá-los associáveis ao discurso médico.

Em relação à formalização estrutural do discurso, como podemos observar na figura abaixo, percebemos que ela é estabelecida a partir de quatro lugares (o do agente, o do outro, o da produção e o da verdade), ligados por vetores de conexão que marcam a impossibilidade de certos encontros entre esses lugares.

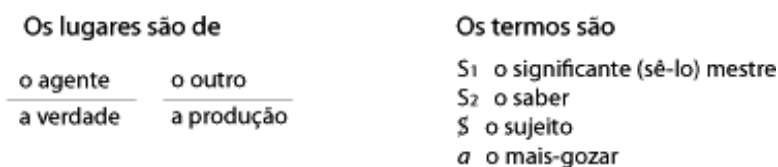


Figura 1: Os quatro lugares ocupados na teoria do discurso proferida por Lacan.

Segundo Jorge (2002), o ensino de Lacan é marcado pela criação de uma escrita formal, a qual denominou de álgebra lacaniana. Dentre estas letras podemos destacar: S¹, S², \$, A, a. A associação combinatória de tais letras constitui o que o próprio Lacan denominou de matema da psicanálise, sendo os quatro discursos propostos por Lacan (1969-1970).

Segundo Roudinesco (1998), Lacan partiu do mitema de Claude Lévi- Strauss e do termo grego *mathema*, o qual significa conhecimento, para compor o termo matema. O matema surgiu, em 1971, para “designar uma escrita algébrica capaz de expor cientificamente os conceitos da psicanálise, e que permite transmiti-los em termos estruturais” (ROUDINESCO, 1998, p.502). O matema seria a “escrita do que não é dito, mas que pode ser transmitido” (ROUDINESCO, 1998, p.503).

Conforme mencionamos anteriormente, os quatro discursos (discurso do mestre, discurso da histérica, discurso do universitário e discurso do analista) são decorrentes do matema. Cada um deles apresenta quatro lugares ocupados pelos termos (S¹, S², a e \$), que permitem definir as quatro estruturas discursivas. Lacan (1969-1970/1992) denominou tais termos da seguinte forma: 1) S¹ como o significante mestre; 2) S² como o saber; 3) \$ como o

sujeito; 4) e o *a* como o objeto *a*, havendo uma alteração neste último, a partir do ‘*Seminário, livro XVI: de um Outro ao outro*’ (1968-1969/2008), passando a ser designado como o mais-gozar.

O significante (S^1) remete a uma opacidade, já que o significante é “aquilo que representa um sujeito para outro significante” (LACAN, 1968/2008, p. 21). Isso marca dois posicionamentos: primeiro, o significante nada sabe sobre si mesmo, pois tal conhecimento pertence ao outro significante (S^2). Esse, por sua vez, também é um significante, por isso nada sabe sobre si mesmo, o saber se dá na relação entre os dois. Segundo, o significante não é uma representação, mas sim um representante.

Lacan (1968-1969/2008, p. 21) esclarece que o sujeito (\$) “é aquilo que pode ser representado por um significante”. No instante em que o sujeito aparece, ele é sufocado, apagado, independente da forma que ele surja não é capaz de “reunir-se em seu representante de significante sem que se produza, na identidade, uma perda propriamente chamada de objeto *a*” (LACAN, 1968/2008, p. 21).

O conceito de objeto *a* foi criado por Lacan, em 1960, como o objeto causa de desejo. Oito anos depois, no ‘*Seminário, livro XVI: de um Outro ao outro*’ (1968-1969/2008), Lacan o apresenta como o mais-gozar, um efeito do discurso, que não corresponde ao gozo, mas que tem como função a renúncia ao gozo.

Miller (2012), no texto ‘*Os seis paradigmas do gozo*’, menciona que o mais-gozar introduz algo novo sobre o gozo. O gozo é localizado em um lugar fora da simbolização. Ao ser apresentado como o objeto *a* da pulsão, tem como representante uma lista limitada de objetos (objeto oral, objeto anal, objeto voz e objeto escópico). No entanto, o objeto *a* enquanto mais-gozar:

(...) quer dizer, como aquilo que preenche, sem jamais preencher exatamente o desperdício de gozo, o que, mesmo promovendo o gozar, mantém a falta-de-gozar, aqui, a lista dos objetos pequenos *a* se estende, se amplifica (...) a noção de mais-gozar tem por função estender o registro dos objetos pequeno *a* para além dos objetos que são, de algum modo, ‘naturais’, estende-os a **todos objetos da indústria, da cultura**, da sublimação, ou seja, a tudo o que pode vir preencher o menos *phi*, sem conseguir fazê-lo de maneira exaustiva (MILLER, 2012, p. 35-36, [grifos nossos]).

Desta forma, podemos afirmar que, o mais-gozar é considerado o “suplemento da perda de gozo” (MILLER, 2012, p. 31). O mais-gozar é aquilo que do gozo se recupera. É o fracasso do gozo que possibilita a materialização do mais-gozar. Por isso, não se deve confundir o objeto pequeno *a* com o mais-gozar (SAGNA, 2011).

Retomando a questão dos lugares do discurso¹², cabe-nos sublinhar a posição da seta central localizada entre os dois binômios. A seta marca a distinção de dois campos distintos: do sujeito e do Outro. Como podemos notar na figura abaixo:



Figura 2: Os dois campos distintos, do sujeito e do Outro, no discurso de Lacan.

Além disso, pontuamos que, dentre tais lugares, Lacan (1969-1970) privilegia o lugar do agente como sendo a dominante de cada discurso. A dominante exerce a função de ser o lugar no qual o discurso é ordenado, ela é capaz de distinguir os discursos, nomeando-os. Assim, em cada discurso, a dominante ocupa uma posição diferente. Como menciona Jorge (2002), “no discurso do mestre a dominante é S¹, relacionada por Lacan com a lei, no discurso da histórica, a dominante, \$, é o sintoma, pois é ‘em torno do sintoma que se ordena tudo o que é do discurso da histórica’. No discurso universitário, por sua vez, trata-se do saber, S², vindo do lugar da ordem, do mandamento do mestre” (JORGE, 2002, p.29). E no discurso do analista a dominante é o objeto *a*. Neste caso, o analista se oferece como objeto, fazendo com que se apresente ao sujeito como causa de desejo. Na figura abaixo encontramos as dominantes de cada um dos quatro discursos de Lacan:

¹² Vide Figura 1.

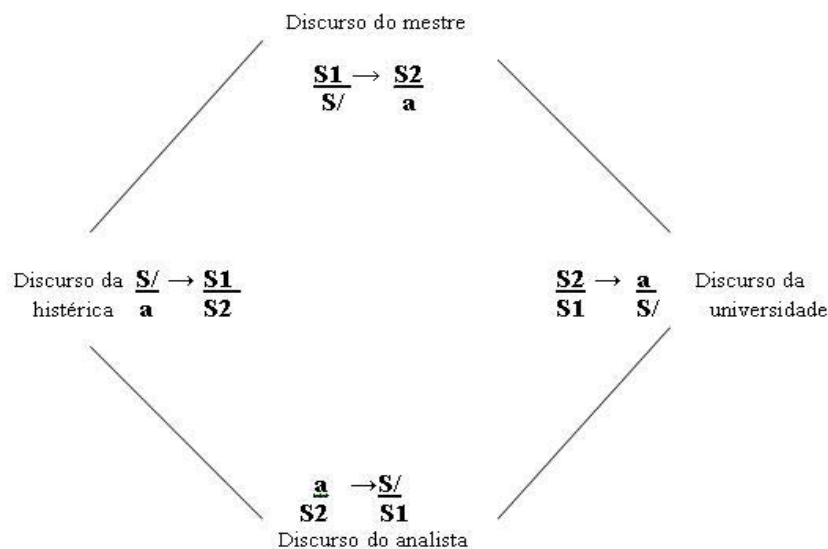


Figura 3: Os quatro discursos propostos por Jacques Lacan.

1.2.1. Considerações a respeito do discurso do mestre ao discurso universitário.

Conforme mencionamos, utilizamos a contextualização da teoria dos quatro discursos no intuito de articular o discurso médico. Devido a este fato, sabemos que esse discurso não está incluído na teoria expressa por Lacan, em 1969-1970, mas acreditamos que, de certa forma, ele possa ser manejado por essa teoria. Entretanto, a qual discurso o médico estaria remetido? Ao tratar sobre esse assunto o psicanalista e médico psiquiatra Marco Antônio Coutinho Jorge (1988) menciona que o “discurso médico é, em sua essencialidade, um discurso bastante próximo do discurso do mestre” (JORGE, 1988, p.43). Acrescentamos que essa proximidade também se amplia ao discurso universitário, uma vez que, ele é uma das versões modernas do discurso do mestre. A partir dessa colocação, iremos tentar articular o discurso médico a esses dois discursos. Para tal, faz-se necessário antes introduzi-los.

O discurso do mestre, também chamado de discurso do senhor ou discurso do mestre antigo, foi a primeira das quatro formas de articulação do discurso estipulada por Lacan, embora o próprio Lacan (1969-1970) anuncie que poderia ter partido de qualquer uma das outras quatro formas de discurso. Neste momento, o autor apenas aborda quatro formas discursivas, que são estabelecidas a partir de giro em sentido horário ou anti-horário. Ressaltamos que através desse movimento somente é possível definir quatro discursos.

No primeiro estatuto (discurso do mestre) a dominante é o S^1 , o significante sob o qual se apoia a essência do senhor; o outro é o S^2 , aquele nomeado como escravo; e no ponto de ligação entre S^1 e S^2 é possível que se abra uma falha, a qual denominamos de sujeito (\$).

Assim, no discurso do mestre se estabelece uma relação fundamental, o laço entre o senhor e o escravo. E esse mesmo discurso mascara a divisão do sujeito. Vejamos na figura abaixo:

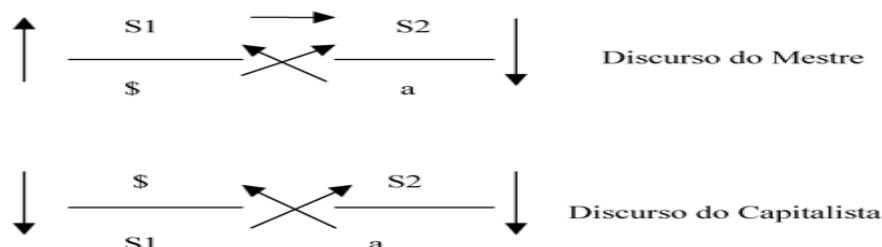


Figura 4: O primeiro estatuto discursivo: o discurso do mestre.

Na relação estabelecida entre o senhor e o escravo “fica claro que o desejo do senhor é o desejo do Outro, pois é o desejo que o escravo predispõe” (LACAN, 1969/1992, p. 35). O desejo do homem é sempre o desejo do Outro, assim o desejo assume a posição de agente (de dominante ou de significante mestre) e o Outro assume o lugar do saber. Apreendendo que o saber pode ser descrito como o meio de gozo.

Abaixo do desejo (S^1) se encontra o lugar da verdade. Sabendo que a verdade não é totalmente dita, ela é sempre semi-dita, pois “no nível do inconsciente o sujeito mente” (LACAN, 1959/2008, p. 92) e ao mentir alguma verdade é dita. A verdade do mestre vem a ser a causa de seu desejo, sabendo que esta é desconhecida pelo próprio mestre.

A essência do senhor (S^1) é o fato que ele mesmo não sabe o que quer. O verdadeiro senhor é aquele que almeja que as coisas funcionem, sem que haja a necessidade de ter algum conhecimento. O saber pertence ao outro, ao S^2 , ao escravo. A estrutura do discurso do mestre é constituída a partir do saber do escravo que, dentre as coisas que sabe, compreende aquilo que o senhor quer. O escravo é aquele que sabe o que o seu senhor almeja, mesmo que o senhor não tenha conhecimento de seu próprio querer.

O escravo (S^2) tem a capacidade de saber fazer, um conhecimento que pode ser transmitido ao seu senhor, o S^1 . Então se apresenta a *episteme*, uma função definida como o saber transmissível. Lacan a define como algo que consente “encontrar a posição que permita que o saber se torne um saber de senhor” (LACAN, 1969/1992, p.19). Sob o outro (S^2), se encontra o lugar onde se produz a perda, a perda de gozo em que Lacan extraiu a função do mais-gozar. Como mencionamos anteriormente, o gozo é algo interdito, pois entre o sujeito ($\$$) e o gozo há uma barreira, já que o gozo é um privilégio do senhor.

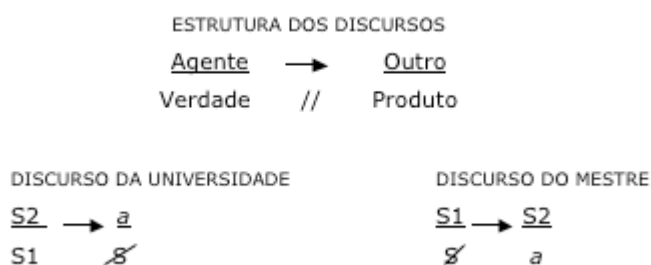
A função do mais-gozar é diferente do gozo, ela representa a perda de gozo. Essa renúncia ao gozo é o que constitui o senhor, e ele faz dela o seu princípio de poder. Deve-se ressaltar que é em torno dessa função, a função do mais-gozar, que se produz o objeto *a*. O efeito produzido pelo objeto *a* no discurso é se apresentar de forma mais opaca, entretanto essencial. É ser o rechaço, ou seja, o resto do discurso. Assim o mais-gozar é aquilo que permite isolar a função do objeto *a*, é o que dá lugar ao objeto.

Podemos entender da seguinte forma: o senhor privou o escravo da posição do seu corpo, mas deixou-lhe o gozo. Contudo, esse mesmo gozo retorna ao senhor para que ele seja capaz de manifestar a sua exigência. Assim:

(...) o senhor faz, em tudo isso, um pequeno esforço para que a coisa funcione – quer dizer, dá a ordem. Simplesmente cumprindo sua função de senhor, ele perde alguma coisa. Essa coisa perdida é por aí que pelo menos algo do gozo deve ser-lhe restituído – precisamente o mais-de-gozar (LACAN, 1970/1992, p. 100).

Segundo Pierre Macherey (2009), o discurso do mestre é um discurso que se apresenta na primeira pessoa, que se afirma em nome do significante mestre (S^1). Trata-se de um discurso de dominação por excelência. Em que o saber (S^2) é subordinado ao senhor (S^1). Como o mestre é aquele que não sabe, por o saber se localizar no outro (S^2), se apresenta a possibilidade da verdade ser parcial, não tendo a pretensão de saber tudo. O saber não tem outra função se não a de representar o objeto.

Já no discurso universitário a dominante é o S^2 , o significante sob o qual se apoia o saber. Neste caso, “é o saber que move todo o edifício das relações que nele se fazem” (ALBERT, 2011, p. 119). O saber passa a ser a peça fundamental desse discurso, na medida que sem o saber tal discurso não se faria presente. Como podemos notar na figura abaixo:



O discurso universitário atua de maneira diferente do discurso do mestre. Neste discurso o S^2 ocupa o lugar da dominante. Mas a sua função é totalmente diferente da dominante (S^1) desempenhada no discurso do mestre. Neste discurso o saber apenas opera no lugar do vazio, no sentido que ele não destina o seu conhecimento a um sujeito específico,

todos são instrumentos de conhecimento, o professor apenas irá exercer a função de transmitir.

Trata-se de um discurso que busca acreditar que não há ninguém em particular. É um discurso impessoal e neutro, que anuncia a marca da universalidade, sob a máscara do anonimato, que abre o livre acesso ao conhecimento. Devido a seu caráter universalizante, ou seja, posicionamento neutro na transmissão do saber, o discurso universitário se prende aos dogmas que tem como função representar o sujeito barrado (§).

Deste modo, o discurso universitário se submete a regras diferentes das impostas ao sujeito. Não é uma lei regida pela força de soberania, “mas, na verdade, esta necessidade não é outra senão a da lei do objeto *a*, ou seja, a objetividade segundo o corte muito particular que executa o desejo¹³” (MACHEREY, 2009, p. 15). Contudo, a objetividade que afirma o discurso universitário, por meio de sua impessoalidade e da neutralidade, “revela sua verdadeira face: é uma objetividade falsa, adulterada, para ser reduzida, segundo as circunstâncias, à medida do desejo, sob o incentivo do sujeito barrado, que na configuração própria discurso universitário, se mantém secretamente, por trás do objeto *a*, o que só pode representá-lo¹⁴” (MACHEREY, 2009, p. 15).

Devido a sua proximidade com o discurso do mestre, por ser considerado a sua versão moderna, o discurso universitário, em última análise, é também um discurso da servidão. Só que ele se apresenta de maneira disfarçada. É um discurso que sob o disfarce da autonomia pode ter e manter um escravo que se voluntariza a exercer essa função. Sob o pretexto de possibilitar a autonomia do sujeito, a fim de se libertá-lo do jugo autoritário do mestre, o discurso universitário promove a ilusão é capaz de estabelecer uma nova forma de domínio. Macherey (2009) descreve esse lugar como:

[...] o domínio mais paradoxal, pois é como um mestre sem controle, que não reconhece nenhuma lei que não seja do puro conhecimento, como se o conhecimento pudesse ser puro, isto é, uma vez por todas livre de qualquer embalagem exterior. A única exigência que este discurso admite, é que de inteligibilidade, que, segundo ele, oferece a garantia de uma comunicação bem sucedida: o discurso do mestre, no entanto, escapa a esse imperativo¹⁵ [...].

¹³ Vide o texto no original em francês: “Mais, dans les faits, cette force des choses n'est autre que la loi de l'objet *a*, c'est-à-dire l'objectivité selon la découpe très particulière qu'en effectue le désir” (MACHEREY, 2009, p. 15).

¹⁴ Vide o texto no original em francês: “(...) révèle son vrai visage: c'est une objectivité truquée, trafiquée, en vue de pouvoir être remenée, selon les circonstances, à la mesure du désir, sous l'incitation d sujet barré aqui, dans la configuration propre aus discours universitaire, se tient, proprement en sous-main, en arrière de l'objet *a*, qui ne fait que le représenter” (MACHEREY, 2009, p. 15).

¹⁵ Minha tradução. Vide o texto no original em francês: “(...) maîtrise des plus paradoxales puis qu'elle se présente comme une maîtrise sans maître, qui ne reconnaît d'autre loi que celle du pur savoir, comme si jamais

O fato do discurso do mestre ser regido por outra lei, faz com que ele não precise justificar qualquer uma de suas exigências, pois o mestre é soberano. Conforme mencionamos anteriormente, o discurso do mestre é compreendido como um discurso aristocrático, não para todos. Existe um, ao menos um, que escapa a essa lógica (que não se submete a essa lei): o mestre.

O discurso universitário, por sua vez, é aquele que se caracteriza por ser democrático. Isso significa que há uma substituição do primado da autoridade para o saber, promovido pela universidade, que é transmitido democraticamente. Trata-se de uma transmissão democrática do conhecimento que não perpassa por nenhuma figura de autoridade, mas somente pela a própria instituição de ensino. O que resultou em uma padronização, sendo negado qualquer iniciativa pessoal que fosse contrária aos pressupostos da instituição.

O discurso universitário é uma liberação do poder do soberano, fazendo com que o poder não pertença a ninguém. Assim, é um discurso cujos efeitos não são negociados.

A partir das explanações sobre esses dois discursos (o discurso do mestre e do universitário); podemos fazer uma aproximação destes com o discurso médico? Mas, ao que se refere especificamente esse discurso?

1.2.2. O discurso médico e sua relação com os dois discursos

Lacan (1960-1961/1992), no *'Seminário, livro VIII: a transferência'*, faz menção à *'O Banquete'* de Plantão, um texto basicamente constituído a partir de uma série de discursos sobre a natureza e a qualidade do amor. Dentre os personagens, temos a figura de Erixímaco, um médico que tenta explicar, à luz da ciência, a ocorrência de tal sentimento. É justamente na leitura feita por Lacan deste diálogo que iremos nos deter. Lacan (1960-1961/1992) se apropria desse diálogo para explicar suas considerações a respeito da medicina. Segundo ele, a medicina pode ser considerada uma arte, ocupando a posição hierárquica mais elevada, denominando-a como a Grande Arte.

Lacan (1960/1992) se apropria do discurso de Erixímaco a fim de marcar que a medicina, desde seus primórdios, sempre foi considerada uma ciência. A crítica feita por

un savoir pouvait être pur, c'est-à-dire une fois pour toutes dégagé de tout conditionnement extérieur. Le seul impératif que ce discours admet, c'est celui de l'intelligibilité, qui, selon lui, offre la garantie d'une communication réussie: le discours du maître, au contraire, se dérobe à cet impératif (...)"(MACHEREY, 2009, p. 16).

Lacan (1960/1992) é que não existe nada que assegure à medicina o lugar de ciência. A justificativa para tal apreciação é que a medicina traz consigo a ideia de saúde, que se trata de um paradoxo. Em termos gerais, o autor descreve que “qualquer que seja a natureza da saúde, e a boa forma que seria a da saúde, somos levados a postular, no seio da boa forma, estados paradoxos (...) cuja manipulação em nossa terapêutica é responsável pelo retorno a um equilíbrio que permanece, no conjunto, muito pouco criticado enquanto tal” (LACAN, 1960/1992, p. 75). A este postulado de saúde, que nos é problemático, consagra todo o discurso de Erixímaco sob o nome de harmonia.

A harmonia faz alusão ao princípio de acordo, que exclui o discordante e o conflitual. Em relação à posição médica, Lacan (1960/1992) nos diz que “se trata de zelar pela ideia de harmonia – para falar em termos médicos, em dietas e dosagens – a ideia de medida, de proporção, deve ser mantida até em seu princípio” (LACAN, 1960/1992, p. 78-79). Com isso, ele descreve a harmonia, segundo a concepção médica, como um fator fundamental. Em termos psicanalíticos, Lacan (1960/1992) nos alerta que a psicanálise desconhece tal harmonia, pois não compartilha desse pressuposto.

Em 1966, no colóquio que daria origem ao escrito *‘O lugar da psicanálise na medicina’*, Lacan (1966b/2011) retorna às considerações expressas no *‘Seminário, livro VIII: a transferência’* e novamente afirma que a medicina desde seus primórdios foi considerada uma ciência, que estava adequada a um determinado momento histórico, o que possibilitava a crença de que as possíveis limitações de recursos seriam superadas no período seguinte. Sabemos que a ciência renuncia a qualquer valor místico e até mesmo ao conhecimento. Ela busca constituir um saber a partir de um pressuposto (LACAN, 1966b/2011). Todos esses fatores demonstram a relevância desse ofício e justificam o fato de que a medicina, provavelmente, nunca deixe de existir (LACAN, 1960/1992).

Ao retornar ao tema da medicina, Lacan (1966b/2011) apresenta o lugar ocupado pela psicanálise em meio a essa prática, atribuindo a ela um lugar marginal. Por ser o discurso médico um representante do discurso da ciência, ele se caracteriza como aquele que “exclui a subjetividade” (JORGE, 1988, p.44). É uma exclusão que se apresenta de duas formas: tanto na figura do médico como na figura do paciente (JORGE, 1988).

Lacan (1966b/2011), ao se referir à figura do médico, menciona que tradicionalmente era uma figura de prestígio e de autoridade. Quando a medicina passa a atender as exigências sociais, começa a desempenhar a sua função prioritariamente guiada pelo saber científico. Com isso, o médico começa gradativamente a perder a sua posição hierárquica. O médico

passa a ser compreendido como um membro da equipe científica, a sua autoridade passa a ser respaldada pelo saber científico.

A consequência desse processo é o estabelecimento de uma nova função ao médico: cientista fisiologista. Uma nova função médica destinada a se ocupar da manutenção do funcionamento do organismo humano em condições satisfatórias. (LACAN, 1966b/2011). Se, por um lado, esse deslizamento da função do médico proporciona sua evolução científica, por outro, também marca a supremacia da ciência.

Se pensarmos na aproximação do discurso médico com os dois discursos descritos anteriormente, podemos dizer que no primeiro momento, devido ao lugar de autoridade desempenhado pela figura do médico, esse discurso seria análogo ao discurso do mestre. Com a evolução do saber científico, o discurso médico passa a ser representado com mais propriedade pelo discurso universitário. É claro que não se trata de um lugar fixo. Na realidade, entendemos que o discurso médico transita por essas duas formas discursivas.

A formalização estrutural do discurso, no discurso do mestre, tem como agente ou significante mestre o S^1 ; o outro ou o escravo é S^2 ; a produção é o a que desempenha a função de mais-gozar; e a verdade é o sujeito barrado. Tentando aplicar esse mesmo discurso ao contexto médico, teríamos como ocupante do significante mestre a figura do médico, e à criança caberia ocupar o lugar do outro. Como no discurso do mestre existe uma relação fundamental entre S^1 e S^2 , neste caso, o médico se dirige ao paciente, ou seja, à criança.

O médico é aquele que diz o que é melhor para a criança, e a essa apenas cabe executar o que ele 'ordena' enquanto senhor. Devido a este imperativo imposto pelo significante mestre (S^1) que pensamos em aproximar esse discurso ao discurso médico. Mas, sabemos que o discurso médico, devido ao seu respaldo científico, também perpassa pelo discurso universitário.

O médico apenas existe se estiver submetido ao saber médico. Desta forma, uma pessoa apenas se torna médico após ter adquirido um conhecimento que a respalda a ocupar esse lugar. O médico não fala em seu nome, mas intervém e atua enquanto funcionário remetido a uma instituição médica. Assim, a fim de conseguir pertencer a esse grupo, o futuro médico se anula como sujeito em nome da objetividade da ciência (JORGE, 1988).

Enquanto que o paciente é aquele que fica plenamente submetido ao tratamento proposto pelo médico ou por sua equipe (JORGE, 1988). Pertinente a esse aspecto, Lacan (1966b/2011) ainda acrescenta que a demanda do paciente não se relaciona—somente à demanda de cura, mas, antes disso, o paciente demanda ao médico que o autentique a sua

condição de doente e o reconheça como tal. Em relação ao diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, vemos comumente os pais e os educadores demandarem isso: uma nomeação diagnóstica para o comportamento da criança.

Devido a este fato, o que presenciamos na clínica é o fato dos pais, diante do sintoma da criança, não saberem o que fazer com os seus filhos. Por isso procuram o médico, pois supõem que esse, além de saber o que fazer, os dirá o que fazer. Este lugar ocupado pelo médico, em ser aquele que ‘ordena’ aos pais o que fazer, não deixa de reportar ao discurso do mestre. Outro fator que justifica essa aproximação é o fato de que no discurso do mestre se evidencia “precisamente o funcionamento da sugestão – $S^1 \rightarrow S^2$ - por meio da qual opera a hipnose” (JORGE, 2002, p. 30). O discurso do mestre se opõe à transferência. É nesse sentido que ele é o avesso do discurso do analista, pois opera segundo a sugestão.

O médico, por sua vez, ao encontrar o seu paciente, fica mais interessado nos resultados de seu exame do que na própria história contada por ele. Assim, “sob a máscara de um diálogo, é um monólogo que se instala” (JORGE, 1988, p.45). No encontro com o paciente, o que acontece é o encontro do médico com o seu próprio discurso, um discurso respaldado por saber científico.

Contudo, o médico apenas pode se colocar neste lugar de autoridade através do saber que detém. Neste caso, a forma discursiva seria o discurso universitário. Assim, enquanto profissional da área de saúde, ou seja, remetido à instituição de saber, o médico se dirige à criança. A crença dos pais na figura do médico só se sustenta devido ao saber que ele detém. É em nome deste saber que o médico prescreve o tratamento mais adequado, ou seja, a Ritalina. Este saber possibilita ao médico o desdobramento de dois fatores: 1) permite ao médico se colocar no lugar de autoridade; 2) respalda a prescrição de um tratamento, que, cada vez mais, está a serviço do discurso capitalista. Seguiremos nossas colocações explorando este segundo ponto.

1.2.3.O discurso capitalista: do mestre antigo ao mestre moderno.

Durante o período de 1968 a 1972, Lacan tinha proferido quatro discursos (discurso do mestre, discurso da histérica, discurso do universitário e discurso do analista), sendo o discurso do mestre e o universitário aqueles que abordamos. Mas, no decorrer desses quatro anos, Lacan faz referência a um discurso que não compõe o matema, denominando-o discurso capitalista.

A fórmula do discurso capitalista foi apresentada por Lacan, uma única vez, em sua conferência pronunciada em 12 de maio de 1972, em Milão. Embora esse discurso somente seja formalizado na década de setenta, no *'Seminário, livro XVIII: de um discurso que não fosse semblante'*, Lacan (1971a/2009) já fazia menção ao discurso capitalista. Desta forma, nesse seminário ele se questiona diante do fato de que no anterior, *'Seminário, livro XVII: o avesso da psicanálise'*, ao abordar o discurso capitalista ninguém o havia perguntado de que maneira ele se situava.

Segundo Lacan (1971a/2009), o discurso do capitalista é formado a partir de “uma coisinha de nada que gira” (LACAN, 1971a/2009, p.47) do discurso do mestre. Este discurso é considerado uma modificação do discurso do mestre, descrito também como o discurso do mestre moderno. Posteriormente, Lacan diz que o discurso capitalista é um complemento do discurso do mestre (LACAN, 1971a, p.154). Antes de mencionar o discurso capitalista, Lacan (1969-1970/1992) atribuiu ao discurso universitário o lugar de modificação do discurso do mestre. A princípio, Lacan (1969-1970/1992) apresenta o discurso universitário como a versão moderna do discurso do mestre, afirmando que entre o discurso do mestre e o discurso universitário existe algo que opera, o qual nomeia de capitalismo.

O discurso do mestre “se sustenta, ainda e sempre” (LACAN, 1971b/1992, p. 61) e apenas consegue exercer a sua função de dominação porque os trabalhadores se mantêm trabalhando, independentemente de serem explorados ou não. Contudo, para que isso aconteça é necessário que o discurso do mestre “ultrapassasse certos limites”, trata-se de uma mutação advinda do capital, o “que confere ao discurso do mestre seu estilo capitalista” (LACAN, 1970a/2011, p.160).

É importante lembrar que, anterior ao estabelecimento dos quatro discursos, antes mesmo do surgimento da psicanálise, já existia um discurso que foi denominado capitalista. Desta forma, Lacan (1968-1969/2008) parte da construção teórica de Karl Marx a fim de introduzir a função do objeto *a* como mais-gozar. Tal relação se justifica pelo fato de Marx se dedicar a abordar o objeto do capital.

Karl Marx, em seu livro *'O capital: crítica da economia política'* (1867/1996), inicia suas ponderações mencionando sobre a função do mercado no século XVI, proferindo que o aparecimento do capitalismo se dá devido à produção de mercadorias e à sua circulação, ou seja, o comércio. Nesta época, a noção de trabalho não era algo novo, a inovação marxista se refere ao local em que ele situa o trabalho, entendendo-o como algo possível de ser comprado,

instituindo assim um mercado de trabalho. Tais ponderações culminam no conceito de mais-valia.

Ainda nesta obra, Marx (1867/1996) comenta que a forma econômica engendrada nesse processo é o produto último, à qual se dá o nome de dinheiro. O autor marca a diferença existente entre o dinheiro como dinheiro e o dinheiro como capital. A primeira delas é a forma direta ou simples de circulação de mercadorias, ou seja, vender para comprar¹⁶. A pessoa tem o produto, dinheiro, e com este compra algo, mercadoria. Enquanto que a segunda é a forma indireta de circulação de mercadoria; neste caso, se comprar para vender¹⁷, tornando o dinheiro em capital. A pessoa com o dinheiro compra uma mercadoria e a vende por um valor superior ao comprado, transformando-a novamente em dinheiro.

A primeira delas (vender para comprar) tem como objetivo final a satisfação de necessidades. Enquanto que na segunda (comprar para vender), o primordial é o acúmulo de riquezas ou de dinheiro. Neste caso, a meta secundária é a valorização do valor, como esclarece Marx: “o valor de uso nunca deve ser tratado, portanto, como meta imediata do capitalismo. Tampouco o lucro isolado, mas apenas o incessante movimento do ganho” (Marx, 1867/1996 p.229). A circulação do dinheiro como capital se apresenta como a sua finalidade em si mesma, pois a valorização do valor apenas existe dentro desse movimento, que é sempre renovado pela insaciabilidade do próprio capital.

Em relação à mais-valia, podemos dizer que ela se instala quando as mercadorias e o dinheiro deixam de ter igual valor de troca. Quando eles deixam de ser equivalentes, passam a serem trocados de maneira que, na circulação do dinheiro, alguém se beneficia, ou seja, alguém tira mais do que lança, obtendo lucro nesta circulação de mercadoria. Como podemos observar na citação abaixo:

Os representantes consequentes da ilusão de que a mais-valia se origina de um aumento nominal de preço ou do privilégio do vendedor de vender a mercadoria caro demais pressupõem, portanto, uma classe que só compra sem vender, por conseguinte, só consome sem produzir. A existência de tal classe é, do ponto de vista alcançado por nós até agora, o da circulação simples, ainda inexplicável (MARX, 1867/1996, p. 280-281).

Posteriormente, Marx (1867/1996) adentra a questão da jornada de trabalho, na qual a mais-valia também se faz presente. Ele parte do pressuposto de que a força de trabalho seja comprada e/ou vendida pelo seu valor. Seu valor, como o de qualquer outra mercadoria, é

¹⁶ Marx apresenta o seguinte esquema: $M - D - M$, a mercadoria se transforma em dinheiro que se retransforma em mercadoria.

¹⁷ O esquema da forma indireta é a seguinte: $D - M - D$, transformação de dinheiro em mercadoria e retransformação de mercadoria em dinheiro.

determinado pelo tempo de trabalho necessário à sua produção. Se, portanto, a produção dos meios de subsistência diários do trabalhador exige 6 horas, então ele precisa trabalhar 6 horas por dia para produzir diariamente sua força de trabalho ou para reproduzir o valor recebido por sua venda. A parte necessária de sua jornada de trabalho compreende então 6 horas e, portanto, “se o trabalhador consome seu tempo disponível para si, então rouba ao capitalista. O capitalista apoia-se, pois, sobre a lei do intercâmbio de mercadorias. Ele, como todo comprador, procura tirar o maior proveito do valor de uso de sua mercadoria” (MARX, 1867/1996, p. 347).

Lacan (1968-1969/2008) comenta que o trabalho é remunerado com o dinheiro, o preço pago por ele se baseia na função do valor de troca estabelecido pelo mercado. Mas, mesmo nessa relação, “existe um valor não remunerado naquilo que aparece como fruto do trabalho, porque o preço verdadeiro desse fruto está em seu valor de uso” (LACAN, 1968/2008, p.37). Justamente esse trabalho não remunerado, embora pago a partir do funcionamento do mercado capitalista, é o que Marx chama de mais-valia. Ele é resultado da lógica capitalista. Lacan ainda apoia a função do mais-gozar na mais-valia: são a mesma coisa, “trata-se do mesmo tecido” (LACAN, 1968/2008, p.44).

Em ‘*Estou falando com as paredes*’ Lacan (1971b/1992) menciona que o discurso do capitalista é constituído a partir de uma “viradinha de nada” do discurso do mestre. Lacan ainda complementa dizendo que eles são a mesma coisa, a diferença é que o discurso capitalista é mais estável, mais articulado que o discurso do mestre, ele “é simplesmente mais bem-feito, funciona melhor, vocês são ainda mais engabelados” (LACAN, 1971b/1992, p. 61), pois ele desconsidera tanto o mal-estar inerente ao ser falante como o impossível. Ele cria a ilusão de que todos os desejos do ser humano são possíveis de serem alcançados.

Essa compreensão ocorre porque o discurso capitalista não é mediado pela fantasia¹⁸, é o discurso que não faz laço social. O laço é estabelecido com o objeto numa relação direta. Tal fato pode ser comprovado a partir da posição diferente das setas que revela que não há relação entre agente e outro, ocorre uma inversão no binômio (entre as letras \$ e S¹) do sujeito e do mestre. Como podemos notar na figura abaixo:

¹⁸ A fantasia não se refere a um espaço real, mas uma topologia apresentada pelo esquema (\$\diamond a), em que: 1) o S barrado representa a divisão do sujeito, na medida em que nenhum significante pode representar a si mesmo; 2) o losango é chamado por Lacan de punção, responsável por impulsionar o sujeito barrado ao objeto *a* para obter satisfação; e 3) o *a*, que designa o objeto *a*, objeto faltoso, que está perdido, contudo é causa de desejo. O esquema é nomeado como a lógica do fantasma. A punção é um signo capaz de ser isolado por um traço vertical (|) que pode representar uma dupla função (menor ou maior que A). Isso significa que punção (\diamond) tem uma relação de inclusão que se liga à articulação lógica, “se e somente se” (LACAN, 1966, p. 14). Neste caso, “S barrado nesse sentido, a saber: a punção sendo dividida pela barra vertical (<|>), é o sujeito barrado nessa relação de se e somente se com o pequeno *a*” (LACAN, 1966, p. 14). FONTE: A lógica do fantasma. Inédito.

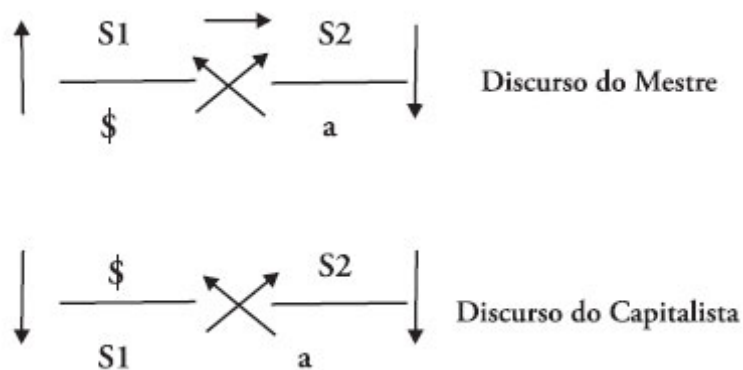


Figura 5. Passagem do discurso do mestre ao discurso do capitalista.

O discurso capitalista reforça a crença da impossibilidade de perda, resultando no acúmulo de objetos ‘geradores de felicidade’ (BENTES, 2008). Cada vez mais a felicidade passa a ser descrita a partir daquilo que se pode comprar, e, conseqüentemente, os indivíduos têm se tornado, cada vez menos, capazes de suportarem o mal-estar. Assim, eles têm recorrido a métodos que possibilitam uma satisfação imediata, como o fazem os medicamentos. Em relação a isso, Miller (2008) menciona que o discurso da ciência apenas produz objetos que a população considera necessário, sendo o medicamento é um produto desejado pela sociedade.

1.2.4. Medicalização e o discurso capitalista.

O medicamento é um produto do discurso científico. A esse respeito, Lacan (1974/2004) menciona durante uma entrevista concedida à revista italiana ‘Panorama’, que os cientistas vestidos com seus jalecos, dentro de seus laboratórios, “brincam com coisas desconhecidas, fabricando aparelhos cada vez mais complicados e inventando fórmulas cada vez mais obscuras” (LACAN, 1974/2004, on-line). A sua atuação se limita a avanços imprecisos, que excluem qualquer questionamento a respeito dos efeitos de seus inventos.

Conforme mencionamos, o discurso médico basicamente acredita, embora ainda não seja comprovada, que a etiologia do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade é decorrente da alteração na química dos neurotransmissores. Assim, se o comportamento é determinado por uma substância (dopamina e noradrenalina), como no caso do TDA/H, bastaria para corrigi-lo apenas introduzir alguma substância que atue na mesma área neuronal

para que uma resposta satisfatória fosse obtida, tornando a administração medicamentosa um simples efeito reducionista (MOURA, 2002).

O medicamento tem a capacidade de “enganar o sujeito em relação com o ‘sentimento de vida’” (LAURENT, 2002, p. 28). A partir do momento que o sujeito tem a sua relação harmoniosa de vida abalada, a partir do momento que o sujeito perde a sua segurança, o medicamento se torna um recurso capaz de enviar uma mensagem enganosa ao sujeito na qual interfere na sua dor, fazendo com que ele esqueça a sua própria infelicidade.

Devemos lembrar que, em relação à sociedade, embora o capitalismo insista em negar, uma característica se mantém intacta: a cultura ainda continua a produzir ‘mal-estar’. Freud (1930/1996) no texto *‘Mal-estar na civilização’*, parte dos questionamentos suscitados por sua época para apresentar a tese de que aspectos sócio-culturais produzem mal-estar no ser humano, visto que existe um antagonismo intransponível entre as exigências das pulsões e as da civilização. Segundo Freud, uma sociedade civilizada apenas é constituída quando os seus integrantes se tornam capazes de renunciar a uma parcela das exigências de satisfação da pulsão. Assim, em prol da sociedade, para que ela possa manter-se, o homem tem que pagar o preço da renúncia pulsional, a saber, vida sexual e agressividade.

Desde 1920, Freud já abordava que o sujeito anseia pela obtenção de homeostase e bem-estar. O sujeito regido pelo princípio do prazer tem como seu único propósito a obtenção de felicidade, esforçando-se para manter este estado permanentemente. Embora o anseio de ‘ser feliz’ nunca seja atingido por completo, seu esforço em realizá-lo nunca é abandonado. Por causa disso, a fim de suportar essa vida tão árdua, o homem cria medidas paliativas (FREUD, 1930/1996).

Ainda em o *‘Mal-estar na civilização’*, Freud apresenta três maneiras possíveis de diminuição de sofrimento: “derivados poderosos, que nos fazem extrair luz de nossa desgraça; satisfações substitutivas, que a diminuem; e substâncias tóxicas, que nos tornam insensíveis a elas” (FREUD, 1930/1996, p.93), pois tais substâncias influenciam no corpo alterando a sua química. Ele diz que os métodos mais eficazes de evitar o sofrimento, embora mais grosseiros, são aqueles que atuam sobre o organismo, pois o sofrimento não passa de uma sensação. Contudo, Freud (1930/1996) alerta que tal benefício também apresenta um risco:

(...) devemos a tais veículos não só a produção imediata de prazer, mas também um grau altamente desejado de independência do mundo externo, pois sabe-se que com o auxílio desse ‘amortecedor de preocupações’, é possível em qualquer ocasião afastar-se da pressão da realidade e encontrar refúgio num mundo próprio, com melhores condições de sensibilidade. Sabe-se igualmente que é exatamente essa propriedade dos intoxicantes que determinam o seu perigo e a sua capacidade de causar danos (FREUD, 1930/1996, p.97).

O psicanalista francês Eric Laurent (2002) menciona que a busca pelo bem-estar pode ser realizada através da medicalização. Caso ela não proporcione a sensação desejada, basta que a dosagem do medicamento seja aumentada, causando a dependência. Com isso o medicamento se torna um veneno, já que ele apresenta uma relação com a repetição. Além disso, o autor nos alerta que o medicamento não surge para tratar de algum mal, ele está lá anterior ao estabelecimento de uma doença, na realidade “ele põe, assim, em dia, novas patologias que, sem ele, não teriam aparecido. Um verdadeiro efeito-sujeito é então produzido” (LAURENT, 2002, p. 29). Podemos dizer ainda que grande parte dos medicamentos seja produto desse discurso científico e globalizado que vende felicidade.

Devido ao feito de tal globalização, a atualidade é marcada por um período em que os medicamentos se fazem presentes na clínica e são capazes de transformá-la. Embora o discurso científico mencione os benefícios da medicação, percebemos por meio dos casos que chegam à nossa clínica, que as crianças que fazem uso de tal tratamento não têm apresentado o efeito esperado, o comportamento insiste em se repetir, ou seja, ele não cessa com a medicação. Com isso, cada vez mais, chegam aos consultórios crianças trazidas pelos pais devido a encaminhamentos advindos da escola, baseados no discurso científico, com o diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade.

Para esse discurso além do medicamento ser um de seus produtos, ele é a via primordial de tratamento, e também está a serviço do discurso capitalista. Segundo dados da ANVISA¹⁹ (2012), no ano de 2009 foram vendidas 156.623.848 mg de metilfenidato. Passando essa produção, em 2011, para um montante de 413.383.916 mg do produto. Com base nos dados do boletim, em 2011, foram comercializadas 1.212.850 caixas do referido medicamento, havendo um aumento de 28,2% em relação a 2009 (557.588 caixas de metilfenidato) na produção do referido medicamento. Estima-se que a indústria farmacêutica lucrou R\$ 28,5 milhões no ano de 2011, isso equivale um valor de R\$ 778,75 por cada mil crianças com idade entre seis e dezesseis anos.

Desta forma, acrescido ao diagnóstico generalista e universal, que exclui a particularidade/singularidade da criança, temos a prescrição de drogas que, por sua vez, acalmam os corpos inquietos, mas que silenciam a criança. Esse diagnóstico cristalizado apenas serve como nomeação de um ‘mal-estar’, mas em nenhum momento possibilita algum tipo de trabalho com a criança.

¹⁹ ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

Na realidade, temos dois discursos atuando em parceria, o discurso médico e o discurso capitalista presentificado na indústria farmacêutica. Se antes a psiquiatria era simbolizada pela ‘loucura’ e pelos ‘manicômios’, agora na contemporaneidade, ela ultrapassa todos os limites. Seu campo de atuação tornou-se um campo mais abrangente, ele investe na indeterminação dos limites entre normal e patológico, tendo os veículos de comunicação (jornais, televisão, blogs, revistas, etc.) como um grande aliado para ‘ensinar’ a população sobre as novas doenças. São verdadeiras campanhas de marketing. A população aprende a reconhecer seus comportamentos cotidianos como ‘sinais’ de determinados transtornos mentais, possibilitando um diagnóstico sem que haja a necessidade de um médico, fazendo com que o paciente chegue ao consultório com o diagnóstico fechado e propondo a medicação que deseja. Com isso, o remédio é produzido para um determinado consumidor e sua venda acaba sendo transformada em um modo de existência, colocando a relação entre elas no mesmo patamar (AGUIAR, 2006).

Assim, quando os pais não sabem o que fazer em relação à criação dos filhos, eles se utilizam do saber médico como recurso. Este, por sua vez, oferece aos pais procedimentos universalizantes e tenta a todo custo nomear o comportamento da criança. Segundo o princípio médico, é através do diagnóstico que se atinge a cura, através da prescrição de medicamento, algo que silencia e paralisa mais ainda a criança (MAIA, 2008).

Desta forma, a ciência, ao testar o medicamento e tentar comprovar a sua ‘eficácia’, exclui o sujeito, e introduz a ideia de obtenção de um ideal de felicidade (MANDIL, 2002). Os medicamentos passam a ser anestésicos, mas não curam o sujeito (LAURENT, 2002).

No *‘Seminário, livro VII – a ética da psicanálise’*, Lacan (1959-1960/2008) ao mencionar sobre a demanda feita ao analista, refere-se a uma demanda de felicidade. Em seguida, ele apresenta uma série de questionamentos a respeito da posição do analista diante de tal demanda. Dentre estas podemos destacar três reflexões do autor: 1) se a prática psicanalítica deve ser reduzida a um ideal de harmonização psicológica; 2) se o analista deve possibilitar aos pacientes ascensão à felicidade, a qual reduziria a antinomia proposta por Freud (1930/1996) em o *‘Mal-estar na civilização’*; 3) se a prática analítica deve desconsiderar estas questões de um mal-estar estrutural.

Diante de tais questionamentos, Lacan (1960/2008) coloca que caso o analista proceda de maneira a fazer com que o analisante acredite que possa, de qualquer maneira encontrar

seu bem²⁰, está, na realidade, não analisando, mas exercendo uma trapaça, uma impostura. Assim, sustentar esse lugar de que é possível ao sujeito encontrar, seja qual for a forma, a felicidade ou bens, nada mais é do que uma trapaça do analista. Isso porque o lugar do analista não é de garantidor, como o diz Lacan, do “devaneio burguês” (LACAN, 1960/2008, p. 355).

Em relação à experiência analítica, Lacan (1960/2008) menciona que “a cada instante temos de saber qual deve ser nossa relação efetiva com o desejo de fazer bem, o desejo de curar” (LACAN, 1960/2008, p. 262). O autor nos alerta que o desejo de curar pode ser responsável pelo desvio ou afastamento da função de analista, isso marca o quão perigosas podem ser as vias do bem. O analista deve atuar seguindo o princípio do “não-desejo de curar” (LACAN, 1960/2008, p. 262), sabendo que o desejo de cura apenas deve ser tratado como uma motivação, uma forma de inspiração ao seu trabalho. O que o analista deve fazer é proporcionar ao seu paciente a cura das ilusões que “o retém na via de seu desejo” (LACAN, 1960/2008, p. 262).

Desta forma, a proposta da psicanálise no tratamento do mal-estar requer como condição uma abertura do sujeito à responsabilização por seu sofrimento. Tal retificação é condição para o trabalho analítico. Analisando a perspectiva psicanalítica, entendemos que o sujeito procura a análise quando o sintoma lhe provoca algum incômodo. Mas de que maneira a psicanálise apreende o sintoma? Como consideramos o sintoma um conceito relevante para a sequência da discussão, deter-nos-emos sobre esse assunto no *‘Capítulo II: Uma leitura psicanalítica sobre o sintoma’*, onde pretendemos abordar, apoiando-nos na formulação freudiana, de que maneira a psicanálise articula o sintoma.

²⁰ Referência a Aristóteles: alguns bens são escolhidos como dignos da devoção do senhor, ou seja, da sua contemplação. Há uma disciplina da felicidade na qual é possível ao homem, se segui-la, encontrar ou/e realizar o seu próprio bem. Algo que não se apresenta na análise.

CAPÍTULO II: Uma leitura psicanalítica sobre o sintoma.

Conforme mencionamos ao longo do trabalho, é crescente o número de encaminhamentos de crianças advindos da escola com menção ao diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDA/H). Contudo, a psicanálise não prioriza o tipo de sintoma, ou seja, não se baseia na categoria diagnóstica construída sobre sintomas isoláveis, mas atua se embasando na posição do sujeito frente aos seus sintomas (SIQUEIRA, 2008).

Jacques-Alain Miller (2005a) ainda acrescenta que, nos tempos atuais, há a ocorrência de outras modalidades sintomáticas cuja relação com o corpo é bem distinta de outrora. A descoberta do sintoma histérico, por Freud, passa a incluir uma vertente simbólica na qual existe um sentido no real que pode ser codificado. Como menciona Miller (2005a): “o sentido no real é o suporte do ser no sintoma” (MILLER, 2005a, p. 15). Contudo, o que tem ocorrido na sociedade contemporânea é uma cisão entre o real e o sentido, havendo uma multiplicação sintomática a qual o DSM respalda. Esses sintomas descritos no manual diagnóstico nada têm a dizer do sujeito, já que foram simplesmente reduzidos a um distúrbio ou transtorno. No caso que examinamos, o nome dado a essa redução é Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDA/H).

Em um texto recente (2013), proveniente de uma conferência pronunciada no V Colóquio da Sociedade Internacional de Psicanálise e Filosofia, em Ghent (Bélgica), destinada a refletir sobre o lançamento do DSM-V, Antonio Teixeira ao fazer uma crítica sobre o manual diagnóstico apresenta uma paródia futurística. Essa cena data de 2030, quando o DSM se encontraria em sua 11ª edição. Nesse caso, o DSM-XI seria o resultado do suposto ‘progresso científico’ que acarretaria um conhecimento diagnóstico acessível a todos, sem a necessidade de um médico para que o diagnóstico fosse respaldado. Nesse futuro hipotético, cada sujeito teria a sua disposição um aplicativo capaz de viabilizar um diagnóstico no período de tempo inferior a 30 segundos, e este seria decodificado para outro sistema que possibilitaria ao paciente receber o medicamento direto em sua casa.

Assim, em nome do avanço científico, há o aumento significativo do número de transtornos mentais. Em que qualquer ação executada pelo sujeito passa a ser absorvida por algum transtorno, havendo capítulos dedicados a fases da infância, da adolescência, da maturidade e da senilidade. Com isso, tudo pode ser classificado como uma possível categoria diagnóstica, desde o comportamento, passando pelas posições políticas e religiosas, culminando até na expressão de sentimentos como o amor. Teixeira (2013), através dessa

paródia, tem como intuito destacar algo tão presente na nova versão do DSM: uma normatização da vida cotidiana fundada num programa de classificação psiquiátrica que psicopatologiza toda e qualquer forma de subjetivação.

No *‘Capítulo I: Acepção da hiperatividade para o discurso médico’*, descrevemos que estas classes diagnósticas se constituem em torno de um discurso. Esse mesmo discurso permite, respalda e atesta a todos organizadores do DSM que estejam ‘livres’ tanto para criar novas classes diagnósticas como para suprimir outras. Sobre essa liberdade sustentada pelo discurso científico Iannini & Teixeira (2013) acrescentam que:

[...] a despeito de tudo que se diga a propósito desse uso manifestamente ideológico do discurso da ciência, é inútil protestar contra o DSM. Diríamos, mesmo, que o protesto nutre o DSM, que é do protesto que o DSM extrai sua permanência. Pois sendo o protesto uma variante da demanda, na forma trivial da queixa, nada mais cômodo ao DSM do que apaziguar os que se queixam de seus excessos por meio de uma revisão periódica de suas listas. Como já notara Lacan, ao protestar contra uma situação entramos no discurso que a condiciona, apresentando meios de torná-la mais suportável (IANNINI & TEIXEIRA, 2013, p. 7).

Em meio a tantas alterações, se constata a ausência do viés clínico. Talvez isso se justifique pelo fato de que ao “dar a palavra ao paciente faz cair por terra todo esforço de estabelecer uma representação científica da doença mental” (IANNINI & TEIXEIRA, 2013, p. 8). Foi exatamente isto que Freud se dispôs a fazer. Ele percebeu que a clínica psicanalítica não poderia ser exercida sem que houvesse a escuta de seus pacientes, uma escuta muito particular que “consiste simplesmente em não dirigir o reparo para algo específico e em manter a mesma ‘atenção uniformemente suspensa’ (como a denominei) em face de tudo o que se escuta” (FREUD, 1912/1996, p. 149-150). Isto significa que o analista apenas deve escutar o paciente, sem manter a sua atenção fixada em algum ponto, negligenciando outros. Desta forma, a atenção flutuante compõe uma das regras fundamentais da psicanálise.

A psicanálise é um método que não tem nenhuma representação capaz de solidificar o sujeito num enquadre diagnóstico, apesar de que, nem por isso deixa de pensar em termos de ‘classes’ psicanalíticas. A psicanálise não fala em nome de comportamentos, distúrbios, doenças ou transtornos, mas atua tendo como ponto de partida as estruturas clínicas (neurose, psicose e perversão).

Quando nos referimos às estruturas clínicas, falamos, por exemplo, de um sujeito histórico, de um neurótico obsessivo ou de um paranoico. Mas, com a ressalva de que a estrutura clínica, diferente do que acontece nas classificações universais de doença, não convoca nenhum agrupamento. Esses termos nada mais fazem do que nomear a maneira que o

sujeito tem de ser histérico, obsessivo ou paranoico, mas em nenhum momento o classificam. O sujeito é um ser inclassificável, distinto um do outro, e cada um vivencia a particularidade do seu sintoma. Não estamos nos referindo a um comportamento que viabiliza um diagnóstico, mas de um sintoma que traz algo de singular do sujeito.

Sabemos que o sintoma não é um conceito exclusivo da psicanálise. Ele circula em diversas áreas do campo da saúde como um indicativo de sofrimento, de transtorno ou de patologia. Como temos a pretensão de fazer uma análise crítica, guiados pela teoria psicanalítica, sobre o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDA/H), consideramos que seja viável, antes de discorrermos sobre o conceito de sintoma segundo a perspectiva psicanalítica, ponderar sobre o sintoma vinculado ao campo médico. Após tais explicações nos deteremos sobre as considerações de Freud a respeito do sintoma.

2.1.Observações gerais sobre o sintoma.

Do ponto de vista etiológico, a palavra sintoma, de origem latina (*symptoma*), tem como significado algo referente a acontecimento específico vinculado a um indício de um processo patológico. Mas, antes de discorrermos sobre o conceito de sintoma, devemos apreender a noção de doença, uma construção social.

A doença é estabelecida a partir de uma classificação que foi respaldada pelos critérios e pelas modalidades que uma determinada sociedade fixou. Para que essa classificação fosse estipulada implicou-se o saber médico que, por sua vez, também está vinculado ao meio social no qual está inserido. Alguns autores (CUNHA, 2000; DALGALARRONDO, 2000; FERREIRA, 1993), ao abordar sobre os critérios diagnósticos, mencionam que se deve levar em consideração o estudo dos sinais e dos sintomas. Segundo a compreensão da semiológica médica²¹ e da psicopatológica, o sinal é definido como a manifestação objetiva da doença que tem como finalidade transmitir alguma informação. O sinal é o aspecto observado pelo examinador que apenas tem valor enquanto tal se compartilhado pelo grupo social.

Segundo os princípios da fenomenologia, o sintoma pode corresponder a uma variação incomum ou até mesmo a uma nova operação da função. Devido ao seu caráter descritivo, a medicina deposita pouca credibilidade ao conteúdo dos sintomas (MABILDE,

²¹ A semiologia médica é definida como o campo da ciência que se dedica a estudar os sinais e os sintomas das doenças. Este estudo permite ao profissional da área de saúde organizar os fenômenos observados, identificar alterações tanto físicas como mentais, formular diagnósticos e sugerir terapêuticas.

2003). Já que os sintomas são o relato das vivências subjetivas do paciente, podendo ser entendido tanto como suas queixas como algo experimentado por ele. Essa definição se aproxima da aceção estabelecida por Romeiro em que:

[...] o sintoma é a sensação subjetiva referida pelo doente como dor, ansiedade, mal-estar, alucinações, sensação de vertigem, etc. É um fenômeno só por ele sentido e que o médico, ordinariamente não percebe nem lhe é fácil comprovar sendo revelado apenas pela anamnese ou interrogatório (ROMERO *apud* FERREIRA, 2003, p. 103).

Baseado nessa perspectiva, podemos entender que o diagnóstico se relaciona a dois fatores distintos e indissociáveis:

- 1) a percepção da pessoa ‘doente’ que é transmitida ao médico por meio de palavras;
- 2) a manifestação objetiva que é composta pela observação e pelo exame físico, fatores pertencentes ao campo médico, considerado o aspecto visível da doença.

Assim, o sintoma é compreendido como uma manifestação dotada de sentido que, apenas tem respaldo científico, se for decifrada única e exclusivamente pelo médico. É o médico quem vai decidir se o relato do paciente se refere ou não a um sinal de doença.

Assim como a medicina, a psicanálise também considera que o sintoma denota algum sentido. A diferença aqui colocada é que para a psicanálise quaisquer sintomas “têm um sentido e se relacionam com as experiências” (FREUD, 1917b/1996, p. 277) do sujeito. Para o campo da medicina existe uma diferença entre sintoma e doença, enquanto Freud (1917c/1996), na ‘*Conferência XXIII: os caminhos da formação dos sintomas*’, acredita que o sintoma se refere ao fator essencial da doença. Ele opta por partir da perspectiva de uma pessoa leiga, a fim de examinar o sintoma numa perspectiva psicanalítica, compreendendo que decifrar o sintoma seria o mesmo que entender a doença.

Em relação ao diagnóstico, Vieira (1998) apresenta duas proposições que devemos considerar. Em primeiro lugar, a psicanálise analisa a atribuição diagnóstica como um problema. Isso porque “decidir, seja nas entrevistas preliminares, seja ao longo do tratamento, se estamos diante de um obsessivo, de um perverso ou de um psicótico, constitui uma árdua tarefa” (VIEIRA, 1998, p. 205), uma vez que, em sua essência, o diagnóstico é contrário à análise. A segunda premissa parte do pressuposto que todo diagnóstico é uma forma de classificação. Por isso, o diagnóstico é contraditório à psicanálise.

Ao estabelecer um diagnóstico, conseqüentemente, insere o sujeito em um determinado grupo. Aquele que o promove define algumas propriedades, nas quais a classe é delimitada a partir da ausência ou da presença de um determinado fator, que serão capazes de

representar o sujeito. É justamente esse fator que possibilita a criação do grupo. Mesmo que se tente preservar a singularidade do sujeito, o próprio diagnóstico é considerado um juízo de valor, que é capaz de inserir o sujeito em uma classe. Assim, no diagnóstico há sempre um aspecto objetivo, que apenas reforça o discurso médico, em detrimento da situação subjetiva.

Contudo, essa percepção de que é possível compreender melhor o sujeito embasado em um diagnóstico é no mínimo enganosa: “Como vimos, através do agrupamento de fenômenos em uma classe damos a conhecer um indivíduo, mas perdermos o sujeito” (VIEIRA, 1998, p.206-207). Quando há uma delimitação promovida por classe, nada mais é que uma roupagem imaginária. Assim, o diagnóstico não pode ser considerado uma representação de uma categoria natural, ele é, antes de tudo, uma nomeação de comportamentos e efeitos imaginários.

Na realidade esta proliferação de categorias destaca que toda e qualquer marca do sujeito é considerada como um sinal, que oculta outros aspectos, culminando na forclusão do sujeito. Se fizermos uma comparação entre psiquiatria clássica e a moderna iremos constatar que na:

(...) psiquiatria clássica, apesar da verdadeira pulsão classificatória que a presidia, de natureza eminentemente assubjetivadora, tínhamos poucas entidades clínicas que constituíam classes de contornos imprecisos e de limites bastantes amplos que permitiam um espaço de circulação subjetiva em seus vãos conceituais. Hoje, com o DSM-IV, a princípio cada nome corresponde a um acontecimento orgânico, real e cerebral. Para cada comportamento temos um nome, para cada acontecimento uma etiqueta (VIEIRA, 1998, p. 205-206).

Pensando nesse aspecto, Vieira (1998) considera que caso a psicanálise pudesse se aproximar da psiquiatria, essa seria a psiquiatria clássica. Já que a psicanálise se serve de algumas categorias herdadas pela psiquiatria, sem a necessidade da criação de novas categorias, a fim de usá-las como uma base geral, sem transformá-las em conceitos psicanalíticos.

Ao propor a noção de estrutura, a psicanálise consegue promover um deslocamento, tirando o diagnóstico do campo imaginário, em que há a multiplicação de categorias, deslocando-o para o campo simbólico que possibilita aproximação do real. A psicanálise não parte da premissa de que o diagnóstico seja um fator natural. Ela não considera que a simples junção de determinados fenômenos possa originar a causa de algo. Para a psicanálise, o sujeito apenas se efetiva a partir de sua inserção no campo da linguagem, mediado pela cultura.

Freud (1910[1909] /1996) parte dos fenômenos históricos a fim de embasar as suas considerações teóricas. Uma vez que esses apenas podem ser apreendidos por meio de sua

própria estrutura, já que o fenômeno é a via de acesso a estrutura. Desta forma, ao abordar sobre o diagnóstico devemos fazer uma diferenciação entre o diagnóstico fenomenológico e o diagnóstico estrutural. O primeiro deles faz menção ao diagnóstico pertencente ao campo médico. Enquanto que o diagnóstico estrutural é a maneira em que o sujeito “pode vir a se situar de outra maneira no Outro, mas seu valor maior reside no que ela possibilita de uma separação e não de uma nova modalidade de alienação” (VIEIRA, 1998, p.210). O diagnóstico estrutural promove uma nomeação que, ao invés de inserir o sujeito num grupo, como o faz o diagnóstico fenomenológico, marca a singularidade por meio de um modo singular de gozo. Pensando na particularidade do diagnóstico estrutural devemos nos deter no conceito de sintoma que permite situar o sujeito na estrutura.

2.2. O sintoma na teoria freudiana.

Ao longo dos textos freudianos encontramos inúmeras referências ao conceito de sintoma. Dentre elas trazemos o texto *‘Cinco lições de psicanálise’* (1910[1909]/1996) em que o autor, entre outros temas²², apresenta uma perspectiva histórica voltada para o desenvolvimento do método psicanalítico. Neste texto Freud (1910 [1909]/1996) coloca que a psicanálise foi criada a partir da discussão sobre o sintoma expresso no corpo do sujeito feminino, ao qual o discurso médico fracassava em responder.

A ocorrência do diagnóstico de histeria não produz nenhuma alteração na vida do paciente, em contrapartida, a situação do médico se modifica consideravelmente. Por causa da particularidade dos fenômenos histéricos, o conhecimento que o médico dispõe sobre a anatomia, a fisiologia e a patologia se tornam insuficientes para ‘prepará-los’ ou ‘capacitá-los’ para tratar os pacientes histéricos. Assim, diante desse sintoma, o discurso médico se encontra numa posição de impotência. Nas palavras de Freud (1910 [1909]/1996), o médico:

Não pode compreender a histeria, diante da qual se sente como um leigo, posição nada agradável a quem tenha em alta estima o próprio saber. (...) diante da histeria o médico não sabe, do mesmo modo, o que fazer, tendo de confiar à providencial natureza a maneira e a ocasião em que se há de cumprir seu esperançoso prognóstico (FREUD, 1910 [1909]/1996, p. 15).

²² O texto freudiano, *‘Cinco lições de psicanálise’* (1910 [1909]/1996), refere-se às primeiras conferências pronunciadas por Freud, a convite do psicólogo Stanley Hall, à comunidade americana no intuito de apresentar sistematicamente o desenvolvimento de sua teoria. Elas constituem a primeira exposição sistemática da psicanálise, cada uma delas tem um tema de destaque: a primeira vai tratar da história do movimento psicanalítico e da especificada da abordagem psicanalítica da neurose; a segunda e a terceira explicam o abandono da hipnose o que permitiu captar a manifestações das resistências, do recalque e do sintoma; a quarta aborda sobre sexualidade infantil e autoerotismo; a quinta é sobre a transferência. As cinco ocorreram no ano de 1909, na Clark University (Estados Unidos).

A fim de compreender o sintoma histérico Freud (1910 [1909]/1996) cria um dispositivo que não atua no campo biológico, mas que trabalha em outro registro, no registro da linguagem, em que o sintoma encontra um sentido. Esse posicionamento teórico já se fazia presente antes da criação do método psicanalítico.

Ao tomar como exemplo o caso de Anna O.²³, Freud (1910 [1909]/1996) descreve, durante uma conferência à comunidade americana, sistematicamente o desenvolvimento de sua teoria, detendo-se a apresentar as alterações necessárias do método catártico de Josef Breuer para que a psicanálise se estabelecesse. Durante o período de aplicação do método de Breuer, acreditava-se que “limpando-se a mente” da paciente era possível obter a eliminação dos sintomas, ao invés de um simples afastamento passageiro dos mesmos. A própria paciente nomeou esse tratamento de *‘talking cure’* (cura de conversação) ou *‘chimney sweeping’* (limpeza da chaminé) (FREUD, 1910 [1909]/1996, p. 16).

Neste período Freud iniciou um trabalho em parceria com Breuer. Em 1893, eles escreverem o artigo intitulado *‘Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos: comunicação preliminar’*, no qual iniciaram descrevendo os primeiros anos de atuação dedicados a estudar as variedades dos sintomas histéricos no intuito de descobrir a sua causa precipitante. Após anos de estudo os autores perceberam que, em certos casos, havia a evitação por parte de alguns pacientes em discutir sobre determinados assuntos. Tal fato se apresentava, muitas vezes, devido a dois fatores:

- 1) por o paciente ser incapaz de recordá-los;
- 2) por o paciente ignorar o fato de existir alguma relação entre o evento evitado e o estado sintomático atual.

Devido a este fato Freud e Breuer (1910/1996) chegaram à conclusão de que não seria possível descobrir a origem dos sintomas somente por meio das falas minuciosas dos pacientes. A fim de evitar qualquer possível impedimento à descoberta da causa dos sintomas do paciente, começaram a fazer uso da hipnose como método indispensável para o tratamento da histeria.

²³ Nas palavras de Freud trata-se de uma paciente do “Dr. Breuer, uma jovem de 21 anos, de altos dotes intelectuais, manifestou, no decurso de sua doença, que durou mais de dois anos, uma série de perturbações físicas e psíquicas mais ou menos graves. Tinha uma paralisia espástica de ambas as extremidades do lado direito, com anestesia, sintoma que se estendia por vezes aos membros do lado oposto; perturbações oculares e várias alterações da visão; dificuldade de manter a cabeça erguida; tosse nervosa intensa (...). (FREUD, 1910 [1909]/1996, p. 14).

Tal posicionamento estava presente no período em que se situa a fase preliminar da psicanálise, denominada de método catártico. Esse método de tratamento pressupunha que o paciente ao ser induzido pela hipnose obteria o alargamento da consciência, o que possibilitaria a nítida lembrança do primeiro episódio sintomático. Essa experiência se baseava no retorno ao estado psíquico da cena traumática, que, ao ser comunicado ao analista, seria o suficiente para a remoção dos sintomas patológicos, impedindo o seu reaparecimento posterior (FREUD & BREUER, 1983/1996; FREUD, 1914/1996).

Simultaneamente ao desenvolvimento e à implantação do tratamento de Breuer, em Paris, o neurologista Jean-Martin Charcot investigava os fenômenos histéricos e atribuía a eles uma concepção diferenciada de Breuer. Charcot trabalhava no laboratório de patologia de Salpêtrière e se dedicava ao estudo de doenças nervosas crônicas, que ainda não tinham uma sintomatologia definida, a tal doença dava-se o nome de histeria (FREUD, 1910 [1909]/1996).

Em sua análise, Charcot desconsiderava os aspectos psíquicos, destacando os sintomas somáticos. A propensão às considerações psíquicas, vinculadas à histeria, apenas foi desenvolvida por um dos discípulos de Charcot, o francês Pierre Janet, que pressupunha a divisão da mente e a dissociação da personalidade como fatores desencadeantes da histeria. Ele descreve a histeria como “uma forma de alteração degenerativa do sistema nervoso, que se manifesta pela fraqueza congênita do poder da síntese psíquica” (FREUD, 1910 [1909]/1996, p. 23). Neste caso haveria uma predisposição à incapacidade em manter os processos mentais como uma unidade, o que desencadearia em uma dissociação psíquica.

Quando Freud (1886/1996) decide viajar para Paris a fim de estudar a anatomia do sistema nervoso, já estava imerso nos problemas relacionadas à histeria. Durante esse período (1885-1886), Freud trabalhou no laboratório de patologia de Salpêtrière e sob a influência de Charcot começou a se dedicar ao estudo de doenças nervosas crônicas que ainda não tinham uma sintomatologia definida. Durante a sua estada em Paris, Freud tem acesso ao método hipnótico como um recurso de tratamento.

Ao retornar de Paris, Freud continua a sua pesquisa sobre a histeria e também sobre o seu método de tratamento. Freud (1910 [1909]/1996) pondera que as considerações teóricas de Janet foram cruciais para o desenvolvimento da psicanálise. Contudo, devemos destacar que as exposições de Janet foram provenientes de experiências de laboratório, enquanto que Freud partia de sua experiência clínica. Além disso, Freud não atribuía a divisão psíquica a uma incapacidade inata. Para ele, haveria uma explicação dinâmica proveniente da luta de duas forças contrárias.

Retornando às considerações desenvolvidas ao longo do trabalho em parceria com Breuer, destacamos que, neste período, houve a descoberta de um processo mental, chamado por Freud de regressão. A regressão consistia no fato de que o sujeito regredia até a fase da tenra infância a fim de trazer à tona lembranças até então esquecidas no intuito de compreender e, posteriormente, solucionar um conflito. Mas, durante o processo de regressão, induzido pela hipnose, a resistência era ocultada. Como coloca Freud (1909/1996):

[...] hipnose encobre a resistência, deixando livre e acessível um determinado setor psíquico, cuja fronteiras, porém, acumula as resistências, criando para o resto uma barreira intransponível (FREUD, 1909/1996, p. 27).

Ao perceber que a hipnose proporcionava informações incompletas por ocultar a resistência, se esquivando dela, Freud compreende que o êxito terapêutico era transitório. Além disso, com o passar do tempo, Freud percebe que apesar de todos os seus esforços não conseguia hipnotizar todos os seus pacientes. Assim, “tornou-se-me logo enfadonho o hipnotismo, como recurso incerto e algo místico” (FREUD, 1910 [1909]/1996, p. 24), prosseguindo com o abandono desse método. A partir do momento em que Freud abandona a hipnose, introduz modificações ao método catártico de Breuer e estabelece a Associação Livre. É nesse momento que a psicanálise é criada.

Assim, a sessão terapêutica passa a ocorrer como “uma conversa entre duas pessoas igualmente acordadas” (FREUD, 1914/1996, p. 258), em que Freud simplesmente convida o paciente a se deitar no divã e a narrar, sem julgamento de valores, o que lhe visse a mente. Resumidamente, “tratava-se de fazer o doente contar aquilo que ninguém, nem ele mesmo, sabia” (FREUD, 1910 [1909]/1996), p. 24). A partir desse momento, deixa de haver a necessidade de algum contato físico e que o paciente precise fechar os olhos. Com isso, a Associação Livre passa a ser o substituto do alargamento da consciência antes proporcionado pela hipnose.

Devemos destacar que desde o princípio a característica do método catártico de Breuer não se baseava na sugestão proibitiva do analista, mas numa suposição de que os sintomas desapareceriam automaticamente por meio da descarga pulsional que um dia fora suprimida. Na concepção de Josef Breuer²⁴ os fenômenos histéricos eram tratados como

²⁴ Josef Breuer (1883/1996, p. 208-213) analisou os mecanismos psíquicos dos fenômenos histéricos apresentando considerações diferentes das propostas por Moebius (1988), o qual definia como fenômenos histéricos todos os fenômenos patológicos que supostamente eram ideogênicos, ou seja, determinados por ideias. Trata-se de uma ideia generalista baseada na crença de que os fenômenos seriam produzidos por autossugestão. Breuer (1883/1996) descreve a histeria como um quadro clínico que foi empiricamente descoberto por meio da observação. Tal quadro deve ser considerado como uma unidade clínica, mesmo que as suas manifestações sejam determinadas por causas variadas, podendo algumas serem acarretadas por mecanismos psíquicos ou não.

representações de grandes cargas de excitação que não haviam sido descarregadas, sendo estas ocasionadas por acontecimentos passados que foram vivenciados pelo sujeito de maneira traumática.

Ainda em *'Comunicação preliminar'* (1893/1996), os autores deixam claro que a maioria dos sintomas histéricos tinham como causa desencadeante os traumas psíquicos, sem haver nenhuma necessidade de conexão com algum dano físico ou biológico. Os traumas psíquicos se relacionavam a qualquer experiência do sujeito que possa evocar afetos aflitivos, tendo como exemplo: o susto, a angústia, a vergonha ou até mesmo a dor física.

Uma das grandes contribuições desse texto é a afirmação dos autores de que tanto o trauma psíquico como as suas lembranças atuam no sujeito da mesma forma, como um “corpo estranho que, muito depois de sua entrada, deve continuar a ser considerado como um agente que ainda está em ação” (BREUER & FREUD, 1883/1996, p. 42). Eles trazem a referência de que fatos de um período distante ainda continuam a agir, e ainda o fazem de maneira intensa.

Após o rompimento entre Freud e Breuer, o novo método de tratamento passa a ser utilizado. Sem a utilização da hipnose, a resistência passa a aparecer como uma amnésia, o que proporcionou a abertura para a descoberta do inconsciente (FREUD, 1914/1996, p. 26). Com o passar do tempo, houve a constatação de que “as recordações esquecidas não haviam se perdido” (FREUD, 1910 [1909]/1996, p. 25). Deste modo, por meio da associação livre era possível trazer a consciência tais fatos. Entretanto se apresentava uma força que as detinha, obrigando-as permanecer inconscientes, a tal força dá-se o nome de resistência. A força que opera como resistência, se opondo ao retorno do recaiado, supostamente seria a mesma que um dia atuou “expulsando da consciência os acidentes patogênicos correspondentes” (FREUD, 1909, p. 25). A partir da percepção do retorno do recaiado e do estabelecimento de cenas fantasmáticas, Freud (1914/1996) destaca que a realidade psíquica deve ser levada em consideração em sua prática.

Posteriormente no texto *'Três ensaios sobre a teoria da sexualidade'* (1905/1996), Freud novamente esclarece a história do desenvolvimento dos princípios essenciais da psicanálise, trazendo como referência o método catártico de Breuer. E acrescenta que para a psicanálise a eliminação do sintoma:

[...] funda-se na suposição de que esses sintomas são substitutos _ transições, por assim dizer_ de diversos processos psíquicos, desejos e vontades emocionalmente carregados de energia libidínica que, por obra de um processo psíquico especial (repressão), foram impedidos de obter descarga em atividade psíquica admissível para a consciência. Estes processos psíquicos, portanto, mantidos num estado de

inconsciência, lutam por obter uma expressão (por meio da ‘conversão’) nos fenômenos somáticos, isto é histéricos (FREUD, 1905/1996, p.166).

Para Freud (1905/1996), o sintoma é considerado um substituto cuja fonte se origina da pulsão sexual. Ao se referir especificamente aos sintomas histéricos, Freud (1905/1996) menciona que estes denotam o recalque da pulsão sexual em grau elevado. A intensa resistência contra a pulsão sexual é como se fosse uma aversão da própria pessoa em obter qualquer conhecimento/ esclarecimento sobre as questões sexuais, ‘optando’ por permanecer na ignorância, no que se refere aos assuntos sexuais, durante o período de maturação. De modo geral, este é um fator característico da própria histeria.

Nos *‘Três ensaios sobre a teoria da sexualidade’*, ao abordar sobre o estabelecimento do sintoma, Freud (1905/1996) coloca que algumas pessoas têm uma predisposição à histeria. Este quadro patológico pode se fazer presente durante o próprio período de maturação sexual do sujeito ou diante de um acontecimento externo que exija o estabelecimento da ocorrência de uma situação real sexual.

Já nas *‘Cinco lições de psicanálise’*, Freud (1910 [1909]/1996) retorna à afirmação apresentada em *‘Comunicação preliminar’* em que compara o sintoma a um corpo estranho e descreve que as histéricas “sofrem de reminiscências. Seus sintomas são resíduos e símbolos mnêmicos de experiências especiais (traumáticas)” (FREUD, 1910 [1909]/1996, p. 18). A partir do momento em que o sintoma se instala também se apresenta uma amnésia, cujo preenchimento dessa lacuna de memória suprime a condição de produção do sintoma. Com o decorrer do tempo, Freud (1910 [1909]/1996) percebeu que ao recordar e mencionar ao médico a cena traumática, sob o efeito do estado hipnótico, se tornou inútil.

A analogia do corpo estranho novamente é retomada na *‘Conferência XXIII: os caminhos da formação dos sintomas’* (1917c/1996). Nesta conferência, Freud descreve o sintoma como “atos prejudiciais, ou, pelo menos, inúteis à vida da pessoa, que por vez, deles se queixa como sendo indesejados e causadores de desprazer ou sofrimento” (FREUD, 1917c, p.277).

Na realidade, o sintoma é resultante de um conflito ocasionado pela libido insatisfeita e que precisa encontrar outras vias de satisfação. O conflito se instala quando o objeto de satisfação suscita alguma desaprovação ao sujeito, impondo um veto que impossibilita a satisfação. A partir desse momento há a formação do sintoma. Nesse caso, o sintoma vem a ser outra forma de satisfação, proveniente da reconciliação dessas duas forças (uma que quer se satisfazer e outra que impede a satisfação). Por isso, dizemos que o sintoma é uma manifestação de formação de compromisso, ou seja, o acordo estabelecido entre as duas

forças que agem no intuito de reestabelecer um equilíbrio mental. E também é pelo mesmo motivo que o sintoma persiste, pois ele satisfaz ambas as forças.

Embora não seja percebido como tal, o sintoma é uma forma da libido, pelo caminho indireto e inconsciente, encontrar a satisfação. Portanto, o sintoma é um substituto da satisfação que em um determinado momento foi frustrada. O sintoma possibilita a regressão da libido ao momento em que não existia a privação, trazendo a referência ao período da infância.

Por meio da análise, Freud (1917c/1996) toma conhecimento de que as experiências infantis, as quais têm a libido fixada, são as responsáveis pela formação do sintoma: “Às vezes, portanto, os sintomas representam eventos que realmente ocorreram, e aos quais podemos atribuir uma influência na fixação da libido, e, por vezes, representam fantasias do paciente, não talhadas para desempenhar um papel etimológico” (Freud, 1917c/1996, p. 369). Podemos entender que “essas cenas da infância nem sempre são verdadeiras” (Freud, 1917c/1996, p. 369).

Após tal afirmação Freud (1917c/1996) destaca a necessidade de se compreender a diferença entre realidade e fantasia. Segundo ele, à realidade cabe o estatuto de algo fora do campo da invenção. Já a fantasia possui uma “realidade psíquica, em contraste com a realidade material, e gradualmente aprendemos a entender que, no mundo das neuroses, a realidade psíquica é a realidade decisiva” (Freud, 1917c/1996, p. 370).

No *‘Rascunho L [Nota I]: a arquitetura da histeria’* (1986b/1996), texto em que Freud tem a pretensão de compreender as cenas primárias, já mencionava que é possível retroceder às cenas primárias de maneira direta ou de forma indireta por meio da fantasia. Segundo Freud (1986b/1996), “as fantasias são fachadas psíquicas construídas com a finalidade de obstruir o caminho de suas lembranças” (FREUD, 1986b/1996, 336). As fantasias são combinações inconscientes que o sujeito desenvolve a partir de fatos experienciados ou presenciados que têm tanto a função de tornar uma determinada lembrança inacessível como também de substituí-las. Na realidade, trata-se de uma deformação que se associa a outro fato.

A partir do momento em que a fantasia se intensifica, o seu aumento faz com que ela irrompa a consciência. Nesse instante a fantasia é recalçada e o sintoma é criado. Assim, é como se o sintoma repetisse:

[...] essa forma infantil de satisfação, deformada pela censura que surge no conflito, via de regra transformada em uma sensação de sofrimento e mesclada com elementos provenientes da causa precipitante da doença. O tipo de satisfação que o sintoma consegue tem em si muitos aspectos estranhos ao sintoma (FREUD, 1917c/1996, p.368).

Desta forma, o sujeito vivencia a satisfação como sofrimento, por isso dele se queixa. Podemos entender da seguinte forma: o que em uma determinada época consistia em satisfação passa a ser encarada como origem de resistência.

Posteriormente, no texto *'Inibições, sintomas e ansiedade'*, Freud (1926[1925]/1996) retoma algumas questões já mencionadas e acrescenta o fato de que ao abordar o sintoma não podemos fazê-lo sem trazer a referência ao ego. Por ser o ego uma organização, ele é obrigado, de certa forma, a incorporar o sintoma em sua organização como uma forma de restauração ou de reconciliação. Assim, a formação do sintoma apresenta dois aspectos. Em um deles afasta o ego de uma situação de perigo, ou seja, é um processo defensivo no qual o ego se esquivava de um perigo que o ameaça proveniente do mundo exterior. Em outro o sintoma é uma formação substitutiva decorrente de um impulso recalçado.

O recalque é proveniente da incompatibilidade entre a libido e o ego. O antagonismo produz um conflito que gera desprazer ao sujeito, que apenas cessa com o estabelecimento do sintoma que, por sua vez, promove um recurso de proteção ao sujeito. Mesmo que o recalque possibilite o afastamento do desprazer, “o impulso desejoso continua a existir no inconsciente à espreita de oportunidade para se revelar” (FREUD, 1910 [1909]/1996, p. 27), essa manifestação se dá por meio do sintoma.

Este é um substituto do recalçado, que ao sujeito é irreconhecível, pois se apresenta de forma disfarçada e rapidamente produz a mesma sensação de desprazer que antes pressupunha ser evitada pelo recalque. Essa substituição da ideia recalçada, ou seja, o sintoma, além de ser uma forma de proteção, também é uma substituição de um conflito que na roupagem de disfarce provoca sofrimento. Tomemos como exemplo o caso da fobia do pequeno Hans.

2.2.1. Pequeno Hans: o sintoma fóbico na lógica fálica

Nós não nos deteremos aqui em uma discussão pormenorizada do caso Hans, voltaremos nosso olhar para a manifestação do sintoma. Reportando-nos à análise da fobia do pequeno Hans, um quadro clínico apresentado aos cinco anos, após a escrita de seu pai a Freud no intuito de compartilhar as suas inquietações em relação ao menino. Ele descreve o sintoma de Hans da seguinte forma:

Ele tem medo de um cavalo vai mordê-lo na rua, e esse medo parece de alguma forma relacionado com o fato de ter sido assustado por um pênis grande (FREUD, 1909/1996, p.15).

Logo no início do texto, *'Análise de uma fobia em um menino de cinco anos'*, Freud (1909/1996) afirma que devido ao seu interesse de pesquisa²⁵, vinculado à sexualidade, tinha encorajado aos seus alunos e amigos a trazerem informações sobre a sexualidade infantil. O caso do pequeno Hans se dedica especificamente a isso, já que a sua construção somente foi possível graças às minuciosas observações registradas pelo pai da criança.

Freud (1909/1996) menciona que apenas encontrou Hans uma única vez. Mas durante anos supervisionou o seu pai por meio de correspondências. Assim, esse trabalho somente foi possível devido à parceria estabelecida entre eles. O autor descreve este fato como uma fusão da autoridade do pai com a figura do médico em uma única pessoa.

No que se refere ao caso, embora o sintoma fóbico de Hans apenas se apresente quando estava com cinco anos de idade, os primeiros relatos de seu pai a Freud, datam de um período anterior à idade de três anos. Neste momento, Hans expressava uma série de questionamentos que irá nos revelar o desenvolvimento sexual das crianças:

Hans: 'Mamãe, você também tem um pipi?'

Mãe: 'Claro. Por quê?'

Hans: 'Nada, eu só estava pensando'.

Como na mesma idade, certa vez entrou num estabulo e viu ordenharem uma vaca.

'Oh, olha!, e está saindo leite do pipi dela! (FREUD,1909/1996, p.16)

Aos três anos, Hans ainda não havia se dado conta da diferença anatômica entre os sexos e a resposta dada por sua mãe respalda ainda mais a sua crença fálica. Embora, ainda não conseguisse distinguir quem possuía ou não o 'pipi', ele já tinha despertado grande interesse por essa parte de seu corpo. O menino começa a expressar que "queria saber tudo sobre os 'pipis' e gostava de pegar" no seu (FREUD, 1909/1996, p 17). Durante o período das férias de verão, em que a criança tinha quatro anos e meio de idade, ocorreu uma cena em que a mãe de Hans lhe dava banho, com extremo cuidado para não tocar em seu pênis.

Hans lhe disse: 'Por que é que você não põe seu dedo aí?'

Mãe: 'Porque seria porcaria'.

Hans: 'Que é isso? Porcaria? Por quê? '

Mãe: 'Porque não é correto. '

Hans (riso) 'mas é muito divertido. (FREUD,1909/1996, p. 29).

A cena faz referência à masturbação. Em data anterior, quando tinha três anos, o menino foi surpreendido, por sua mãe, enquanto se masturbava. Ao presenciar o ato, ela logo o repreende:

²⁵ Após lançadas às hipóteses sobre a sexualidade infantil e o conflito edípico como estruturador da neurose, em 1905, a possibilidade de confirmá-las através da observação de crianças pequenas parecia ser um caminho plausível.

Mamãe uma vez me viu pegando e falou brava: ‘Se fizer isso de novo vou chamar o Dr. A (médico) para cortar fora o seu pipi’. Levei um susto, mas, não fiquei com medo na hora (FREUD, 1909/1996, p 17).

A ameaça materna não produz efeito de temor a castração. Tal fato apenas será ressignificado após o nascimento de sua irmã. Quando Hanna era recém-nascida, com sete dias de idade, Hans lhe observa tomando banho na banheira, e começa a inferir que o clitóris da menina seja um pênis pequeno. Nas palavras de Hans: “Mas o pipi dela é bem pequenininho” (FREUD, 1909/1996, p.20), justificando sua crença fálica por meio da tese de que “quando ela crescer, ele vai ficar bem maior” (FREUD, 1909/1996, p.20). Nesse momento, o menino já tinha tomando consciência da característica essencial entre os seres inanimados e animados, mas ainda não havia o entendimento da diferença sexual. Trata-se de uma ‘racionalização’ que visa evitar o pavor inconsciente da castração, que poderia ser traduzida na seguinte fala: “ela certamente tem um pipi porque está viva” (FREUD, 1909/1996, p.20).

O sintoma de Hans começa a ser delineado quando, em Grunden, ao aguardar em sua casa uma carruagem que levaria Liz à estação de trem, o menino avista um cavalo branco e ouve o pai de Liz dizer para ela a seguinte fala:

[...]não estenda a sua mão ao cavalo branco senão ele morde’. Fiquei com muito medo e pensei que se o cavalo branco morde dedos, ele também de morder pipis e cortá-los fora, como o médico de branco com a sua caixa vai fazer comigo se eu continuar a pegar o meu pipi. (FREUD, 1909/1996, p.34-35).

A ameaça de castração feita por sua mãe, inócua em momento anterior, começa a ser ressignificada, propiciando a irrupção de sua fobia.

Mamãe me perguntou de novo se eu pego no meu pipi, eu disse com medo que só pegava de noite na cama. Neste dia me levou para passear no Schonbrunn, onde seu sempre gostava de ir, mas estava com medo não sei por que e chorei. (FREUD, 1909/1996, p.30). [...]neste dia começou a **‘bobagem’ de medo de cavalo**, porque levei um grande susto quando o cavalo do ônibus caiu com as patas para cima fazendo um barulhão (FREUD, 1909/1996, p.52 [grifos nossos]).

Nesse momento do relato, observamos o início do surgimento da angústia de Hans e, posteriormente, a sua fobia. Ao trabalhar o sintoma associado à angústia, Freud no texto, *‘Inibições, sintomas e ansiedade’* (1926[1925]/1996), observa que na época da ocorrência de seu sintoma, Hans se encontrava em uma atitude edípica em que amava a sua mãe e nutria sentimentos hostis (ciúme e ódio) em relação ao pai. Contudo, o pai odiado também era seu objeto de amor. Freud (1909/1996) pergunta-se, então:

[...] de onde terão providos os elementos para essa fobia? É provável que dos complexos – até aqui desconhecidos por nós – que contribuíram para a repressão e

mantinham sob repressão os sentimentos libidinais de Hans para com a sua mãe. (FREUD, 1909/1996, p. 32).

A suposição de Freud é que devido à ambivalência de sentimentos nutridos pela mesma pessoa (pai amado-odiado), a fobia de Hans seria uma tentativa de solucionar o conflito entre duas forças, que são o amor e o ódio em relação ao pai. Contudo, o fato de Hans estar apaixonado pela mãe, e demonstrar angústia diante do pai não é suficiente para ser classificado como sintoma.

Sabemos que essa parte da angústia de Hans possui dois componentes: havia o medo de seu pai e medo por seu pai. O primeiro derivava de sua hostilidade para com seu pai, e outro derivava de conflito entre a afeição, exagerada a esse ponto por mecânicos de compensação, a sua hostilidade (FREUD, 1909/1996, p. 47).

Devido à ambivalência de sentimentos (amor e ódio) que não pode ser mantida consciente, o recalque se apresenta. Assim, a ambivalência de sentimentos é retirada da consciência e é substituída, por meio do recalque, por um sintoma fóbico. O medo por cavalo e a recusa em sair de casa é um material distorcido que perdeu sua especificidade e aparece como um medo vago, nomeado como “inexplicável” (FREUD, 1926[1925]/1996, p. 105). O texto, *‘Inibições, sintomas e ansiedade’* (1926[1925]/1996) marca a elaboração psíquica para a formação do sintoma. Esse apenas surge devido ao deslocamento:

Se *‘Little Hans’* estando apaixonado por sua mãe, mostrara medo do pai, não devemos ter o direito de dizer que ele tinha uma neurose ou fobia (...) O que a transformou em uma neurose foi apenas uma coisa: a substituição do pai pelo cavalo. É esse deslocamento, portanto, tem o direito de ser denominado de sintoma (FREUD, 1926[1925]/1996, p.106-107).

Assim, o sintoma é medo inexplicável de cavalo, diferente da inibição, que é a incapacidade de sair de casa que, por sua vez, o impedia de entrar em contato com a sua angústia. É importante lembrar que o pai como ameaça é imprescindível para que o conteúdo da fobia (o medo de ser mordido por um cavalo) possa emergir como uma solução sintomática. Assim, o recalque opera uma substituição do pai pelo cavalo, não incidindo diretamente sobre a angústia. Enfim, a fobia de Hans nos auxilia a pensar aquilo que da estrutura subjetiva está em jogo na construção do sintoma, sabendo que nem toda fobia se apresenta da mesma forma.

2.2.2. Retorno ao sintoma em Freud.

Como vimos no caso do pequeno Hans, a substituição da ideia recalçada, que chamamos de deslocamento, além de ser uma forma de proteção, também é uma substituição de um conflito que na roupagem de disfarce provoca sofrimento. A sensação de desprazer é proporcionada pelo mecanismo de defesa que luta contra a energia psíquica. Ao abordar sobre as neuroses²⁶, Freud (1896b/1996) menciona que basicamente o processo de recalçamento é sempre o mesmo:

- 1) há a ocorrência de uma experiência (as) sexual (ais) que pode ser traumática ou prematura e que por isso deve ser recalçada;
- 2) neste momento o sintoma primário é estabelecido;
- 3) é estabelecido um estágio de defesa que, caso não houvesse o sintoma primário, tal estágio seria equivalente à saúde;
- 4) em alguma ocasião posterior, o que foi recalçado é despertado. Durante a luta entre a pulsão recalçada e o eu (ego) é que o novo sintoma é formado. Esse sintoma é considerado um fenômeno patológico.

No exemplo descrito anteriormente (a fobia do pequeno Hans), a experiência primária é acompanhada de prazer, sem nenhuma ocorrência de dor ou nojo. O próprio Hans admitia que “queria saber tudo sobre pipis e gostava muito de pegar” no seu (FREUD, 1909/1996, p. 17). Somente quando essa experiência prazerosa é lembrada que o desprazer se apresenta vinculado ao sentimento de autocensura. Como podemos observar na colocação de Hans: “mamãe me perguntou de novo se eu pego no meu pipi, eu disse com medo que só pegava de noite na cama” (FREUD, 1909/1996, p. 30). Sem nenhum acontecimento futuro, ambas (a lembrança e a censura) são recalçadas. Posteriormente, o material recalçado emerge e se vincula a um conteúdo distorcido (o medo inexplicável por cavalo) tanto no tempo, por ser uma ação contemporânea, quanto no conteúdo, na medida em que não se refere a um evento real, mas a uma substituição.

No *‘Rascunho K: as neuroses de defesa’*, Freud (1895a/1996) não esclarece os motivos da ocorrência do retorno do recalçado. Segundo ele, estes podem surgir espontaneamente ou por meio da pulsão insatisfeita que “empresta a força do seu desprazer para reavivar a autocensura” (FREUD, 1895^a/1996, p). Podemos observar tal desenvolvimento no texto *‘Inibições, sintomas e ansiedade’*, no qual há a descrição de que

²⁶ Freud (1895/1996) menciona que existem quatro tipos de neurose (histeria, neurose obsessiva, neurose de angústia e paranoia) e que essas se apresentam de formas variadas, mantendo alguns aspectos comuns.

durante o processo de recalque a grande força da pulsão se apresenta, transformando-o em sintoma.

Durante o recalque o ego tenta suprimir o id. Esse processo possibilita tanto ao ego demonstrar a sua força como também a sua fraqueza. Assim, o ego se vê obrigado a se colocar em uma posição de defesa, dando sinal de desprazer. Na tentativa de defesa do ego contra um impulso desagradável, que o sintoma é formado, mas ele traz consigo uma sensação de desprazer que tem um grau variável.

O sintoma, formado pelo recalque, se mantém fora da organização do ego e independente dele. Em termos gerais, podemos entender que o impulso que foi recalcado permanece isolado. Portanto, o ego tenta de todas as formas impedir que o impulso permaneça isolado e independente. De alguma forma, é como se o ego percebesse que o sintoma não desaparecera repentinamente. Então o ego o incorpora em sua organização e tenta tirar algum proveito do próprio sintoma (FREUD, 1926 [1925]/1996). O sintoma pode ser utilizado para apaziguar uma exigência do ego ou até mesmo como uma forma de impedir/bloquear qualquer possível reivindicação do mundo externo. Nomeamos isso de ganho secundário da doença, que apenas serve para incorporar o sintoma à organização do ego e, por sua vez, fixar ainda mais o sintoma.

Assim sendo, por causa da exigência pulsional, o ego é obrigado a incorporar o sintoma em sua organização. Devido a esse fato, o sintoma comumente renova a sua exigência de satisfação. Isto ocorre devido a sua própria relação com a pulsão²⁷, já que “a pulsão se satisfaz no sintoma” (QUINET, 2003, p 49).

Resumidamente, apreendemos que o sintoma é um processo patológico, análogo a um corpo estranho, derivado de um impulso recalcado, que continuamente renova as suas exigências de satisfação, ele obriga ao ego a dar sinal de desprazer e a se colocar em posição de defesa. Desta forma, o sintoma tem uma dupla função: ele atende a uma exigência do ego e também atua reprimindo o impulso.

²⁷ Freud (1915/1996) em ‘*O instinto e suas vicissitudes*’, descreve a pulsão como “um conceito básico convencional dessa espécie, que no momento ainda é algo obscuro, mas que nos é indispensável” (FREUD, 1915/1996, p. 62). A pulsão é descrita como uma força constante que mesmo sem se mover, continua agindo. Em ‘*As pulsões e suas vicissitudes*’ (1915/1996) é colocado que “do ponto de vista biológico, a pulsão se apresenta como sendo um conceito situado na fronteira entre o mental e o somático, ou seja, a mente mantém uma ligação com o corpo” (FREUD, 1915, p. 63). Lacan (1964) ao comentar o referido texto freudiano menciona que a pulsão “não tem dia nem noite, não tem primavera nem outono, que ela não tem subida nem descida. É uma força constante” (LACAN, 1964, p.157).

2.3. Releitura de Lacan a respeito do sintoma.

Encontramos no ensino de Lacan um deslocamento da teoria do sintoma de Freud, que em nenhum momento a invalida ou desconsidera, mas que consiste, antes, em acréscimos. Ao abordar sobre o sintoma no texto *'Do sujeito enfim em questão'*, Lacan (1966a/1998) menciona que o sintoma é uma manifestação concreta que deve ser analisada clinicamente. Devido a esse fato, tomamos como exemplo o caso da paciente Anna O.²⁸, em que Lacan (1953/1998) coloca que foi a partir do tratamento, que ela mesma batizou de *'talking cure'*, que possibilitou a descoberta do acontecimento no nível patológico, designado trauma. Esse foi considerado o fator desencadeante do sintoma e, justamente, através das falas da paciente que se obteve a sua eliminação.

Embora a rememoração hipnótica seja uma reprodução do passado, trata-se de representação falada. O conteúdo do material descrito não deve ser situado na dicotomia entre verdadeiro e falso. Antes se situa na verdade da fala que se apresenta no presente, e que atesta a realidade atual do paciente. Sabendo que é o efeito da fala que vai reordenar as contingências passadas, e que permite dar sentido às necessidades futuras.

Conforme havíamos abordado anteriormente, Freud na *'Conferência VII: o sentido dos sintomas'* (1917b/1996) trabalha a sua tese de que o sintoma denota um sentido. O retorno a Freud promovido por Lacan, a partir dos anos 50, reforça que esse sentido apenas pode ser apreendido por meio da articulação do sintoma com o significante. Lacan (1953/1998) menciona que, embora o sintoma tenha um sentido, este não é reconhecido enquanto tal para o sujeito. Justamente por causa da ausência desse reconhecimento o sintoma é vivenciado como uma ação agressiva.

O sintoma, para Lacan, passa a ser compreendido como uma mensagem que deve ser decifrada. Assim, o sintoma-mensagem alude a verdade do sintoma que se manifesta para o sujeito enquanto uma mensagem a ser decifrada pelo Outro (QUINET, 2003). O sintoma é uma das vias possíveis de satisfação da pulsão, contudo, é uma satisfação paradoxal, pois aquilo que satisfaz também é o gerador de desprazer. O sintoma é o lugar de sofrimento que, mesmo que o sujeito não saiba, proporciona satisfação (QUINET, 2003).

²⁸ Nas palavras de Freud trata-se de uma paciente do “Dr. Breuer, uma jovem de 21 anos, de altos dotes intelectuais, manifestou, no decurso de sua doença, que durou mais de dois anos, uma série de perturbações físicas e psíquicas mais ou menos graves. Tinha uma paralisia espástica de ambas as extremidades do lado direito, com anestesia, sintoma que se estendia por vezes aos membros do lado oposto; perturbações oculares e várias alterações da visão; dificuldade de manter a cabeça erguida; tosse nervosa intensa (...). (FREUD, 1910 [1909]/1996, p. 14).

Em termos lacanianos, podemos dizer que o sintoma é uma formação substitutiva do significante recalcado. Conforme mencionamos no capítulo anterior, o significante isolado não se refere a nada, nada sabe sobre si mesmo, pois o significante é “aquilo que representa um sujeito para outro significante” (LACAN, 1968/2008, p. 21). É justamente nessa articulação que reside a verdade do sintoma, isso porque a verdade é “aquilo que se instaura a partir da cadeia significante” (LACAN, 1966a/1998, p. 235).

Por meio do processo analítico é possível depreender que o sintoma não é uma “falha de representação, mas uma verdade” (LACAN, 1966/1998, p. 234-235) diferente daquilo onde vem a se manifestar. Na realidade, o sintoma “se articula por representar o retorno da verdade” (LACAN, 1966a, p. 234), só que se trata de uma verdade que apresenta uma falha de saber. Apenas com a articulação com o significante que, por sua vez, vai se articular com outro, que a verdade se apresenta, instalando a cadeia que referencia. Assim, a verdade se articula com o sintoma, pois apenas é possível compreender o sintoma em sua articulação com o significante.

Desta forma, podemos nos referir ao sintoma como o símbolo da verdade do sujeito. Diz-nos Lacan:

[...]o sintoma, aqui, e o significante de um significado recalcado da consciência do sujeito. Símbolo escrito na areia da carne e no véu de Maia, ele participa da linguagem pela ambiguidade semântica que já sublinhamos em sua constituição (LACAN, 1953/1998, p. 282)

O sintoma trata-se da expressão de seu modo mais particular de ser, pois ele está escrito na “carne” do sujeito. Mas, não de uma forma qualquer, ele se inscreve na “areia da carne” do sujeito, sendo, portanto, movediço (instável). Além disso, o sintoma está escrito no “véu de Maia²⁹”, não permanecendo escondido, apresentando-se a alguém, o que permite que ele seja lido, ou seja, que tenha um sentido (QUINET, 2003).

Na seção anterior, destinada a abordar o sintoma segundo a perspectiva freudiana, mencionamos que a psicanálise nasceu a partir da escuta de pacientes histéricas que apresentam manifestações corporais as quais escapavam à compreensão do discurso médico. Assim em psicanálise:

[..] dizemos que o corpo sintomatiza, porque está submetido à linguagem, ao registro significante – só assim é possível interpretá-lo. O corpo é então, escrito por significantes, que são encravados na carne para sempre (GURGEL, 2005, p. 13).

²⁹ Quinet (2003) ao comentar essa passagem do texto laciana, acrescenta que o véu de Maia é uma expressão “utilizada por Schopenhauer (a partir do deus hindu Maia que representa a ilusão) para designar o mundo fenomênico das aparências e das percepções que, para ele, seguindo uma tradição filosófica iniciada por Platão, se situa em oposição ao mundo escondido que seria o verdadeiro, o mundo em si (QUINET, 2003 p. 123).

Assim, o sintoma é visto como uma mensagem a decifrar. Ele seria uma formação do inconsciente que existe para atender as exigências da pulsão. O corpo é o que particulariza o sintoma como algo pertencente, só que o sujeito não o reconhece e nem o identifica como tal (GURGEL, 2005).

Posteriormente, Lacan (1975a/2003) vai se referir ao sintoma como um acontecimento de corpo. No texto, *Joyce, o Sintoma*, o autor sugere que “deixemos o sintoma no que ele é: um evento corporal” (LACAN, 1975a/2003, p. 565). Tomar o sintoma como acontecimento de corpo pressupõe os efeitos do discurso que afetam o corpo.

Tomando como referência o corpo, verificamos então que há duas vias distintas de abordar o sintoma: pelo discurso médico e pelo discurso psicanalítico. A medicina não reconhece a dimensão simbólica e mesmo os sintomas ditos psíquicos são resultantes de algum dano cerebral (GURGEL, 2005). Quinet (2003) coloca que diferente do campo da medicina, o sintoma para a psicanálise, não é a verdade da doença. O sintoma traz em si a verdade do sujeito. Acrescentamos com Lacan que:

O sujeito verdadeiro, isto é, o **sujeito do inconsciente**, não procede de outro modo na linguagem de seus sintomas, que e menos decifrada pelo analista do que vem dirigir-se a ele de maneira cada vez menos consistente, para satisfação sempre renovada de nossa experiência (LACAN, 1954, p.373 [grifos nossos]).

A abordagem psicanalítica prioriza a verdade do sujeito, difere da perspectiva científica que apenas objetiva o sintoma a fim de o enquadrar em uma classificação diagnóstica. Enquanto que para a psicanálise o sintoma é um “monumento da verdade que o sujeito deve decifrar” (QUINET, 2003, p. 123).

Como isso se aplica no caso da criança? Ao comentar o caso do pequeno Hans, Lacan (1975b/1998), em sua conferência sobre o sintoma, proferida no Centro Raymond de Saussure, em Genebra, refere-se à análise de crianças a partir desse caso em que menciona que:

[...] esse pobre “pequeno” só pensa nisso – encarná-la em objetos que são o que há de mais externo, isto é, naquele cavalo que relincha, que dá coices, que salta, que cai no chão. Esse cavalo que vai e vem, que tem um certo modo de deslizar ao longo do cais, arrastando sua charrete, é o que há de mais exemplar para ele daquilo que tem que enfrentar e sobre o qual não entende exatamente nada, graças ao fato, sem dúvida, de que ele tem um certo tipo de mãe e um certo tipo de pai. Seu sintoma é a expressão, a significação, dessa recusa (LACAN, 1975b/1998, p. 10).

Ao abordar o caso do pequeno Hans, Lacan (1975b/1998) assinala o sintoma da criança, vinculando-o à estrutura familiar, e aponta para os significantes que a ele estão ou não outorgados. Sabemos que o sintoma de Hans, o medo de cavalos, especificamente a ideia

de ser mordido por eles, é proveniente de uma ideia que foi recalcada advinda da ambivalência de sentimentos nutridos pelo pai. A recusa referida por Lacan (1975b/1998) não pode ser chamada, de modo algum, de auto-erotismo. O que resulta do Wiwimacher (faz-pipi) é um gozo que o menino desconhece, que se encontra no princípio de sua fobia. Na realidade, a recusa faz menção à ambivalência que não pode ser mantida consciente. Por isso o recalque se faz necessário, por meio do sintoma fóbico.

Como no nosso trabalho estamos nos referindo a um quadro sintomático de início precoce, devemos nos questionar, especificamente, sobre o sintoma da criança. A fim de introduzir essa temática, que será melhor abordada no capítulo posterior, trazemos a reflexão sobre a clínica psicanalítica com crianças que aponta para múltiplos eixos que se encontram em jogo no tratamento, entre estes: questões referentes ao sintoma da criança, sintoma na criança e à posição do analista diante da família desta criança.

Às vezes, sob a forma de sintomas se apresentam falas, queixas, demandas e ideais contemporâneos, que fazem parte do discurso dos pais. Acrescido a este fato, conforme abordamos no *'Capítulo I: Acepção da hiperatividade para o discurso médico'*, vivemos em uma sociedade em que o uso de medicalização é crescente, produzindo a disseminação de psicofármacos, onde os sintomas são considerados signos que formam transtornos (no nosso caso, a nomeação é Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade) que supostamente podem ser explicados pela via da neurobiologia. Diante desse quadro contemporâneo, o analista encontra-se, muitas vezes, convocado a trabalhar sobre este apagamento do inconsciente que opera no discurso social.

A psicanálise trabalha na contramão desse discurso, e entende que o sujeito procura a análise quando o sintoma lhe provoca algum incômodo, sendo compreendido, por ele, como estranho. Poderíamos dizer de outra forma, tal como o faz Attié (1997) no texto *'Sublimação – Sintoma?'*, em que o descreve como um sinal, um “indício de que alguma coisa não vai bem” (ATTIÉ, 1997,p. 145). Mas como isso se aplica no caso da criança em que é o Outro (representado por pais, membros da escola e/ou pediatras) quem demanda a análise?

Devido a estes aspectos, no *'Capítulo III. Apontamentos sobre a criança 'hiperativa' à luz da psicanálise'* partiremos de que devemos considerar a estrutura familiar como um aspecto importante para a formação do sintoma da criança. Sobre o sintoma da criança, utilizaremos como referência teórica um texto de duas páginas escritas à mão por Lacan (1969/2003), entregues a Jenny Aubry, que expressa uma referência clínica bastante precisa. Compreendemos que o texto, *'Nota sobre a criança'* (1969/2003), se refere ao

desenvolvimento da teoria proposta por Lacan (1938/2003) no seu texto *‘Os complexos familiares na formação do indivíduo’*.

Assim buscamos organizar o terceiro capítulo a partir de dois aspectos: o primeiro deles, seria a relação da estrutura familiar com a formação do sintoma da criança; e o segundo se destinaria a apresentar uma leitura psicanalítica do dito fenômeno ‘hiperatividade’. Damos destaque que os autores contemporâneos que abordam sobre o segundo aspecto têm em comum a referência do texto, *‘Nota sobre a criança’* (1969/2003), como base teórica. Por isso, ele é tão importante para a nossa pesquisa. No capítulo posterior daremos continuidade a esses assuntos.

CAPÍTULO III. Apontamentos sobre a criança ‘hiperativa’ à luz da psicanálise.

No capítulo precedente, o sintoma foi analisado e descrito, de maneira geral, como sendo compreendido pelo discurso médico como a forma em que a doença se apresenta. Na clínica médica, o sintoma é um fenômeno visível, ou seja, um aspecto da doença observado pelo examinador (médico) que, por definição, se opõe ao estado de saúde. Enquanto para a clínica psicanalítica, o sintoma é uma formação do inconsciente, um derivado do recalcado, ou seja, uma formação substitutiva (LACAN, 1953/1998).

A psicanálise não trabalha a partir da concepção universal, mas tenta extrair do sintoma algo que é da ordem do singular do sujeito, algo que possibilite ao sujeito falar de sua angústia (SIQUEIRA, 2008). Mas de que forma o sintoma é compreendido quando se trata de uma criança? Neste capítulo que intitulamos ‘*Uma leitura psicanalítica sobre o sintoma*’, introduzimos essa questão ao abordar o caso do pequeno Hans. Agora partiremos do pressuposto lacaniano, acerca do sintoma da criança, expresso em ‘*Nota sobre a criança*’ (1969/2003), a fim de darmos continuidade a esse assunto.

Em relação à clínica com crianças, para a psicanálise, ela não é considerada uma especialidade, uma vez que o sujeito do inconsciente independe da faixa etária. Contudo, a clínica com crianças apresenta algumas especificidades. Uma das particularidades do atendimento de crianças é a de que, na maioria das vezes, a demanda parte do outro. Além disso, a análise com crianças nos indica que a demanda de tratamento se relaciona com o lugar que ela ocupa no desejo e no discurso dos pais (LACAN, 1969/2003).

Desde o estabelecimento da psicanálise, referindo-se ao trabalho psicanalítico com crianças, Freud (1925/1996) mencionava que elas se tornaram o principal tema da pesquisa psicanalítica, uma vez que a análise demonstrou que nos doentes, assim como nos sonhos e nos artistas, alguma coisa da criança permanece quase que inalterada. Sabemos que o autor pouco se dedicou à psicanálise com crianças. O próprio Freud (1933/1996) admite, na ‘*Conferência XXXIV: explicações, aplicações e orientações*’, que sua dedicação à psicanálise com crianças foi limitada, mas que, de certa forma, ela foi compensada por analistas mulheres que, segundo ele, seriam as grandes referências do trabalho psicanalítico com crianças³⁰.

³⁰ Na ‘*Conferência XXXIV: explicações, aplicações e orientações*’ (1933/1996) faz menção a duas psicanalistas que se destacavam na época: Melanie Klein e Anna Freud, trazendo principalmente a referência de sua filha e o seu trabalho dedicado à educação.

Em relação ao trabalho com crianças, Freud (1933/1996) menciona que o tratamento psicanalítico pode ser aplicado a elas sem nenhuma restrição. Contudo, “a técnica de tratamento usada em adultos deve, naturalmente, ser muito modificada para a sua aplicação em crianças” (FREUD, 1933/1996, p. 181), fazendo menção à dificuldade que a criança poderia ter em desempenhar a associação livre.

Conforme mencionamos ao longo do trabalho, além da psicanálise, existem outros campos de saber que também se dedicam ao trabalho com crianças. Freud (1925/1996) fez referência ao campo da educação, “cujo objetivo é orientar e assistir as crianças em seu caminho para diante e protegê-las de se extraviarem” (FREUD, 1925/1996, p.162) e, segundo ele, há uma expectativa de que a psicanálise colabore com o seu trabalho. Contudo, Freud³¹ (1925/1996) já alertava que a educação pertence a uma das três profissões impossíveis. Dessa forma, ao afirmar que educar é uma tarefa impossível significa que há sempre algo ineducável nesta tarefa, ou seja, algo sempre fracassará.

Remetendo-nos a padrões contemporâneos, temos a idealização da infância que remete a um futuro fixado em padrões não passíveis de serem concretizados por completo. No entanto, a cada dia essa compreensão insiste em ser ignorada, fazendo com que sejam criados, a todo custo, meios de obtenção desse ideal. Atualmente, um dos recursos que têm sido fortemente utilizado para esse fim é o medicamento (Ritalina), que “define ideais de eficácia, transforma as instituições médicas, triunfa sobre a tradição e os significantes-mestres. Ele é o objeto das demandas neuróticas, de exigências psicóticas e de usos perversos” (LAURENT, 2002, p. 25).

Quando isso se aplica ao contexto infantil educacional, associado ao diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDA/H) temos a ocorrência do dito fracasso escolar, que passa a ser considerado o principal fator de ‘impedimento’ ao sucesso da criança. Assim, após queixas de pais e de professores a respeito das dificuldades de aprendizagem das crianças, possível obstáculo ao sucesso infantil, começaram a surgir meios de correção desse padrão desviante, iniciando o discurso de ‘especialistas’ que rechaçam o sujeito, apenas nomeando um ‘déficit’ (MAIA, 2010).

Como a psicanálise não prioriza nem se baseia na categoria diagnóstica, de que forma ela deve proceder diante do crescente número de encaminhamentos de crianças advindos da

³¹ O primeiro artigo em que Sigmund Freud coloca o ato de educar como tarefa impossível foi o ‘*Prefácio para a juventude desorientada*’, de August Aichhorn, de 1925. Anos depois, em 1937, ele torna a mencionar sobre as três profissões impossíveis (educar, psicanalisar e governar) no texto ‘*Análise terminável e interminável*’.

escola com menção ao diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDA/H)? Consideramos que seja viável situar tais questões a partir da perspectiva clínica da psicanálise, baseando-se no que os psicanalistas escutam na particularidade destes sujeitos. Antes de adentrarmos na visão da psicanálise a respeito desse transtorno, vamos nos remeter às considerações lacanianas sobre o sintoma da criança, baseadas no texto *‘Nota sobre a criança’* (1969/2003), que é o ponto de encontro entre os autores psicanalíticos que abordam sobre o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDA/H).

3.1. O sintoma da criança como representante da verdade.

Conforme mencionamos anteriormente sobre o sintoma da criança, em termos psicanalíticos, utilizaremos como referência teórica o texto *‘Nota sobre a criança’* (1969/2003), que se refere ao desenvolvimento da teoria proposta por Lacan no texto *‘Os complexos familiares na formação do indivíduo’*³², (1938/2003), em que menciona a incidência da estrutura familiar na formação do sintoma da criança. Há algo na família que faz sintoma. Trata-se de um texto precursor do pensamento de Lacan, no qual apresenta uma síntese da organização familiar. Em sua tese, a família era constituída a partir de um conjunto de representações inconscientes, nomeadas de imago³³, que poderiam ser divididas em dois polos: materno e paterno (MILLER, 2005a; ROUDINESCO, 1944/1998).

Nesse texto, Lacan (1938/2003) expõe a imago como o elemento constitutivo do complexo, alegando que este seria o fator determinante para a compressão da instituição familiar. Sobre esse fato, Roudinesco (1944/1998) no *‘Dicionário de Psicanálise’* esclarece que:

O complexo, cujo elemento constitutivo é a imago, era, segundo ele, o fator que permitia compreender a estrutura de uma instituição familiar, presa entre a dimensão cultural que a determina e os laços familiares que a organizam. Assim, uma hierarquia em três patamares formou o modelo de uma interpretação do desenvolvimento individual: nela encontramos o

³² No final da década de 1930, em meio aos acontecimentos ocorridos na Europa, às vésperas da Segunda Guerra Mundial, Lacan recebeu um convite de Henri Wallon para escrever um artigo que iria fazer parte de uma *‘Enciclopédia’* a qual Wallon estava organizando. Foi o próprio Wallon quem organizou o texto de Lacan e o intitulou de *‘A família’*. Mas, originalmente, o texto deveria ser intitulado: *‘Os complexos familiares na formação do indivíduo’*³² (MILLER, 2005b).

³³ O termo imago é de origem latina e significa imagem. Ele foi introduzido no campo da psicanálise por Carl Gustav Jung em 1912, a fim de designar uma representação inconsciente que possibilita ao sujeito instituir a imagem que tem de seus pais. Lacan (1938/2003), ao escrever *‘Os complexos familiares’*, associa o termo imago ao complexo. A imago seria o elemento constitutivo do complexo, e este, por sua vez, seria o fator que permitiria a compreensão da estrutura da instituição familiar que se localizaria entre a dimensão cultural e os laços imaginários que a organizam (ROUDINESCO, 1998).

complexo de desmame, o complexo de intromissão e o complexo de Édipo (...). (ROUDINESCO, 1944/1998, p. 373).

Embora Roudinesco (1944/1998) aluda aos três complexos abordados por Lacan (1938/2003), no presente trabalho, não daremos ênfase a essa questão. O nosso intuito é destacar a função da família na constituição subjetiva da criança, a fim de marcar o seu papel primordial na transmissão da cultura. No texto *‘Os complexos familiares na formação do indivíduo’*, Lacan (1938/2003) tenta romper com uma leitura biológica da família e se apropria do conceito de complexo, que tanto pertence ao domínio da cultura como do inconsciente (COUTO & SANTIAGO, 2007). De acordo com Miller (2005a), Lacan nesse texto descreve o complexo como uma fórmula generalizada pertencente a todo ser humano, sem que haja a existência do instinto, pois a família não é descrita por características genéticas, mas por complexos simbólicos.

Temos um avanço no modo de pensar a família no texto *‘Nota sobre a criança’* (1969/2003), em que a família não se restringe à formação baseada em relações de filiação (pais e filhos), mas por uma constituição simbólica, que tem a função paterna como agente da castração, e a função materna exige um interesse particularizado pela criança. Além disso, a família também se constitui como o “lugar do Outro da Lei” (COUTO & SANTIAGO, 2007, p. 42), ao instituir a função do incesto, que exige uma parcela de renúncia de satisfação.

Ainda em *‘Os complexos familiares na formação do indivíduo’*, Lacan (1938/2003) expõe considerações importantes sobre o sintoma da criança, afirmando que “o destino psicológico da criança depende, antes de mais nada, da relação que mostram entre si as imagens parentais” (LACAN, 1938/2003, p. 62). A partir dessa afirmação, Lacan (1938/2003) dá destaque ao fato de que a imago materna, quando há uma fixação da libido da mãe na criança, pode vir a ser a causa de uma manifestação sintomática. Posteriormente Lacan (1969/2003) retorna a essa questão relacionando o sintoma da criança ao desejo da mãe. Vejamos essa passagem na *‘Nota sobre a criança’* (1969/2003) em que o autor nos diz que o “desejo da mãe, quando não tem mediação (aquela que é normalmente assegurada pela função do pai), deixa a criança exposta a todas as capturas fantasísticas. Ela se torna o “objeto” da mãe e não outra função senão de revelar a verdade desse objeto” (LACAN, 1969/2003, p. 369).

A temática do desejo materno é abordada por Miller (1996), no texto *‘A criança entre a mulher e a mãe’*, que tem como pano de fundo os desenvolvimentos teóricos do *‘Seminário, livro IV: a relação de objeto’* e do *‘Nota sobre a criança’*. Miller (1996), ao ponderar sobre o

desejo materno, alude à relação dual³⁴, entre a mãe e a criança, que pode ser descrita como uma forma de enclausura, ou seja, um lugar fechado, que apenas se estabelece se ambas as partes assim o permitirem.

Cabe à metáfora paterna a função de dividir o desejo materno, ou seja, fazer com que a criança não sature a falta materna, o que possibilita à mãe “encontrar o significante de seu desejo no corpo do homem” (MILLER, 1996, p.7). Assim, a metáfora paterna não se restringe à contenção do desejo da mãe, a qual irá submetê-la a uma Lei, mas antes deve propiciar que o desejo da mãe se dirija para um homem. Em consequência da metáfora paterna surge a metáfora infantil do falo, ou seja, que a criança seja o equivalente ao falo. Essa metáfora apenas será bem-sucedida se a criança não for tudo para a mãe. Assim, a criança posta no lugar de objeto não deve ser tomada como o objeto que irá preencher a falta materna (MILLER, 1996).

Miller (1996), ao descrever a função materna, menciona que a mãe tem que ser ‘suficientemente boa³⁵’, expressão winnicottiana que traz a referência a que os cuidados da mãe não devem ser em demasia, na medida em que os cuidados que dispensa à criança não a impeçam de ser, além de mãe, também mulher. Em relação à criança é preciso que esta não sature a falta materna em que o seu desejo está apoiado.

Devido a esses fatos, há a seguinte operação: “o objeto criança não somente preenche como também divide” (MILLER, 1996, p.8), sabendo que o essencial é que a criança divida o

³⁴ A relação dual se refere ao período posterior ao nascimento da criança, que mesmo adquirindo um corpo separado do Outro, não se percebe como um sujeito distinto de sua mãe. Isso possibilita a compreensão de que para a criança há uma representação corporal fragmentada, ou seja, percebe o seu corpo como não unificado ou em pedaços. Por causa da imagem especular a criança tem por antecipação a ideia de unidade. Ao estar nos braços da mãe, diante da imagem do espelho, a criança se volta para trás visando olhar para o adulto que o segura; ao retornar sua cabeça para frente, se dá conta de sua própria imagem. É como se a criança solicitasse a quem a carrega que confirme o valor dessa imagem. Desta forma, por meio da relação mãe-bebê a criança reconhece a totalidade de seu corpo, que antes era percebido como algo fragmentado (LACAN, 1969/2003).

³⁵ Segundo Winnicott (1975; 1980), do ponto vista materno, estado de identificação entre a mãe e o bebê que é desenvolvido antes do nascimento, durante a gestação. Nesse período, começa a se desenvolver na mulher um estado psíquico que Winnicott (1975; 1980) chamou de ‘preocupação materno primária’, um estado de verdadeira fusão emocional entre mãe e bebê. Dessa forma, o bebê começa a ser visto pela mãe como um objeto interno, a quem ela dedica uma negação de seu próprio interesse para dar lugar aos interesses do bebê. Trata-se da descrição do modo como a mãe desaparece como objeto separado, servindo simplesmente como uma forma de extensão narcísica para o bebê. Após o nascimento do bebê, é como se a mãe regressasse até o seu estado, chegando a se desenvolver junto com ele. Essa regressão refere-se à capacidade materna de conseguir compreender e também codificar a arcaica linguagem corporal do bebê. Vale ressaltar que esse estado tem curta duração, geralmente, desaparece em algumas semanas após o parto, isso porque cedo ou tarde as falhas da mãe aparecem. Essas falhas estão diretamente ligadas ao conceito de ‘mãe suficientemente boa’. Esta não se refere a uma mãe totalmente boa, mas trata-se de alguém que acolhe o bebê e que cria condições para que ele se desenvolva. Portanto, para que isto ocorra é necessário que haja frustração e não apenas gratificação. A mãe frustra gradativamente o bebê para que ele saiba lidar com seus obstáculos. Conclui-se que a mãe suficientemente boa é aquela que falta, que ‘sabe’ quando tem que estar presente e quando tem que estar ausente.

desejo da mãe, e que este se direcione a um homem. Caso isso não ocorra, a criança “sucumbe como dejetos do par genitor, ou então, entra, com a mãe em uma relação dual que o alicia – para empregar o termo de Lacan – o alicia com a fantasia” materna (MILLER, 1996, p.8). Desse modo, podemos dizer que a criança pode desempenhar dois papéis: ou preenche o desejo da mãe ou o divide.

Apesar disso, para a mãe, a criança não é compreendida apenas como tal, ela também é vista como o falo. Ao tomar esse valor de falo, a criança “se identifica com o significante do desejo materno. Resta saber de que modo a criança vai se instalar na relação da mãe com sua falta-a-ter do falo” (FARIAS & LIMA, 2004, p. 19). A forma como a criança se coloca (se engaja, se introduz e se substitui) frente à fantasia materna se encontra expressa no ‘*Nota sobre a criança*’, em que Lacan (1969/2003) menciona que “a criança realiza a presença do que Jacques Lacan designa como o objeto *a* na fantasia” (LACAN, 1969/2003, p. 370). Para Lacan (1969/2003), há uma diferença significativa se a criança ocupa esse lugar. Entretanto, seguiremos com a argumentação lacaniana na seção que se dedica a discorrer sobre a ‘criança-objeto’.

Por enquanto, retomamos a questão do sintoma da criança em que Lacan (1969/2003) menciona que ele pode ser analisado de duas maneiras. Na primeira delas, o sintoma da criança seria associado à verdade do casal parental; na segunda, o sintoma da criança seria entendido como o correlato de uma fantasia da mãe, na qual a criança está implicada. No último caso, não é tomado apenas o sintoma da criança, mas o seu corpo como um todo. A criança vem a ocupar esse lugar caso não haja mediação exercida pelo pai. A fim de possibilitarmos maior compreensão sobre o sintoma da criança, analisaremos esses dois aspectos separadamente.

3.1.1. A criança-sintoma.

Lacan (1969/2003) dá duas indicações quanto ao lugar da criança: ‘criança-sintoma’ e ‘criança-objeto’ (BATISTA, 2008). O termo ‘criança-sintoma’ se refere à condição em que “o sintoma da criança acha-se em condição de responder ao que existe de sintomático na estrutura familiar” (LACAN, 1969/2003, p. 369). Ao examinarmos a afirmação de Lacan, podemos dizer que ela nos conduz ao cerne do romance familiar, mas o casal na estrutura familiar de que Lacan faz referência não se constitui necessariamente de pai e mãe. Trata-se daquele que “toca e é tocado pelo sintoma no que ele afeta a verdade do desejo e a encarnação da lei” (CALMON, 1998, p. 31).

Devido a esse fato, Lacan (1969/2003) destaca a necessidade de se avaliar tanto a função materna como a paterna. Do ponto de vista da mãe, menciona que “seus cuidados trazem a marca de um interesse particularizado, nem que seja por intermédio de suas próprias faltas” (LACAN, 1969/2003, p.369). A palavra falta não é utilizada para designar ausência corpórea, mas para pontuar a não completude materna.

Em relação ao pai, Lacan postula a função de ‘encarnar a Lei’. O termo Lei não deve ser tomado no sentido de preceito, comando ou imposição exterior, mas no sentido de uma ordem simbólica que organiza toda a estrutura. De acordo com essa perspectiva, o pai exerce uma função simbólica nomeando o filho, o que o permite se inserir na cultura. A função paterna somente pode ser exercida se o pai encarnar o significante e intervir junto ao filho como privador da mãe (LACAN, 1969/2003, p. 369).

Ao comentar o texto lacaniano ‘*Nota sobre a criança*’, Vieira (2005) menciona que a “criança vai dar a verdade desse sintoma” (VIEIRA, 2005, p. 9). Devemos esclarecer que não conseguiremos desenvolver, neste momento, a complexidade da conceituação de verdade segundo Lacan. A princípio, ficaremos somente com a ideia de que, para Lacan, a “verdade é sempre semi-dita” (LACAN, 1959, p. 92). Segundo ele, o sujeito não consegue dizer totalmente a verdade, ele apenas tem acesso a alguns aspectos da verdade. Então se o sintoma na criança é o representante da verdade, ele nunca será precisamente aquilo que aparenta ser ou aquilo que supomos ser.

O sintoma da estrutura familiar pode ser entendido como aquilo que é capaz de unir o casal, aquilo que proporciona a um homem e a uma mulher ficarem juntos. Mas qual seria o nome dado a esse recurso que proporciona a união do casal? Ao tentar responder a essa pergunta, o casal pode elaborar uma lista de motivos para justificar a sua união, mas “todos seus itens serão sempre meias-verdades” (VIEIRA, 2005, p.10), pois a ‘verdade verdadeira’, aquilo que Vieira nomeia de “núcleo da verdade” fica recalcada. Nesse caso, a verdade do casal parental seria inconsciente o que também reforça o fato de que a verdade somente pode ser meio dita, já que verdade nunca será totalmente consciente. É justamente isso que nomeamos como o sintoma da estrutura familiar (VIEIRA, 2005).

Existe algo na estrutura familiar que proporciona a produção do sintoma da criança. Dessa forma, ao dizer que o sintoma da criança é o sintoma do casal parental, estamos trazendo ‘à tona’ alguma coisa do casal que não pode ser dita. Isso porque, às vezes, o ‘sintoma’ não é exatamente um sintoma, mas alguma coisa que causa um incômodo aos pais.

Podemos entender da seguinte forma: existe alguma coisa no casal parental que não pode ser dita, que deve permanecer inconsciente, porque é justamente isso que permite e que perpetua a união do casal. Se este casal tem uma criança, e se essa começa a encenar aquilo que deveria permanecer não-dito, começa a causar incômodo nos seus pais (VIEIRA, 2005). Como podemos notar na colocação abaixo:

Ou bem a mãe é, ela própria, sintoma do pai e então a criança é sintoma da verdade do casal, ou bem a mãe não é sintoma para o pai e então a criança é sintoma da mãe, representa objeto de seu gozo”. (NOMINÉ *apud* OLIVEIRA, 1998, p. 297).

Então, a criança pode ser sintoma do casal parental ou objeto da fantasia da mãe. Calmon (1998), a esse respeito, faz um questionamento que nos é pertinente: “quando falamos de criança-sintoma, estamos nos referindo à criança enquanto objeto ou enquanto sujeito?” (CALMON, 1998, p. 33). Se o termo utilizado ‘criança-sintoma’ se refere à concepção da criança como sintoma que vem revelar a verdade do casal parental, considera-se que existe uma distância (um intervalo) entre a mãe e a criança, sendo a criança um sujeito.

Assim sendo, o sintoma da criança mantém uma relação direta com o desejo da mãe. É por meio do seu sintoma que se produz o enigma do desejo da mãe, articulando-se à função paterna. Nesse sentido, cabe ao pai operar, exercendo a função, limitando o gozo da mãe, realizando a operação que chamamos castração. De tal modo, “quando o pai é insuficiente para representar a falta imaginária da mãe, a criança encontra o recurso do sintoma para, por sua vez, manter o laço fálico, e, então, afastar-se da posição perigosa de ser o objeto de gozo da mãe” (NOMINÉ *apud* OLIVEIRA, 2008, p. 298). O sintoma é o recurso encontrado pela criança a fim de se afastar/esquivar da posição de se tornar o objeto de gozo da mãe.

A esse respeito, Miller (1996) destaca que quando o sintoma da criança resulta do par familiar torna-se mais sensível à intervenção analítica. A justificativa para tal está no fato de que, quando o sintoma da criança está vinculado ao par pai/mãe, já existe uma articulação com a metáfora paterna. A criança se encontra submetida plenamente à metáfora paterna, o que permite que as “intervenções do analista podem prolongar o circuito e fazer com que essas substituições prossigam” (MILLER, 1996, p.8).

3.1.2. A criança-objeto.

A segunda indicação situa a criança como objeto *a* na fantasia materna. Convém lembrar que, ao nascer, toda criança se coloca na posição de objeto *a* na fantasia materna, mas o seu estatuto muda a partir da mediação paterna. A criança deve encontrar uma maneira de

lidar com a sua posição de criança-objeto, de forma a produzir um efeito separador (BATISTA,1998; BARROS, 1998).

Isso significa que a criança tanto pode responder ao sintoma do ponto de vista do falo ou manter-se como objeto (BARROS, 1998). No texto *'Os complexos familiares na formação do indivíduo'*, Lacan (1938/2003) apresenta a criança como o falo da mãe. Nessa posição “a criança responde pelo seu sintoma do ponto de vista fálico, identificando ao desejo do Outro” (ZUCCHI, 2007, p.53). Já no *'Nota sobre a criança'* (1969/2003), temos o deslocamento do estatuto da criança: ela deixa de ser vista como o falo da mãe para assumir a posição de objeto *a*, “que vem a tamponar o buraco real que excede a satisfação fálica” (ZUCCHI, 2007, p.53).

Embora seja uma posição universal, ela não opera da mesma forma para todos. Existem várias maneiras de ter sido uma criança-objeto, ou até mesmo de ainda continuar a sê-lo. O que determina isso é a maneira como a criança se relaciona ou se coloca frente ao Outro (BARROS, 1998).

Do ponto de vista da criança, podemos dizer que somente quando ela consegue fazer do significado do Outro o seu próprio sintoma é que ela pode assumir a sua própria fala, sem que esteja à mercê das mensagens do Outro. De acordo com Barros (1998), o nascimento do bebê “se rompe diante da irrupção do real, isto é, daquilo que da falta da mãe/mulher não se resolve no falo, e daquilo que do gozo no corpo da criança não está simbolizado pelo falo” (BARROS,1998, p. 251).

Dessa forma, quando há dificuldade de sustentação da função paterna, a criança “pode vir a responder com seu sintoma, fixando-se como objeto de gozo da mãe (NOMINÉ *apud* OLIVEIRA, 2008, p. 298). A mãe toma o filho como objeto real de sua existência, pois não simboliza seu desejo no falo, impossibilitando o seu ingresso na cadeia significativa e conseqüentemente dificultando que a ‘criança’ se constitua como sujeito (BARROS, 1998; OLIVEIRA, 1998).

Quando Lacan (1969/2003) menciona que a criança “se torna o ‘objeto’ da mãe” (LACAN, 1969/2003, p.369), não o faz sem colocar a palavra objeto entre aspas. Isso significa que a criança não é considerada um objeto propriamente dito. Se a criança se tornasse apenas o objeto da mãe, ela nem seria considerada uma criança, pois ainda não se perceberia como um ser separado da mãe. Teríamos uma fusão entre mãe e bebê, o que, por sua vez, não coloca o bebê no lugar de objeto, mas de prolongamento (um pedaço/uma parte da mãe) do corpo da mãe.

Dessa forma, quando Lacan menciona que a criança é ‘objeto’ da mãe, ele marca que algum tipo de separação se faz presente. Por isso, dizemos que a criança está na posição de objeto ou que ela está no lugar de objeto. Além disso, devemos esclarecer que ao se colocar na posição de objeto não significa que a criança atende a tudo que é demandado pela mãe, essa é uma interpretação do senso comum. Em termos lacanianos, podemos dizer que a posição de objeto se dá quando a criança se coloca fora do lugar de verdade para a mãe, o que lhe causa profunda angústia (VIEIRA, 2005). Assim, quando Lacan (1969/2003) refere que o sintoma da criança é correlato da fantasia da mãe, isso significa que o sintoma se presentifica como objeto *a*, obturando a falta da mãe.

A conclusão a que chegamos é que há duas possibilidades para a criança: “tentar equivaler ao falo, isto é, ao objeto imaginário do desejo da mãe, o caso da criança-sintoma, ou ao objeto real da fantasia materna, o da criança-objeto” (BATISTA, 1998, p. 185). Assim, sabemos que “Lacan trabalha o sintoma no campo do sentido, como significação, como resposta ao enigma do desejo da mãe que assegura uma identificação do sujeito ao Outro” (BATISTA, 1998, p.183).

Entretanto, a partir da elaboração do objeto *a*, não basta decifrar o recalcado, o mais importante é situar o gozo. Sabemos que há sempre um acontecimento no corpo, um excesso de gozo localizado no corpo, que pode ser verificado no sintoma da criança. O importante é que a criança construa o seu sintoma para que assim possa localizar o seu lugar de objeto. Inicialmente, a criança é objeto do Outro, e é “na construção de seu romance familiar que ela poderá subjetivar o que supõe ter sido para esse Outro” (BATISTA, 1998, p.183).

Cabe aqui assinalar que, em relação ao Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDA/H), a criança passa a ser vista pelos pais a partir do incômodo que ela provoca. Nesse caso, o sintoma da criança remete à verdade do casal parental. Trata-se da presença da ‘criança-sintoma’ em que o que é encarado como um problema, na realidade, é uma solução. Nas palavras de Maryse Roy: “a agitação da criança ocupa o lugar da distância que não há entre a mãe e a criança, distância que, oportunamente, pode produzir o pai” (ROY, 2006, p. 131). Uma das formas mais eficazes do homem ocupar esse lugar está em ser o vetor da lei do desejo, colocando a mulher no lugar de causa de desejo.

Antes de continuarmos abordando sobre as concepções psicanalíticas das ‘crianças hiperativas’, apresentaremos uma vinheta clínica advinda das observações e das interpretações de um campo de prática psicanalítico com o intuito de exemplificar e analisar o diagnóstico desses sintomas.

3.2. Grupo lacaniano: Associação Digai-Maré.

A nossa discussão, que tem um caráter exemplar, se apoia nas observações advindas de trabalho clínico, que se refere a um dispositivo pautado no atendimento em grupo, guiado pela psicanálise lacaniana e inspirado no modelo de cartel proposto por Lacan. Trata-se de uma proposta de trabalho que, estabelecida pela Associação Digai-Maré, teve a necessidade de desenvolver algumas adaptações a respeito da técnica psicanalítica elaborada por Freud³⁶ (1913/1996), já que não se adequava ao seguinte: sessão individual, duração ilimitada, pagamento e divã. Antes de darmos continuidade à apresentação do trabalho clínico, que foi o inspirador para a elaboração desta dissertação, apresentaremos resumidamente a proposta de trabalho da Associação Digai-Maré.

A Associação Digai-Maré é um projeto que presta atendimento psicanalítico, segundo o viés da orientação lacaniana; é sem fins lucrativos, em grupo e por tempo determinado (com duração não superior a seis meses). Esse projeto de atendimento clínico foi influenciado pelo movimento do Campo Freudiano que, guiado pelas indicações do seminário de Orientação Lacaniana a respeito dos efeitos rápidos da psicanálise, deu origem aos Centros Psicanalíticos de Consulta e Tratamento (CPCTs). Dentre os diversos centros de atendimentos, temos o Digai-Maré inserido neles (HOLCK; VIEIRA, 2008).

A partir dessa perspectiva, foram pensadas possibilidades de ações que viabilizassem a ampliação nos espaços sociais de intervenção psicanalítica. Dessa forma, o objetivo era propiciar a presença do discurso psicanalítico em espaços geográficos extremamente precários, os conhecidos como favelas. Assim, em maio de 2005 o projeto Digai-Maré foi implantado na favela Nova Holanda, uma das dezesseis favelas pertencentes ao Complexo da

³⁶ Quando Freud escreve o texto intitulado *'Sobre o início do tratamento'* (1913), apresenta uma série de recomendações aos médicos que pretendiam iniciar a prática psicanalítica, sendo o valor dos honorários um ponto abordado pelo autor. Anos após, em 1918, escreve *'Linhas de progresso da terapia analítica'* em que admite que o método psicanalítico, embora o seu objetivo permaneça inalterado, ainda se encontra em processo de evolução e, por isso, algumas adaptações são necessárias. Ao final do texto, Freud menciona que a psicanálise não poderia se limitar a pessoas ricas e instruídas que poderiam arcar com o custo do tratamento. Ele acreditava que a neurose era um problema de saúde pública, por isso as instâncias governamentais deveriam perceber a importância e urgência de tal tratamento. Assim, Freud coloca em debate a contra-indicação da gratuidade proposta em 1913, o que possibilita a inserção da psicanálise em centros e instituições de atendimento gratuitas, sendo o Digai-Maré um exemplo desses casos. Podemos dizer que esse dispositivo aplicado por essa associação se localizava num espaço entre o público e o privado, o mesmo ocupado pelas organizações não-governamentais (ONGs), instituições que geralmente têm como modelo de intervenção o trabalho gratuito e em grupo. Porém, ao contrário de muitas ONGs, o Digai-Maré não está vinculado a uma política assistencialista nem reforça “um imaginário de que o morador de favela é carente e precisa ser assistido” (REIS, 2008, p. 143).

Maré³⁷. Na referida data foi criada uma parceria entre a Associação Digai-Maré e uma instituição local, Redes de Desenvolvimento da Maré (REDES-Maré³⁸), a qual cedeu o espaço de uma de suas salas para que o atendimento fosse viabilizado. Após dois anos estabelecidos em tal local, foi criada a ‘clínica social’ de atendimento, que se tornou conhecida pelos moradores do Complexo da Maré como a ‘casa dos psicólogos’ (uma casa composta por três andares).

Em relação ao trabalho em grupo, a proposta do Digai-Maré é baseada na criação de “grupo com funcionamento estruturado de maneira específica para a realização de um trabalho, um a um, mas no plano coletivo, e que não deve ser sustentado pelo efeito conhecido de ‘cola grupal’, do qual se servem, por exemplo, os grupos de ajuda mútua, nem pelos poderes de aglutinação do carisma ou de um líder” (HOLCK & VIEIRA, 2008, p.13). O modo de funcionamento é baseado na formação de pequenos grupos de atendimentos operados segundo a lógica do cartel³⁹, compostos por quatro integrantes e o mais-um. O grupo formado pelos quatro participantes não apresenta homogeneidade. Por isso, não é monossintomático, o que permite trabalhar em grupos algo que diz respeito à construção do sintoma para cada sujeito. Enquanto que o mais-um é aquele que sustenta o grupo e representado pela figura do clínico.

³⁷ O Complexo da Maré se localiza na zona norte da cidade do Rio de Janeiro, numa região extremamente abrangente: à margem da Baía de Guanabara – caracterizada originalmente por ter uma vegetação de manguezal – que fica cerca de 800 mil m² da Avenida Brasil. Segundo dados históricos, a favela da Maré é originária da década de 40, e os anos seguintes foram responsáveis por sua expansão. Atualmente, o Complexo da Maré é formado por um agrupamento de 16 favelas: Morro do Timbau (1940), Baixa do Sapateiro (1947), Conjunto Marcílio Dias (1948), Parque Maré (1953), Parque Roquete Pinto (1955), Parque Rubens Vaz (1961), Parque União (1961), Nova Holanda (1962), Praia de Ramos (1962), Conjunto Esperança (1982), Vila do João (1982), Vila do Pinheiro (1989), Conjunto Pinheiro (1989), Conjunto Bento Ribeiro Dantas (1992), Nova Maré (1996), e Salsa e Merengue (2000). Sua população média de 130 mil moradores. Disponível em: <www.soulbrasileiro.com.br/main/rio-de-janeiro/favelas/complexo-da-mare/complexo-da-mare>. Acesso em: 29 de setembro de 2014.

³⁸ A REDES-Maré é uma organização não-governamental (ONG) localizada na favela Nova Holanda que tem como intuito primordial atuar e desenvolver projetos voltados para a temática da educação, da arte, da cultura, da mobilização social, da segurança pública, da comunicação, do desenvolvimento local (geração de renda) e do combate à violência. Disponível em: <www.redesdamare.org.br>. Acesso em: 29 de setembro de 2014.

³⁹ No texto ‘*Ato de fundação*’, Lacan (1964) pronuncia que a execução do trabalho, na Escola Francesa de Psicanálise, será sustentada em pequenos grupos, sem definir os nomes dos mesmos. Segundo ele era “o princípio de uma elaboração apoiada num pequeno grupo. Cada um deles (temos um nome para designar esses grupos) se comporá de no mínimo três pessoas e no máximo cinco, sendo quatro a justa medida. MAIS UM encarregado da seleção, da discussão e do destino a ser reservado ao trabalho de cada um” (LACAN, 1964, p. 235). Somente em 1971, nas notas anexas a esse texto, que tratam das questões que ficaram em aberto, Lacan nomeia esse pequeno grupo de cartel.

O objetivo do projeto Digai-Maré é trabalhar no plano do coletivo algo que é da ordem do particular do sujeito. Por causa disso, não se destina a abordar questões do grupo, mas do sujeito no grupo. Devido a esse fato, os componentes do grupo não são fixos, inexistindo a necessidade de iniciar ou finalizar com o mesmo número de participantes. A única obrigatoriedade do grupo, além da limitação de integrantes, é a faixa etária, havendo assim grupos de crianças, de adolescentes e de adultos.

Após essa breve explanação a respeito do funcionamento do Digai-Maré, daremos início à discussão de um atendimento em grupo que teve início em julho de 2010 e foi realizado durante dois anos⁴⁰. No decorrer desse período, o grupo recebeu quatro crianças na faixa etária de seis a nove anos. Como estamos nos referindo a um trabalho individual realizado em grupo que não tem a necessidade de fixar o número de participantes, não tomaremos a situação analítica como um caso, já que a mesma ocorreu na presença de vários e não se deu em trabalho contínuo. A justificativa é que, além do trabalho clínico no Digai-Maré ser o motivador para a elaboração desta dissertação, mesmo com todas as ressalvas, houve a presença de efeitos terapêuticos significativos.

3.3. Trabalho psicanalítico: ‘Eu ainda faço bagunça’.

O grupo era composto por quatro crianças⁴¹. Conforme mencionamos anteriormente, não se tratava de um grupo monossintomático. Cada criança teve uma demanda específica, e somente duas chegaram ao Digai-Maré portando o diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. É justamente nestas que nos deteremos.

Ainda ressaltamos que, embora se trate de um atendimento em grupo, se iniciou com um atendimento individual. A justificativa para o fato era que, mesmo iniciando o grupo com um único integrante, a figura do clínico sustentava a ideia de atendimento em grupo, afirmando a inserção futura de outra criança.

3.3.1. Rafael: uma criança hiperativa?

⁴⁰ Embora a proposta de trabalho se baseie em um atendimento clínico-psicanalítico com duração limitada (não superior a seis meses), a inflexibilidade nunca fez parte da proposta do Digai-Maré. Aos integrantes desse projeto era solicitado estar em análise e a inserção em um grupo, também em formato de cartel, de supervisão. Durante a supervisão, além de discutirmos sobre o atendimento, também problematizávamos sobre o término do grupo. Essa era uma decisão elaborada no cartel. Caso o clínico se posicionasse contrário ao término do grupo, seu posicionamento era respeitado. Outra particularidade do Digai-Maré é que, embora a proposta seja de um atendimento em grupo, não nos era impedido realizar um atendimento individual, se assim desejássemos.

⁴¹ A fim de preservarmos o sigilo das crianças, todos os nomes apresentados, no decorrer da descrição do trabalho, são fictícios.

Quando Rafael começou a ser atendido no Digaí-Maré, em julho de 2010, tinha seis anos de idade e cursava a primeira série do ensino fundamental de um colégio particular. A demanda de atendimento foi feita por sua mãe, Ana, após Rafael ter sido ‘diagnosticado’ pelos educadores da escola como portador do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, necessitando, segundo a perspectiva dos mesmos, de um tratamento adequado. Este se restringia a uma consulta médica, seguida de uma prescrição medicamentosa. Devemos destacar que tal diagnóstico foi realizado a partir da observação do comportamento da criança, seguida da aplicação de um questionário respondido pelos pais.

Apesar de receber tal orientação da escola, Ana se nega a atender essa demanda. A justificativa para tal resposta foi embasada em sua própria profissão. Ana era técnica de enfermagem e, frequentemente, presenciava o efeito da Ritalina sobre as crianças, alegando que o remédio provocava dependência química.

Por causa da insistência da escola em encontrar alguma ‘solução’ para o comportamento do menino, Ana decide procurar outro tipo de tratamento, levando-o ao Digaí-Maré. A queixa da mãe era referente ao excesso de agitação do menino. Rafael era inquieto, não parava nem para assistir televisão; não conseguia manter o foco em nenhuma atividade; dificilmente brincava; desinteressava-se facilmente pelos objetos, era como se nada o agradasse. Além disso, o menino apresenta grande dificuldade em interagir com outras pessoas (crianças e adultos). Segundo a mãe, isso era ocasionado pela agitação do menino, que o impedia de prestar atenção em qualquer coisa, inclusive nas pessoas.

Contudo, essa agitação não interferia em seu desempenho escolar. Rafael já sabia ler e escrever (algo raro nas crianças atendidas no Digaí-Maré). Sua dificuldade escolar se mostrava em seu descaso com o material escolar (seus cadernos eram mal cuidados, com folhas soltas, cheias de orelhas, amassadas), em seu comportamento agitado em sala de aula e no seu rápido desinteresse pelas matérias. Após aprender uma matéria, se negava a repetir os exercícios ou os fazia mais rápido que os demais alunos da turma. Com isso, Rafael ‘atrapalhava’ o desempenho da classe, pois não ficava quieto.

Rafael era o primogênito de Ana e Joaquim. Morava nas proximidades do Digaí-Maré com seus pais, com seu irmão caçula (Ivan, de um ano e meio) e com sua avó paterna. Ana era técnica de enfermagem, trabalhava em dois empregos, sempre relatando cansaço. Seu marido, na época, se encontrava desempregado, e ela era a responsável pelo sustento da família, enquanto que Joaquim cuidava das crianças. Por causa disso, Ana se sentia ‘culpada’

por deixar o filho ‘sozinho’ por tanto tempo (fala materna que desconsidera a presença do pai).

Quando Ana estava com Rafael tentava compensar a sua falta/ausência dando tudo o que o menino lhe pedia. O que resultava em uma montoeira de brinquedos, os quais Rafael não utilizava, e nem permitia a Ana que os doasse para outras crianças.

Na época, os pais revezavam na responsabilidade de levar o menino ao atendimento. Quando Ana o levava, em seus dias de folga, sempre trazia com ela o seu filho caçula que também não ficava quieto (subia e descia as escadas). Como mencionamos anteriormente, o projeto Digaí-Maré ocorre em uma casa composta por três andares, tendo no térreo duas salas: a sala de espera e outra com um armário onde os brinquedos eram guardados. Nos dois andares superiores ocorriam os atendimentos. Por várias vezes, escutava Ana falando com Rafael que ele deveria cuidar do irmão que frequentemente subia a escada. Mas ela nunca tentava impedir a criança de subir, sempre delegava isso ao Rafael.

Quando Rafael comparecia ao Digaí-Maré com o seu pai, o seu irmão raramente estava presente. Em relação ao filho, Joaquim dizia que Rafael fazia de tudo para chamar a atenção, sempre o descrevendo da seguinte forma: *‘ele é demais, não para!’* - referência ao comportamento agitado do menino. Durante as conversas, Joaquim relatava as humilhações sofridas por não conseguir um emprego. Sempre dizia que fazia o possível para ajudar Ana, mas ela nunca estava satisfeita. Segundo ele, Ana não tinha paciência com os filhos, sempre gritava com as crianças.

A avó paterna, embora morasse com a família, nunca levou Rafael ao Digaí-Maré. Ela era portadora do Mal de Alzheimer, e a doença estava em estágio avançado. Ana comentava o quanto era complicada a convivência com ela. Durante seus momentos de lucidez, a avó tentava interferir na criação de seus filhos. Mesmo com essas interferências, geralmente a favor das crianças, devido aos agravos da doença, o próprio Rafael desconsiderava tudo o que a avó lhe dizia.

Logo nos primeiros encontros, a agitação de Rafael se apresenta. O menino não parava, porém isto não lhe causava incômodo. Durante as primeiras sessões, lhe perguntava se tinha conhecimento das razões que motivaram os seus pais a solicitar o atendimento clínico, ao que sempre respondia que estava ali porque sua mãe o trouxera. O estranhamento era despertado pela mãe, pelo pai e pela escola. Ao Rafael cabia a agitação, algo que se apresentava de tal forma que o impedia até de escolher um simples brinquedo durante o atendimento.

Rafael era atendido no segundo andar do Digaí-Maré. Antes de iniciarmos o atendimento, ele tinha a liberdade de escolher no armário, localizado no térreo, o brinquedo que seria utilizado. Após a sua ‘escolha’, nos direcionávamos à sala. Contudo, ao chegarmos à sala, ele decidia trocá-lo. Assim, subia e descia as escadas constantemente para trocar os brinquedos. O atendimento se resumia a isso: subidas e descidas. Rafael perdia o interesse pelos brinquedos antes mesmo de utilizá-los. Enquanto girava em torno desses movimentos, sua mãe repetia: *‘Para! Sobe! É assim que ele fica em casa’*.

Nos atendimentos posteriores, isso se repetia: a movimentação de Rafael e a fala da mãe. Embora Ana tivesse se negado a recorrer à medicalização, ela ainda não tinha aberto mão dos seus efeitos milagrosos, buscando incessantemente por adequações. A urgência da mãe em cessar os sintomas do filho pode ter influenciado a minha postura, ocasionado uma atitude equivocada, que somente intensificou a angústia do Rafael. Diante da demanda materna, uma tentativa de conter a agitação do menino, propus a Rafael que escolhesse apenas três brinquedos e somente estes seriam utilizados.

Na realidade, a agitação não podia ser contida ou suprimida. Com isso, a movimentação do menino passou a se apresentar de outras formas. Se antes Rafael não conseguia ficar na sala, a partir daquele momento não conseguia escolher o brinquedo. Rafael parou de subir e de descer as escadas repetidamente, e passou a trocar de objetos, num curto espaço de tempo, intensificando a sua angústia e aumentando a sua agitação. Mesmo parado em frente ao armário, ainda assim se movimentava, fazia movimentos repetidos com as mãos: a cada três brinquedos trocava por outros três e assim sucessivamente. A fala da mãe também permanecia: *‘Rafael escolhe logo, o tempo vai acabar e você não fez nada. Ela está esperando’*.

Diante de tal atitude do menino, percebi que tal movimentação não podia ser contida. Mas que ela devia ser trabalhada, o que demandava tempo. Devido a este fato, uma conversa com a mãe de Rafael se fazia necessária. Durante esta conversa, lembrei-a que havia recusado o uso da medicação, mesmo que esta fosse considerada um instrumento de efeitos rápidos, devido à possível dependência química que geraria na criança. Além disso, afirmei que o trabalho se dava no tempo de Rafael, e que independente do lugar (no segundo andar ou no térreo), ele já estava sendo atendido.

Somente a partir desse novo posicionamento é que foi possível estabelecer um trabalho clínico. Este não era guiado pela urgência materna, mas pelo posicionamento do menino que se apresentava desorganizado e angustiado. Sabendo disto, mantive a proposta de

somente escolher três brinquedos. A diferença era que não se tratava de uma supressão do sintoma, mas da possibilidade de estabelecer um limite/um contorno à desorganização de Rafael. Com isso, o atendimento passou a ocorrer no térreo do Digai-Maré, ali em frente ao armário de brinquedos.

Enquanto Rafael tentava escolher os brinquedos, interferia perguntando por que a dificuldade em escolhê-los. Respondia que queria brincar com todos os brinquedos. A atenção do menino estava direcionada ao armário e em tudo que dentro dele continha, por isso não conseguia se focar em um único objeto.

Devido à angústia que a não escolha lhe causava, o menino dizia: *‘Eu ainda não escolhi’*. Nesse *‘ainda’* possibilitava uma abertura para uma possível escolha, que era intensificada a partir da minha fala: *‘Não tem problema, quando você escolher a gente sobe. Não precisa ter pressa’*. Talvez, esse *‘não precisa ter pressa’* dito repetidamente a Rafael e a sua mãe, tenha produzido algum efeito. Depois de algum tempo ouvindo esta frase, Rafael conseguiu escolher os três brinquedos e, finalmente, subiu ao segundo andar.

Ao chegar na sala de atendimento, novamente Rafael decidiu voltar ao térreo para escolher outro brinquedo. A partir desse momento, comecei a perguntá-lo por qual brinquedo trocava. Até mesmo para responder a tal pergunta tinha dificuldade, pois não conseguia se decidir qual brinquedo poderia escolher. Mudava de opinião rapidamente. Apresentava-se assim outra movimentação: troca de pensamentos/opiniões. Mas era uma mudança que possibilitava maior interação comigo. Passamos a conversar sobre o brinquedo. Mesmo que ele estivesse presente na sala, não o utilizava, pois a agitação de Rafael o impedia de brincar.

Com o tempo, Rafael passou a conversar enquanto se movimentava, subia e descia nas cadeiras. Na realidade, era uma série de perguntas às quais ele mesmo respondia. Todas as perguntas estavam relacionadas aos dinossauros (seu brinquedo favorito e objeto de leitura), como por exemplo: *“Você conhece o Tiranossauro Rex? Sabe como é o Pterodáctilo?”*. Ele sabia descrever cada dinossauro que me perguntava. A partir desse momento, Rafael passa a permanecer na sala falando sobre os dinossauros. Enquanto o recurso da fala se faz presente, seus sintomas diminuem.

3.3.2. Gustavo: quando o TDA/H não se apresenta.

Após quatro meses atendendo Rafael individualmente, é encaminhada, em outubro de 2010, uma menina⁴² ao grupo⁴³. Após o ingresso da menina no grupo, os sintomas de Rafael começaram a retornar. Com o tempo, Rafael passou novamente a se ausentar da sala, subindo e descendo a escada, alegando que tinha que pegar alguma coisa que havia 'esquecido'. Pouco tempo depois, em dezembro de 2010, seu atendimento foi interrompido, pois seus pais deixaram de levá-lo ao atendimento⁴⁴. Rafael somente retorna ao grupo no ano seguinte, em 2011, quando conhece Gustavo.

Gustavo na época tinha seis anos de idade, estava matriculado em uma escola pública, cursando a fase de alfabetização. A sua demanda de atendimento também foi feita pela escola. Tinha como queixa principal os sintomas presentes no diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. Segundo o relato da escola, o menino era agitado, desatento, não completava os exercícios e apresentava comportamento 'infantilizado' (nomeação dada, pela escola, a Gustavo por falar de modo similar a um bebê, sendo também encaminhado a um fonoaudiólogo).

Segundo sua mãe, tal agitação não se apresentava em casa. Apenas o havia levado ao Digaí-Maré por insistência da professora. Na realidade, o menino não tinha uma queixa muito clara. No caso de Gustavo, a agitação mencionada pela escola nunca se apresentou durante os atendimentos. O que foi observado, depois de algum tempo, foi uma excessiva organização por parte da criança, além de sua necessidade em agir a partir de regras preestabelecidas. Esse comportamento tão organizado o impedia de interagir com outras crianças.

Gustavo era filho único e não tinha contato com crianças de sua idade. Como sua mãe trabalhava como auxiliar de serviços gerais, ele ficava sob os cuidados de uma creche particular. Como estava matriculado nesta creche desde quando era bebê, permitiram que ele permanecesse na mesma apesar da idade de seis anos. Por causa disso, Gustavo tinha bastante contato com crianças de idade inferior à dele.

⁴² A criança tinha sete anos de idade. A sua demanda de atendimento estava vinculada a queixas de maus tratos que, supostamente, eram cometidos por sua mãe. Além disso, a menina comia compulsivamente, o que ocasionou problemas de saúde e sobrepeso. O tratamento foi demandado pelo pai que estava em processo de solicitação de guarda da menina.

⁴³ Devemos ressaltar que, ao longo desses quatro meses, outras crianças foram encaminhadas ao grupo. Mas não permaneceram frequentando o mesmo. Apenas em outubro de 2010 que é encaminhada uma menina que permanece no grupo por três meses.

⁴⁴ Durante esse período, diversas vezes, houve a tentativa de contato telefônico sem obter nenhuma resposta. Os motivos para tal episódio serão explicados nas páginas seguintes.

A creche disponibilizava uma cuidadora que se responsabilizava por levá-lo à escola, ao Digai-Maré, à fonoaudióloga e até ao médico. Raramente sua mãe se ausentava do trabalho, alegando que poderia ser demitida. Foram poucas as vezes que ela foi ao Digai-Maré. Essa mesma cuidadora também não entendia a solicitação da escola.

3.3.3. Sessão clínica.

Quando os dois meninos se encontraram, Gustavo passou a escolher os brinquedos e Rafael concordava em brincar com o que ele sugerisse. Porém, as brincadeiras de Gustavo eram organizadas, enquanto que as de Rafael eram o oposto, devido a sua agitação. Então Gustavo sempre dizia que Rafael estava *'estragando tudo'*.

Mesmo com tantas diferenças, enquanto estavam juntos era o momento em que mais produziam. Gustavo apenas conversava se Rafael estivesse presente. Rafael, por sua vez, permanecia no atendimento porque existia uma criança tão interessada nele que o seguia aonde fosse, sempre o convocava para o atendimento.

A seguir apresentaremos dois fragmentos de atendimentos em que as duas crianças estavam presentes. Vale ressaltar que estes serão apresentados na ordem em que ocorreram, mas existe um intervalo de tempo entre eles.

Certo dia, durante o atendimento, enquanto brincavam, Rafael olhou para o teto e disse:

- *'Olha, é uma teia de aranha'*.

Ao olhar para o teto, lhe respondeu: *'É. Aqui tem uma teia de aranha'*.

E o menino continuou dizendo: *'Na minha casa também tem teia de aranha, só que ela é preta'*. Estranhei a colocação de Rafael e perguntei: *'Como assim preta?'*

Gustavo começa a participar da conversa e também pergunta: *'Foi feita por uma aranha preta?'*. Então Rafael lhes respondeu: *'Não. Ela está queimada pelo fogo'*.

Pergunto novamente: *'Que fogo?'*

E Rafael me responde da seguinte forma: *'Minha casa pegou fogo. Ficou cheia de teia preta. Você sabia que o nome é fuligem?'*

A partir desse momento, Rafael começa a relatar o episódio que resultou na interrupção de seu atendimento. Ele mencionou que a sua casa entrou em chamas quando toda a sua família estava dentro dela. Segundo Rafael, o fogo era tão intenso que não conseguia enxergar, pois seus olhos ardiam devido à fumaça (fuligem). Mesmo com tamanha intensidade do fogo, ninguém se feriu, pois seu pai os havia retirado a salvo de sua casa. Joaquim havia enrolado Rafael em um cobertor molhado, o colocou em seus braços, e arrombou uma das portas por onde saíram: ele nos braços do pai e sua mãe com o irmão caçula no colo.

Ao ouvir a história contada por Rafael, Gustavo lhe perguntou:

- *'Você ficou com medo?'*

- *'Fiquei'* – respondeu Rafael.

Gustavo novamente lhe perguntou: *'Teve medo de morrer?'*

Rafael ficou em silêncio, apenas o respondeu balançando a cabeça de maneira afirmativa.

E Gustavo continuou perguntando: *'Você chorou?'*

Dessa vez Rafael lhe respondeu: *'Não. Homem não chora'*.

'Eu choraria' – diz Gustavo.

'Minha mãe chorou, e eu fiquei com medo' – respondeu Rafael. Enquanto ele respondia às perguntas seus olhos se enchiam de lágrimas.

Na realidade, o episódio mencionado por Rafael não ocorreu exatamente da forma em que foi descrito. O incêndio foi provocado por um curto-circuito e começou quando ninguém estava em casa. Toda a família havia saído, ao retornarem assistiram a casa em chamas. Por causa disso, ninguém se feriu. Sua mãe havia me relatado tal episódio, poucos dias depois do ocorrido. As perdas foram tão grandes que houve a necessidade de se mudarem para Campo Grande, por isso Rafael deixou de comparecer ao atendimento devido à distância. Apenas voltaram para a favela de Nova Holanda quando a casa já estava reformada, mesmo período em que retorna ao Digai-Maré.

O episódio somente foi mencionado uma única vez no grupo. Mas isso não desqualifica a atribuição que essa fantasia teve no atendimento de Rafael. Acreditamos que o fato do menino atribuir ao pai o lugar de herói, sem o qual poderia ter morrido se o mesmo não o salvasse, possibilita a criação de um espaço de separação entre Rafael e sua mãe. Pensamos que essa foi a forma encontrada por Rafael para convocar o pai a exercer a função paterna.

Podemos visualizar novamente a criação desse espaço durante outro atendimento em que as duas crianças estavam presentes. Conforme havíamos mencionado anteriormente, foi instalado um acordo em que Rafael apenas poderia escolher três brinquedos. Isso se manteve, mesmo sem a minha imposição, ao longo desses dois anos⁴⁵ de atendimento.

Certo dia, enquanto estávamos no térreo, Rafael escolheu os seguintes objetos: cartolina, Banco Imobiliário e um pote com vários brinquedos, enquanto Gustavo apenas pegou a cartolina com as canetinhas. Logo que subimos começaram a utilizar a cartolina. Gustavo iniciou um desenho, enquanto Rafael pôs-se a dobrá-la, mencionando que estava fazendo um barco. Assim que o finalizou, o amassou formando uma bola.

Posteriormente, encostou-se ao canto da parede e disse que tinha medo de trovão. Rafael me entregou a cartolina amassada e me pediu para reproduzir o som emitido por um trovão: *'Vamos fazer o trovão? Toma, faz o trovão!'* Questionei-lhe de que forma poderia

⁴⁵ Embora a proposta de trabalho do Digai-Maré seja a realização de um trabalho em grupo, com duração não superior a seis meses, o referido grupo teve a duração de dois anos.

fazer o que estava me pedindo. Rapidamente, Rafael desamassou a cartolina, a segurou pelas duas extremidades e a sacudiu produzindo o som do trovão. “*Viu, agora faz você*”.

Enquanto o imitava produzindo o som de trovão, Gustavo nos repreendia dizendo que aquilo não se tratava realmente de um trovão, que o trovão era de outra forma. Rafael, sem dar a menor importância à fala de Gustavo, se dirigiu ao jogo Banco Imobiliário, pegou todo o dinheiro do jogo, e o jogou para o alto. Logo em seguida, Gustavo disse: “*Olha o que ele está fazendo! Está sujando tudo*”. Após tal ato, o chão da sala ficou repleto de ‘dinheirinho’, Rafael o juntou e disse:

- _ ‘*Chuva de dinheiro*’.
- _ ‘*Não existe chuva de dinheiro*’. – repreendeu-o Gustavo sem produzir nenhum efeito sobre o que Rafael continuava dizendo:
- _ ‘*Chuva!*’ (...) ‘*Faz o trovão!*’.

A brincadeira (chuva e trovão) angustiava Gustavo que apenas compreendia a cena como uma forma de ‘bagunça’, pedindo incessantemente que Rafael fosse repreendido por mim. Tal brincadeira era encenada diversas vezes. Para que a mesma ocorresse era necessário produzir um efeito de organização (juntar todas as notas) e isso despertou o interesse de Gustavo. Ele passou a juntá-las e a entregá-las ao Rafael, que novamente as jogava no chão, ou seja, um ‘bagunçava’ e o outro ‘organizava’. Isso se repetiu durante todo atendimento.

Próximo ao término do atendimento, Rafael encontrou no pote de brinquedos cinco bonecos de Pokémon (um desenho que ele adorava). Por causa disso, resolveu os separar para o próximo atendimento. Na realidade, ele quis escondê-los como se fosse um tesouro. Colocou os Pokémon dentro da Caixa do Banco Imobiliário e os cobriu com dinheiro. ‘*Vamos esconder para ninguém achar*’ - disse Rafael, descendo as escadas com o Gustavo. Ambos em comum acordo decidiram que o melhor esconderijo para o tesouro era em uma prateleira fora do armário de brinquedos.

Nos encontros seguintes, Rafael buscava o ‘tesouro’ que tinha escondido, o mostrava para Gustavo, e o escondia novamente. Ele criou um lugar, preservado da intromissão dos adultos. Depois de tal episódio, que foi encenado diversas vezes, a agitação do menino começou a diminuir possibilitando o estabelecimento de laços e significativas alterações na perspectiva escolar. A partir desse momento, é cogitada a hipótese de finalizar o atendimento.

3.3.4. Quando a queixa materna permanece.

Após um pequeno recesso devido ao Natal e Ano Novo, o atendimento em grupo é retomado, e Ana solicita falar comigo a respeito do comportamento de Rafael. Ela estava

preocupada, pois seu filho tinha começado a dar voltas no quarteirão sem nenhum motivo aparente.

Então, durante o período de um mês, comecei a atendê-los (mãe e filho) regularmente. Conversava com a mãe, antes ou após o atendimento de Rafael. Até que, em uma das conversas, Ana lembrou que havia um bar no qual o dono tinha três papagaios (o menino tentava ensinar seu nome a eles) e que Rafael sempre retornava para casa com um doce. Havíamos descoberto o que o fazia sair de casa. Mas por que ele dava várias voltas no quarteirão?

Na semana seguinte, a mãe novamente mencionou que na escola estava tudo bem: as reclamações haviam cessado, ele não ‘atrapalhava’ a turma, brincava com as demais crianças, estava com ótimas notas (...). O problema se apresentava em casa, segundo Ana o problema era que Rafael *‘não me obedece, inclusive ele essa semana fugiu de casa’*.

Na realidade, Rafael saiu de casa para dar várias voltas no quarteirão. Costumava pedir permissão à mãe para sair, e Ana, por sua vez, poucos minutos após sua saída, se dirigia à porta e o chamava, ao que Rafael respondia: *‘Eu estou aqui’*. Naquele dia, ele não respondeu. Como não viu o filho e o chamou sem obter respostas, presumiu que o menino tinha sido ‘sequestrado’ e ligou para o marido para informá-lo que Rafael desaparecera. O mesmo saiu do trabalho ao seu encontro, e, nesse meio tempo, ela encontrou Rafael na casa de um amigo jogando videogame. A própria criança me informou que escutou Ana chamar, mas não respondeu porque ela não o deixava brincar, e por isso estava de castigo.

A colocação da mãe, *‘o problema é que ele não me obedece’*, e o fato da criança lhe endereçar algo pedindo permissão para sair de casa foi crucial para manter a decisão de finalizar o atendimento. Na semana seguinte, Ana foi comunicada de tal decisão. Ana afirmou que Rafael havia melhorado durante o período em que foi atendido, mas continuava andando em círculos. A mãe estava preocupada com as saídas do menino, e acrescentou dizendo: *‘Acho que ele sai de casa por minha causa’* (...) *‘Porque eu fico atrás dele o tempo todo’*. Relatou que não o deixava brincar na rua. Quando se distraía deixando a porta aberta (a porta era trancada a chave) ele ‘fugia’.

Ao indagar Ana a respeito dos motivos que a levaram a não deixá-lo brincar na rua, a princípio, revelou que isso era devido à violência da favela. Posteriormente, continuou dizendo que não o entendia, fazia tudo por ele (...) tudo que queria era dar aos filhos uma vida diferente, por isso lhes atribuía tanta atenção. Começou a falar de sua infância e da relação que mantinha com sua mãe (não conheceu o pai e tinha uma mãe ausente). Devido a este fato

queria proporcionar aos filhos algo diferente. Quando Ana terminou de falar, foi oferecida a ela a possibilidade de fazer um trabalho da mesma forma que seu filho havia realizado, de falar sobre suas questões num outro momento, num lugar seu. Embora houvesse concordado com o encaminhamento para um grupo de adultos com outro clínico, Ana não retornou.

Rafael, ao ser comunicado sobre o término do seu atendimento, faz a seguinte colocação: *'Eu ainda faço bagunça'* (...) *'Minha mãe tem que me mandar fazer o dever da casa, senão eu não faço'*. A questão não consiste em atender a uma demanda social, na qual a criança deve ficar parada e aprender todos os conteúdos pedagógicos que lhe são ensinados, o que tentamos abordar é que o sintoma da criança pode ser entendido como uma resposta precária ao Outro materno.

O trabalho clínico possibilitou que Rafael ocupasse outro lugar, diferente do da criança 'hiperativa'. A partir do momento em que Ana percebe que alguma coisa de sua história ressoa em seu filho, apostamos no estabelecimento de um espaço de separação entre eles, que não era mais pela via do sintoma da criança. No intuito de corroborarmos com as nossas colocações, daremos continuidade com a discussão teórica. Assim, na seção seguinte nos deteremos sobre as considerações de psicanalistas a respeito da temática suscitada pelo Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDA/H).

3.4. Hiperatividade: manifestação sintomática da atualidade.

Vimos ao longo de nossa pesquisa que, cada vez mais, chegam aos consultórios crianças trazidas pelos pais devido a encaminhamentos advindos da escola referentes à dificuldade de aprendizagem e agitação motora. Sabemos que a terminologia da medicina que exprime essa agitação desempenhada pela criança é Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDA/H), o que não se constitui como um diagnóstico para a psicanálise. Todavia, isso não nos exclui de pensar sobre o fenômeno.

A nossa pretensão é considerar a dimensão do sujeito do inconsciente em manifestações sintomáticas que afetam o corpo, produzindo agitação e perda de interesse por objetos do mundo externo, o que vem a ser denominado pela psicopatologia como uma alteração da psicomotricidade e da atenção. A fim de marcarmos uma diferença diante do discurso médico, não faremos uso de terminologias (hiperatividade, alteração do

comportamento, desatenção e impulsividade) que apenas reforçam o diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade (TDA/H).

Na clínica com crianças, o corpo está muitas vezes em primeiro plano. Entretanto, não abordaremos aqui o que é disfuncional pelo viés do comportamento, como o faz o discurso médico, mas a fala do sujeito, tendo a certeza que isso possibilita a aproximação daquilo que se agita no corpo, ou seja, a maneira pela qual o significante aparelha o gozo (COTTET, 2006). Assim, nos deteremos no termo agitação, uma manifestação sintomática que não exclui o sujeito, mas que abre a perspectiva para a responsabilização do sujeito de seu sintoma.

Temos o entendimento que o sintoma da criança se reporta ao laço social, fator esse que passa despercebido pelos pais, pelos educadores e pelos pediatras. Freud (1917c/1996) já nos alertava, ao introduzir o fato de que a criança, mesmo em seu estado de desenvolvimento incompleto, pode sofrer com os efeitos de um trauma e que tal fato não deve ser negligenciado. Como podemos observar na citação abaixo:

Também as crianças têm suas neuroses, nas quais o fator do deslocamento para trás, no tempo, é necessariamente muitíssimo reduzido ou até mesmo está completamente ausente, pois nelas o início da doença advém imediatamente após as experiências traumáticas. (...) As neuroses de crianças são muito comuns, muito mais comuns do que se supõe. Muitas vezes, **elas deixam de ser notadas, são consideradas sinais de uma criança má ou arteira**, muitas vezes, também, são mantidas em estado de sujeição pelas autoridades responsáveis pelas crianças; porém, sempre podem ser reconhecidas, retrospectivamente, com facilidade. Em geral, surgem sob a forma de histeria de angústia. (FREUD, 1917/1996, p.250 [grifos nossos]).

Embora, a criança possa sofrer com os efeitos de um trauma, o que tem chamado atenção dos pais, dos educadores e dos pediatras é o incômodo que a criança desperta. De modo geral, eles almejam que o incômodo cesse. Isso tem como uma de suas consequências a expansão da indústria farmacêutica e também o aumento significativo do diagnóstico do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDA/H). Mas de que maneira a psicanálise compreende essa manifestação sintomática? Dentre os autores pesquisados (ANSERMET, 2011; COTTET, 2006; ROY & ROY, 2013; entre outros) que abordam essa temática, percebemos que todos colocam em destaque a instituição familiar. Esse foi um dos motivos pelos quais optamos por abordar anteriormente o texto *‘Nota sobre a criança’* (1969/2003), que se dedica à ideia da criança como sintoma portador da verdade do casal parental.

Do ponto de vista psicanalítico, podemos discutir duas vias, dois caminhos, pelos quais a dita ‘criança hiperativa’ pode ser engajada. No entanto, os dois caminhos não são excludentes, apenas os abordaremos separadamente por questões didáticas. Assim, a hiperatividade nos ensina que há, de um lado, o sintoma da criança compreendido como uma

resposta diante do excesso de demanda do Outro. Nesse caso, apresenta-se a ‘via do comando’, aquela que tem um caráter imperativo, sempre demandante, que assujeita a criança ao excesso de demanda do Outro, obtendo como resposta a sua obediência. Assim, a criança é tomada pela sua posição de ‘objeto’, sabendo que uma mediação, mesmo que precária, está operando. Por outro lado, temos a hiperatividade como mecanismo de defesa, uma maneira de proteger a criança do excesso libidinal da mãe e também de convocar o pai. Há, nesse caso, a criança como sintoma do casal parental, referência apresentada no ‘*Nota sobre a criança*’, em que Lacan (1969/2003) pontua que não cabe ao pai⁴⁶ apenas exercer a autoridade, pois lhe compete a função de executar a interdição materna. Contudo, quando a função paterna vacila, resta à criança encontrar meios de convocar o pai. Nesse caso, cabe à agitação da criança apelar ao pai para que se posicione.

3.4.1. Hiperatividade: uma maneira de convocar o pai.

Serge Cottet (2006), ao abordar o cenário do fracasso escolar, toma como parâmetro de sua pesquisa a análise, feita pelos educadores, dos alunos que apresentam algum tipo de dificuldade no desenvolvimento das habilidades escolares. A estes cabe o título de “mau aluno”, considerados desobedientes, travessos, impertinentes e possuidores de pouca capacidade intelectual. Devido ao desvio em relação à norma escolar, essas apreciações repercutem na designação de sintoma escolar ou de sintoma de inadequação escolar. No entanto, “os sintomas de inadequação escolar da criança não preocupam os analistas da mesma maneira que os educadores: a normalidade escolar não é garantia de saúde mental” (COTTET, 2006, p.138). O que Cottet (2006) destaca é justamente o contrário. O problema se apresenta quando o aluno é extremamente obediente ao Outro, quando não se opõe a nada. Assim, a normalidade escolar é o que passa a ser considerada um sintoma.

A referência feita pelo autor inclui, entre outras coisas (distração, disgrafia, dislexia, incompreensão na leitura de textos etc), a agitação da criança. Todos esses *deficits* são considerados uma forma de “protesto da libido”; dito de outra forma, são “signos de uma crise subjetiva, de deslocamentos de conflitos, de efeitos de recalçamento” (COTTET, 2006, p.138). Por isso, são considerados uma manifestação sintomática, assim como a normalidade escolar. A diferença está na maneira como a criança se coloca.

⁴⁶O posicionamento do pai ultrapassa a questão imaginária em que a *pessoa* do pai teria que cumprir certo ‘papel’ (seguir um ‘modo de ser pai’), pois se trata da função paterna, que é simbólica. De acordo com essa perspectiva, o pai exerce uma função simbólica nomeando o filho, permitindo-lhe adquirir uma identidade e, conseqüentemente, se inserir na cultura. A função paterna somente pode ser exercida se o pai encarnar o significante e intervir junto ao filho como privador da mãe.

A agitação da criança associa-se ao que Maryse Roy (2006) denomina de estigma da “criança hiperativa” (ROY, 2006, p. 130), o que é uma designação considerada pelo discurso médico como um parâmetro fora da norma. Isso por sua vez, se torna conveniente à demanda do Outro que se queixa da criança, fixando-a em um lugar de objeto, que tem como consequência o fato de que “toda a atenção da criança é orientada e perturbada pela libido da mãe” (ROY, 2006, p. 130).

Roy (2006), ao desenvolver seus pressupostos sobre a ‘criança hiperativa’, destaca a importância da apreciação do modo como a própria criança se situa em relação à falta materna. O sintoma da criança está diretamente vinculado ao lugar da mulher enquanto mãe. Devido a esse fato, quando Roy (2006) se refere à agitação da criança, ela o faz atrelado ao contexto familiar. Com isso, relaciona a queixa materna à dificuldade que o pai pode ter ao desempenhar a sua função.

Conforme abordamos anteriormente, o sintoma da criança pode ocupar o lugar de revelar a verdade do casal parental. Isso porque qualquer que seja o arranjo familiar, a criança apenas se constitui como sujeito a partir da amarração que ela própria faz entre aquilo que lhe é oferecido e aquilo que ela consente tomar para si (ROY, 2006). O que pode repercutir em uma formação sintomática trata-se de uma possibilidade e não uma regra. Roy (2006, p.130) menciona que “frequentemente, recebemos mulheres que se queixam da agitação de sua criança e denunciam a impotência de um homem em sustentar seu papel de pai”.

Esse lugar que a criança ocupa na fantasia materna se relaciona com a falta materna. Estamos nos referindo aqui ao caso da ‘criança-sintoma’, no qual a mulher tem uma experiência irreduzível de insatisfação, pois a criança, enquanto substituto fálico, não pode preencher a sua falta. Conforme abordamos anteriormente, a criança não deve ser tudo para a sua mãe, mas que divide o desejo materno, sendo este direcionado a um homem. Portanto, “isso exige que o pai seja, também, um homem” (MILLER, 1996, p.8).

Miller (1996) destaca que as colocações feitas por Lacan (1956-1957) podem ser resumidas pela demonstração de que “o objeto só encontra seu justo lugar na psicanálise ao dispor-se à função de castração” (MILLER, 1996, p.7). Conclui-se então que o fato da criança ser o equivalente, na fantasia materna, ao falo, apenas é bem-sucedido quando fracassa, ou seja, quando falha. O sucesso da operação se instala quando, ao invés de uma identificação fálica, temos uma significação fálica propiciada pela castração simbólica. Assim, a metáfora infantil do falo, uma consequência da metáfora paterna, “não recalca, na mãe, seu ser mulher” (MILLER, 1996, p.8).

Porém, o que acontece quando isso não é bem-sucedido? A hipótese apresentada por Roy (2006) é que:

A agitação da criança ocupa o lugar da distância que não há entre a mãe e a criança, distância que, oportunamente, pode produzir o pai. Para um homem, a melhor maneira de ocupar esse lugar é a de não recuar em fazer de uma mulher a causa de seu desejo. O pai é o vetor da lei no desejo, isto é, ele não deve se fazer o vetor das exigências de uma lei anônima para fazer reinar a ordem e regra da norma (ROY, 2006 p.131).

Acrescentamos ainda as colocações de Miller (1996) que, ao abordar a “função feliz da paternidade” (MILLER, 1996, p.10), realiza uma mediação entre as exigências abstratas do desejo anônimo e universal e o que resulta para a criança do particular desejo da mãe.

A dificuldade apresentada na operação de separação entre mãe e criança, na chamada ‘criança hiperativa’, retorna no real do corpo na forma de agitação. Essa falha simbólica vai dar lugar ao excesso que se deposita no corpo, impedindo que a criança detenha o seu próprio corpo (TENDLARZ, 2013). Assim, a nossa leitura de autores contemporâneos possibilita-nos articular a hipótese de que a agitação da criança se relaciona ao Outro. A agitação é a maneira encontrada pela criança de se defender contra a angústia gerada pela presença marcante do Outro (ANSERMET, 2003, COTTET, 2006; ROY, 2006).

3.4.2. Hiperatividade: resultante do excesso de demanda.

Além da agitação ser compreendida como um mecanismo de defesa, ela pode ser entendida como uma resposta diante da demanda do Outro. Ao apresentar o texto ‘*Hiperatividade: ordens e desordens*’ (2013), Daniel Roy e Maryse Roy afirmam que a dita ‘hiperatividade’ desempenha estas duas funções para a criança: na primeira delas, a hiperatividade pode ser considerada como um mecanismo de defesa; na segunda, a movimentação por parte da criança é vista como uma resposta (como uma conformidade, obediência) ao excesso de demanda do Outro.

Podemos apreender que a dita criança hiperativa tem todo o seu ser, corpo e pensamento submetidos à demanda do Outro. Na medida em que o Outro materno não se orienta em direção ao desejo, a criança é capturada pela fantasia materna e tem como recurso, por meio da agitação, produzir o lugar de falta. Com isso dizemos que a “hiperatividade é, ao mesmo tempo, o signo de sua resposta obrigatória às ordens que vêm do Outro e o seu esforço de réplica” (ROY & ROY, 2013, p.36). Esta se apresenta justamente no esforço da criança em se negar a permanecer ocupando o lugar de objeto na fantasia materna. Não retornaremos aqui a essa questão, pois daremos continuidade abordando o posicionamento da criança diante das exigências do Outro.

A leitura de tais autores indica que, diante da demanda do Outro, a criança responde executando o que lhe é demandado. No primeiro momento, não existe nenhum incômodo do Outro em relação à criança. Mas, diante do excesso de demanda por parte do Outro, a criança se perde, e a agitação invade o corpo causando, no segundo momento, um estranhamento que resulta no diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (ANSERMET, 2011).

Ansermet (2011), no texto *'Tudo, imediatamente'*, apresenta sua hipótese de que a dita 'criança hiperativa', aquela diagnosticada como acometida de um transtorno, apresenta-se como uma nova manifestação sintomática resultante do 'mundo hiperativo'. A fim de descrevê-lo, Ansermet (2011) apoia suas considerações em um conceito criado pelo filósofo francês Gilles Lipovetsky, denominado hipermodernidade, no qual o autor (2004) sugere acoplar a palavra modernidade ao prefixo grego 'hiper', que significa excesso ou uma posição elevada.

A sociedade hipermoderna é caracterizada por: demandar resultados em curto prazo, exigir ao sujeito a capacidade em executar ações no menor tempo possível e determinar ao sujeito que aja prontamente sem refletir sobre seus atos, ou seja, ela é o "reinado da urgência" (LIPOVETSKY, 2004, p. 77). Não há para isso uma faixa etária privilegiada: "nenhuma faixa etária parece escapar a essa corrida para adiante, pois mesmo os aposentados e as crianças têm hoje uma agenda lotada" (LIPOVETSKY, 2004, p. 78).

Contudo, a mesma sociedade hipermoderna, que valoriza no 'universo adulto' características como a hiperatividade e a capacidade de realizar múltiplas tarefas, considera como um transtorno quando tais características se apresentam na criança. Na sociedade marcada pelo excesso, nomeada por Lipovetsky como hipermoderna, a agitação da criança pode ser lida como uma extrapolação dessa lógica da aceleração, pois que ressoaria na infância adiantando características da vida adulta.

Assim, na sociedade hipermoderna, o tempo se tornou cada vez mais escasso, as crianças passaram a vivenciar um estado de grandes exigências por parte do Outro social, onde "toda a demanda tomou um valor de comando" (ROY & ROY, 2013, p.35), em que a criança se transformou em uma 'marionete' que deve concordar com todas as exigências que lhe são impostas, e que ao mesmo tempo deve se defender delas.

Diante de tantas demandas impostas às crianças, as mesmas se veem obrigadas a responder de forma positiva a toda e qualquer solicitação. Tais apelos não cessam de se apresentar, inserindo as crianças em um circuito que parece não ter fim. Tantas demandas,

sem nenhuma interrupção, supostamente as deixariam sem nenhum descanso o que perturbaria a sua atenção e que agitaria seu corpo (ROY & ROY, 2013).

3.4.3. Retorno a vinheta clínica: uma construção através do tempo.

Diante do que Lipovetsky designa sociedade hipermoderna, como aquela que é marcada pela primazia do ‘aqui e agora’, nos questionamos de que maneira a dita ‘criança hiperativa’ se encontra nesse contexto. Para tal, retornaremos às considerações advindas da nossa vinheta clínica embasados nas referências teóricas até então apresentadas.

Em relação à situação apresentada, destacamos que a queixa materna era referente a um menino que se expressava através de uma agitação que incomodava a mãe, perturbava a escola e intrigava o pai por não saber o que fazer. Analisando a situação do ponto de vista da criança, poderíamos, num primeiro momento, inferir que esse excesso lhe era despercebido, sendo apenas algo expresso no corpo sem endereçamento ou elaboração, apenas um corpo se movimentando.

Ao abordar esse assunto, Joel Birman (2006), no seu livro *‘Arquivo do Mal-estar e da Resistência’*, menciona que a hiperatividade se impõe ao sujeito fazendo com que este aja sem ao menos pensar naquilo a que visa sua ação, de forma que nem sempre sabe dizer o que o leva a agir. Devido a esse fato, na concepção do referido autor, “o sujeito da ação tem a marca da indeterminação” (BIRMAN, 2006, p. 180).

Na realidade, a agitação seria uma resposta precária encontrada pela criança, já que impede o estabelecimento de um espaço de elaboração. Infletindo por tal via para descrever a ‘criança hiperativa’, esta passa a ser descrita como aquela que “não para, se agita sem qualquer motivo que possa ser imputado a uma necessidade” (COTTET, 2006, p. 141). Essa clínica poria principalmente em valor o corpo como puro objeto pulsional em que há ausência de intencionalidade (COTTET, 2006).

Mas alguns autores, como é o caso de Daniel Roy e Éric Zuliani (2014), alertam que acreditar que a agitação da criança não passa de um puro movimento seria uma interpretação guiada pela teoria comportamental. Tais autores consideram que a agitação da criança seria “uma sensibilidade extrema às interpelações e aos olhares de seu entorno, face aos quais cria defesas psíquicas e motoras onde sua conduta paradoxal é apenas a manifestação sintomática” (ROY & ZULIANI, 2014).

Segundo Ansermet (2011), a criança hiperativa se apresenta como “sem atenção, sem antecipação, sem passado: é um tudo, *imediatamente*, sempre no presente” (ANSERMET,

2011, p.2). Na hiperatividade é como se o tempo estivesse mal colocado. Dessa forma, Ansermet (2011) acredita que a ‘criança hiperativa’ permanece guiada pela lógica atemporal, em um tempo fora do tempo, caracterizado por se fixar no presente, um tempo de urgência que seria marcado por múltiplos sistemas de gozo. O sujeito fica preso no tempo presente devido à sua busca, fadada ao fracasso, pelo objeto perdido.

A partir da compreensão de Ansermet (2011) a respeito do assunto, propomo-nos uma releitura que relacionada ao tempo cronológico (passado, presente e futuro), mantém uma aproximação com a nossa situação clínica. Para o autor, a ‘hiperatividade’ da criança seria uma forma encontrada por ela de anular o tempo, colocando-se no ‘tempo fora do tempo’. Essa anulação remete a uma tentativa da criança em ‘escapar do tempo’, ou seja, uma tentativa de escapar da perda. A partir dessa leitura, o autor compreende que a ‘hiperatividade’ seria uma submissão à busca do objeto perdido. A criança se agita a fim de reencontrar aquilo que supostamente perdeu. Age apressadamente porque se nega a se deparar com a perda.

A anulação do tempo, situada no presente, marca a posição em que para a criança não existe nada além da sua agitação. A criança fica tão presa, tão imersa em seu movimento que não consegue interagir com ao outro a seu redor. No caso apresentado, em meio à agitação do menino, a fala materna se colocava na forma de imperativo que anseia pela interrupção da agitação, não deixando espaço para que Rafael percebesse a sua manifestação. A possibilidade de construção de um espaço era tamponada por uma ordem que lhe dizia o que fazer. A imposição de ‘ficar parado’ é tomada pelo menino como algo impossível, naquele momento, de ser estabelecido. A fala materna apenas reforça o imediatismo.

Em resposta a esse imperativo, resta a Rafael apenas a sua recusa. Contudo, o que é vivenciado como um problema, na realidade, é uma solução. A agitação da criança é uma resposta precária à demanda materna que não lhe permitia o estabelecimento de um espaço de elaboração.

Lacan (1962-1963) no ‘Seminário, livro X: a angústia’ menciona que a angústia se apresenta justamente quando a *falta* falta e que se relaciona à presença do objeto. Assim, o que provoca angústia não é a ausência do objeto, mas sua iminência. A causa da angústia provém de tudo aquilo que enuncia ao sujeito que tal objeto não presente pode e está perto a retornar. A prova disso, segundo Lacan (1962), é que a criança inicia o jogo de presença-ausência: “a possibilidade da ausência, eis a segurança da presença” (LACAN, 1962, p. 64).

Podemos entender então, que a angústia do menino advinha da impossibilidade de separação de sua mãe.

Entende-se que “para sair da hiperatividade trata-se de fato de realizar uma espécie de reentrada no tempo” (ANSERMET, 2011, p.). A nossa hipótese é que a intervenção clínica marca uma pausa que possibilita a abertura de um espaço, um lugar no qual a fala materna não se mistura ao ato da criança. Concomitantemente à pausa, surge a possibilidade de escolha por parte de criança que, gradativamente, gera a passagem de puro movimento para o ato da fala. Passa-se a respeitar o tempo da criança, fazendo com que Rafael perceba que alguém o espera, possibilitando a construção de uma interação.

A partir desse momento, Rafael consegue contar uma história na qual precisa ser salvo pelo pai, protegido por um cobertor. O contar demonstra tanto a necessidade de ser ouvido como a convocação para o posicionamento da figura paterna que barraria a mãe. Assim, a fantasia de destruição pelo fogo possibilita a construção de algo próprio em que a criança recria um jogo, subvertendo suas regras. A partir de um jogo rígido, como o Banco Imobiliário, Rafael consegue criar algo que lhe é particular que consegue localizar o furo no Outro.

Anterior à criação desse lugar, o que havia era a pura agitação, um recurso precário utilizado como forma de se posicionar diante desse lugar de assujeitamento ao Outro. A construção do jogo, que envolve chuva, trovão e Pokémon, possibilita o estabelecimento de um lugar onde o Outro que o julga, que impõe regras, vai aos poucos perdendo sua consistência, ficando cada vez mais separado. O Outro pode ser barrado quando a criança construiu algo que ela não tem acesso: construção de um jogo em que ela não fazia parte.

Como vimos, o corpo da criança que não cessa de se mover estaria a serviço de um gozo que transborda no sujeito. Esse transbordamento colocaria a criança que se toma por ‘hiperativa’ em um “tempo fora do tempo” (ANSERMET, 2011, p. 1), sem passado ou futuro, marcado somente pelo movimento executado no tempo presente. Esses sistemas de gozo apresentam relação direta com a cultura contemporânea, descrita por Lipovestky como hipermoderna.

Diante dessas reflexões, trazemos os seguintes questionamentos: a psicanálise pode tomar o dito Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade como um sintoma da criança? Ou deve analisá-lo apenas como uma construção ideológica? Ansermet (2011), no texto ‘*Tudo, imediatamente*’, apresenta sua hipótese de que a dita ‘criança hiperativa’, na realidade, não pode ser entendida como possuidora de um sintoma, mas como uma criança imersa no

sistema de gozo. O autor coloca que esses sintomas “não são sintomas, mas sim sistemas de gozo, nos quais o sujeito se aliena em eco à cultura dentro da qual se encontra imerso” (ANSERMET, 2011, p. 1).

De todo modo, pelo que vimos, pode-se situar na hiperatividade formas precárias encontradas por crianças de executar a interdição materna. A agitação da criança seria uma maneira de produzir um espaço entre a mãe e a criança, o que remeteria à referência do sintoma da criança como representante do casal parental.

Enfim, não podemos dizer que a criança é um mero receptor passivo dos impasses do casal parental, já que também participa da criança na formação do seu sintoma, na medida em que ele surge em função do “modo como ela subjetiva o que foi transmitido e o que ela investe no sintoma, o ganho que ela retira dali, e que constituirá ‘a resistência com a qual ela se apegará à doença’” (LAMY, 1998, p. 129).

Assim, ao trazer à discussão a hiperatividade da criança, Santiago (2013) toma essa hiperatividade como uma marca corporal, diferentemente das outras marcas (tatuagens, *piercings*, plásticas estéticas), que são práticas que visam a imprimir sobre o corpo marcas que conferem significação à existência e são definidas e estabelecidas pelo próprio sujeito. No que concerne à hiperatividade poderíamos dizer que constitui um exemplo de marca invisível.

A hiperatividade não se refere a um traço propriamente dito, não se trata de uma marca visível na superfície do corpo, mas de um signo da ciência, um significante-mestre produzido pelo discurso científico. Trata-se de um nome que, à revelia do sujeito, deixa em seu corpo uma marca vinculada tanto a uma anormalidade como ao fracasso escolar. Essas atuações, chamadas de “acontecimento de corpo” (SANTIAGO, 2013, p. 80), são endereçadas ao Outro.

Dessa maneira, a agitação da criança seria um objeto clínico de difícil identificação que foi compreendido pelo discurso médico como um transtorno, mas que a psicanálise toma como uma produção sintomática. Devido a esses aspectos, podemos inferir que a agitação exacerbada trata da presentificação da angústia da criança diante do Outro.

CONCLUSÃO

Nesta dissertação, optamos por traçar uma reflexão psicanalítica a respeito dos aspectos inerentes ao que atualmente se relaciona ao sintoma infantil, designado pelo discurso médico de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDA/H). Trata-se de uma sintomatologia psiquiátrica que foi classificada originalmente como distúrbio do comportamento, no qual a hiperatividade seria considerada o fator desordenado perante o olhar do examinador (médico). Com base nesse fator observável, estabelece-se um juízo de valor, que distingue os comportamentos socialmente aprovados daqueles considerados impróprios para uma determinada sociedade, comportando uma segregação em nome da ciência.

Do nosso ponto de vista, o referido transtorno, que tem sido utilizado pelo senso comum como um ‘rótulo’, define a criança a partir de uma perspectiva problemática que provoca incômodo tanto nos pais quanto nos educadores. Ao tomarmos como referência o vocabulário contemporâneo, que define o transtorno como sinônimo de agitação, desatenção, dificuldades escolares e impulsividade, tivemos o intuito de frisar a busca dos pais e educadores pela eliminação total de sofrimento, busca essa fadada ao fracasso. Essa constatação é de que se trata de um sentimento que está visivelmente mais presente no discurso dos pais e educadores do que no da própria criança.

Por essa razão, decidimos explorar as considerações da contemporaneidade a respeito desse transtorno. Atualmente a sociedade vivencia um ‘período de urgência’ em que não há tempo para se perder, em que tudo tem que ser resolvido o mais rápido possível. A partir dessa perspectiva, tem-se demandado às crianças o conhecimento ampliado em diversas áreas (pedagógicas, esportivas, musicais etc), ou seja, o que se pretende é que essas crianças tenham uma atenção múltipla, além do raciocínio rápido. Estes aspectos da contemporaneidade podem ser caracterizados como integrantes da sociedade hipermoderna, que valoriza e que reforça a necessidade da agilidade e do desenvolvimento perfeito de qualquer tarefa desempenhada pela criança.

Esta mesma sociedade que tem demandado às crianças que consigam executar bem várias tarefas em um curto espaço de tempo, considera a agitação da criança como uma característica inadequada e pertencente a um transtorno. Desse modo, a criança descrita como ‘normal’ passa a ser aquela que fica quieta, que presta atenção, que mantém o foco em uma coisa de cada vez e ao mesmo tempo, consegue desempenhar várias funções.

Assim guiados pelo discurso de idealização da infância, que remete a padrões difíceis de serem concretizados, nos deparamos, na clínica psicanalítica, com essa compreensão que insiste em ser ignorada pelos pais, fazendo com que estes busquem, a todo custo, meios de obtenção desse ideal. Dentre os recursos que se prestam a isso, destacamos os medicamentos (Ritalina). Por conseguinte, há um aumento comparativo entre as exigências impostas às crianças e o diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDA/H). Isso repercute consequentemente no aumento do lucro da indústria farmacêutica.

Sabemos que o medicamento é um produto do discurso científico. Esse mesmo discurso considera que o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDA/H) é decorrente de uma alteração na substância química (dopamina e noradrenalina) dos neurotransmissores, alteração essa tomada como uma disfunção cerebral. No entanto, mesmo com todo o ‘avanço científico’, essa hipótese ainda não foi comprovada, o que não exclui o uso da substância como uma das principais formas de tratamento. Assim, a hipótese de concepção neurológica, ou seja, a suposição de que o transtorno seria proveniente de uma alteração neuroquímica, respalda o fato de que, para corrigi-la, bastaria apenas introduzir alguma substância, ou seja, um medicamento que atuasse na mesma área neuronal. Desse modo, a administração medicamentosa pode ser considerada um simples efeito reducionista.

Contudo nós partimos dos pressupostos teóricos da psicanálise, que descreve os medicamentos como simples anestésicos que não curam o sujeito (LAURENT, 2002). Não se trata de uma postura de confrontação à indústria farmacêutica, muito menos de negar que as substâncias agem no corpo e produzem efeitos. O que trouxemos ao debate é o fato de que a ciência, ao testar o medicamento e ‘comprovar’ a sua eficácia, exclui o sujeito e introduz a ideia de obtenção de um ideal de felicidade (MANDIL, 2002; BOGOCHOVIL, 2002).

No campo psicanalítico o que se coloca no centro da questão não é a classificação de um transtorno, muito menos a sua eliminação por meio do uso de um medicamento no intuito de se obter o retorno à normalidade, mas o que há de único em cada sujeito. Em relação a essas colocações, sabemos que a psicanálise se posiciona e se baseia em aspectos diferentes dos da medicina. A psicanálise não se foca somente em categorias clínicas, não se apropria apenas dos termos da psicopatologia; por isso mesmo não se fixa em comportamentos descritivos cuja interpretação se limita a características comportamentais observáveis que podem se adequar à normalidade ou à anormalidade. Ela, ao contrário, trata os casos ‘um por um’.

A psicanálise atua a partir de estruturas clínicas, o que é diferente do que acontece nas classificações universais de doenças; a psicanálise não convoca nenhum agrupamento. Contudo, devemos ressaltar que qualquer nomeação é também uma forma de classificação. A diferença é que o diagnóstico estrutural não institui um grupo nem uma classe, mas tem como objetivo marcar um modo singular de gozo.

Além disso, de acordo com a psicanálise, há sempre algo de irreduzível no sintoma, opondo-se aí ao ideal de normalidade (LAURENT, 2011). As informações analisadas no estudo nos demonstram que na atualidade a definição de saúde mental passou a ser embasada no princípio de bem-estar tanto físico como mental, tornando-se um ideal a ser seguido. No entanto, esse estado de saúde mental pleno não existe (LAURENT, 2011). O próprio Lacan (1978) no texto *‘Transferência para Saint Denis? Lacan a favor de Vincennes!’* chegou a mencionar que “todo mundo é louco” (LACAN, 1978, p. 31), o que não significa dizer que todo mundo seja psicótico.

Miller (2008), ao comentar esse texto lacaniano, coloca que tal frase diz respeito à postura do analista. Ela indica que o analista deve escutar o que o paciente enuncia, sabendo que a enunciação difere da proposição, já que não pode ser reduzida em termos binários, ou seja, em certo ou errado. O enunciado não tem valor, é um fato que traz consigo a complexidade. Em relação ao mesmo texto lacaniano, Laurent (2011) descreve que a citação implica na impossibilidade do estabelecimento de uma norma comum, já que o sintoma faz obstáculo à norma.

Este diagnóstico ultrapassa os limites da observação fenomenológica, pois o fenômeno apenas adquire sentido ao ser inserido em uma estrutura, o que marca a maneira que o sujeito tem de se diferenciar dos demais. Como nos lembra Vieira (1998), o diagnóstico estrutural “só tem valor para a psicanálise se ele vem indicar o ponto onde, na costura dos significantes-mestres daquele sujeito, os fenômenos vão articular-se ao real de seu gozo” (VIEIRA, 1998, p.211). Assim, os fenômenos apenas adquirem sentido se estiverem articulados a uma estrutura que, por sua vez, somente pode ser reconstruída por meio de um trabalho analítico.

Vemos então que a nomeação do diagnóstico estrutural tem uma vertente simbólica, aquela que a partir da nomeação permite uma diferenciação, ou seja, o identifica e o distingue em meio ao grupo. Essa mesma diferenciação é aquilo que permite aparecer algo do desejo que passa pelo gozo. Ao longo desta dissertação, mencionamos que o gozo apresenta uma

relação com o sintoma, pois este é uma forma substitutiva de gozar. Ele é aquilo que possibilita a corporificação do significante.

Pensando na particularidade do diagnóstico estrutural, ativemo-nos no segundo capítulo ao conceito de sintoma, que permite situar o sujeito em uma estrutura. O sintoma para a psicanálise sempre denota um sentido, e este se relaciona às experiências do sujeito. O sintoma traz consigo um sofrimento compreendido como algo indesejável na vida do sujeito e é oriundo de um conflito ocasionado pela libido insatisfeita que precisa encontrar outras vias de satisfação (FREUD, 1917c). Embora não seja percebido como tal, o sintoma é uma maneira que a libido, pelo caminho indireto e inconsciente, encontrou a satisfação. Dessa forma, embora o sintoma seja um processo patológico, ele também apresenta um ganho secundário, que consiste em ser uma forma substitutiva de satisfação. Contudo o sintoma continuamente renova a sua exigência de satisfação, o que conseqüentemente obriga o ego a dar sinal de desprazer se colocando em posição de defesa.

Esse sinal é o que desperta no sujeito o “indício que alguma coisa não vai bem” (ATTIÉ, 1997, p. 145). Mas será que isso se aplica no caso de uma criança? Em relação ao Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, percebemos que tal questão passa quase despercebida pela criança, não causando lhe nenhum incômodo. De modo geral, são os pais e educadores quem vivenciam um incômodo provocado pela agitação da criança, eles almejam que este cesse recorrendo muitas vezes à indústria farmacêutica como um método paliativo.

Como não estamos nos referindo a um comportamento que se opõe à norma nem ao que viabiliza um diagnóstico, propusemo-nos a apontar algumas reflexões psicanalíticas a respeito do que tem se chamado ‘criança hiperativa’. Desse modo, com base no nosso referencial teórico, embasados na perspectiva de autores contemporâneos, supomos que essa categoria diagnóstica, que tem sido altamente difundida nos ambientes familiares e escolares, seja uma reação diante da angústia que a criança vivencia (COHEN; MATTOS; SANTIAGO, 2008).

Comprendemos que não esgotamos os caminhos teóricos que podem conduzir este estudo, apenas tentamos trazer para o debate um sintoma inclassificável, no sentido de que é distinto um do outro, que traz algo de singular do sujeito. Assim, buscamos frisar que a orientação psicanalítica diferencia-se das concepções de caráter universalizantes, como o discurso do fracasso escolar e o discurso médico, ao levar em consideração a singularidade de cada sujeito. Propusemos também outra leitura para o Transtorno de Déficit de

Atenção/Hiperatividade que se distancia de perspectiva deficitária que supõe um déficit no desenvolvimento neurológico.

Dessa forma, essa leitura propõe uma inversão lógica no debate do discurso médico, distanciando-se da compreensão diagnóstica dos *'Transtornos do neurodesenvolvimento'* ao buscar recuperar a participação do sujeito na produção de seu sintoma. Assim, como hipótese, a partir da psicanálise de orientação lacaniana, compreende o sintoma da criança de maneira distinta, pois visualiza não apenas um corpo que se movimenta, mas a angústia que a impele a agir.

Ao longo deste trabalho, especificamente no terceiro capítulo, descrevemos que o sintoma da criança está atrelado/vinculado ao casal parental, uma vez que a demanda de tratamento se relaciona ao lugar que a criança ocupa no desejo e no discurso dos pais. Pensando na particularidade do atendimento com crianças, e ainda na especificidade desse transtorno, trouxemos como referência o texto *'Nota sobre a criança'* (1969/2003), que se refere ao fator congruente entre os autores psicanalistas que abordam essa temática. Lacan (1969/2003) menciona a incidência da família na formação do sintoma da criança. A partir dessa perspectiva, o sintoma da criança pode ser compreendido de duas maneiras: 1) vinculado à verdade do casal parental; 2) o correlato da fantasia materna. Essas duas análises nos possibilitam trazer respectivamente a referência da *'criança-sintoma'* e da *'criança-objeto'*.

As nossas apreciações estão aliadas às considerações de Maryse Roy (2003/2013), autora que pensa a hiperatividade da criança vinculada ao discurso de idealização da infância – que impõe à criança que execute várias tarefas com perfeição –no qual diante desse excesso de demanda advindo do Outro, se supõe que a criança responda por meio de seu sintoma ao que lhe é demandado. Assim, o sintoma é uma maneira encontrada pela criança de dar conta desse excesso.

Associado a esse fator, temos a hiperatividade da criança como um posicionamento frente ao excesso libidinal da mãe, que a mantém na posição de objeto fetiche que não conseguiu ser barrado pela função paterna. Finalizando, destacamos que este estudo esteve norteado pelo embasamento de que a *'criança hiperativa'* deve ser vista como *'criança-sintoma'*, e que o seu sintoma é uma modalidade de resposta frente à *falta* da falta mãe.

Referências Bibliográficas

AJURIAGUERRA, Julian. A organização psicomotora e seus distúrbios. Em: AJURIAGUERRA, Julian. **Manual de psiquiatria infantil**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1980.p 209-245.

ALVAREZ, Patrício. Antecedentes do discurso capitalista. Em: **Revista @gente**. Bahia, nº5, p.10-14, 2008.

_____. Discurso capitalista y nuevas formas del sintoma presentacion em la clinica. Em: **Fobia y fechiche al passador: um tema vigente**. El caderno de la escuela, nº36, p.27-30, Out/1996.

ANSERMET, François. Ciência. Em: **A ordem simbólica no século XXI**. Belo Horizonte: Scriptum Livros Ed., 2011. p.70-72

ARAÚJO, Álvaro Cabral; LOTUFO NETO, Francisco. A nova classificação americana para os transtornos mentais – o DSM-5. Em: **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, v.16, nº1, p. 67-82, 2014.

ATTIÉ, Joseph. Sublimação – sintoma?. Em: **Os destinos da pulsão: sintoma e sublimação**. Rio de Janeiro. Contra Capa Livraria Ed., 1997.

BARLEY, Russel A. (Org.). **Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: manual para diagnóstico de tratamento**. Porto Alegre. Editora Artmed, 2008.

BARROS, Maria do Rosário Collier do Rêgo. Dar corpo ao sintoma no laço social. Em: **Latusa** (Sinthoma, corpo e laço social), nº10, p.153-160, 2005.

_____.A criança-objeto. Em: ARAÚJO, Antônio Carlos; LIMA, Celso; VERAS, Marcelo (Orgs.). **II Encontro Brasileiro do Campo Freudiano: rumo ao âmago da cura psicanalítica** (estudos clínicos), Salvador, p.251-255, abril/2008.

BARROS, Rita Maria Manso de. Psicanálise e pós-modernidade. Em: **Psicanálise e cultura. Revista Tempo Psicanalítico (SPID)**. Rio de Janeiro, v.29, p. 103-124, 1997.

BATISTA, Ângela. Sobre o sintoma da criança: duas modalidades de separação. Em: **Letra Clínica: revista de Escola Brasileira de Psicanálise**. Recife: UFPE, nº2, p.181-190, set/2010.

BENTES, Lenita. Seja feliz! A comédia do discurso da ciência. Em: **Latusa**. Rio de Janeiro, nº13, p.107-112, 2008.

BENITO, Eduardo. Discurso universitário. Em: **A ordem simbólica no século XXI**. Belo Horizonte: Scriptum Livros Ed., 2011.p126-128.

BIANCHI, Simone. Hiperatividade: novos sintomas de ordem e desordem. Em: **Revista do Núcleo Sephora da Pesquisa sobre o Moderno e Contemporâneo/UFRJ**. Rio de Janeiro: Sephora Ed., v2, nº4, p. 50-55, maio-set/2007.

BOGOCHOVOL, Arial; LEITE, Marcio Peter de Souza; MANDIL, Ram; NOGUEIRA FILHO, Durval Mazzei. Mesa-redonda instantânea: palavras e pílulas. Em: **Revista Chique**. Minas Gerais, ano 01, p.37-45,5abr/2002.

BREUER, Josef; FREUD, Sigmund. Comunicação preliminar: sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos. Em: **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago Ed., v.II, 1996.

CALMON, Analícea. Criança-sintoma. Em: ARAÚJO, Antônio Carlos; LIMA, Celso; VERAS, Marcelo (Orgs.). **II Encontro Brasileiro do Campo Freudiano**: rumo ao âmago da cura psicanalítica (estudos clínicos), Salvador, p.31-32, abril/2008.

CAROZ, Gil. Hipermodernidade. Em: **A ordem simbólica no século XXI**. Belo Horizonte: Scriptum Livros Ed., 2011. p176-178.

CID-10. **Classificação de transtornos mentais e de comportamentos da CID-10**: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Coord. Organização Mundial de Saúde. Porto Alegre: Artes Médicas Ed.,1993.

CESARI, Paula. Do líder ao mais-um: um estudo sobre o laço no grupo. Dissertação de mestrado PUC-Rio, 2011.

COHEN, Ruth Helena Pinto; MATTOLS, Cristiana Pittella; SANTIAGO, Ana Lydia. Os hiperativos da ciência. Em: FUENTES, Maria Josefina; VERAS, Marcelo (Org.). **Felicidade e sintomas: ensaios para uma psicanálise no século XXI**. Rio de Janeiro: Corrupio Ed., 2008, p111-119.

COHEN, Ruth Helena Pinto; BESSET, Vera Lopes. A psicanálise e o real na educação: um caso de 'fracasso escolar'. Em: **Opção Lacaniana**. São Paulo: Ecolia, nº41, p.114-118, dez/2004.

COTTET, Serge. Eles não falam, nem vêem, nem entendem; eles se agitam. Em: **Acolher a demanda: produzir a transferência**. Rio de Janeiro: ICP Ed., 2006. p.138-145.

COUTO, Margeret Pires; SANTIAGO, Ana Lydia. Família e o fracasso escolar. Em: **Revista do Núcleo Sephora da Pesquisa sobre o Moderno e Contemporâneo/UFRJ**. Rio de Janeiro: Sephora Ed., v2, nº4, p. 38-49, maio-set/2007.

CUNHA, Jurema Alcides. O problema. Em: CUNHA, Jurema Alcides. **Psicodiagnóstico-V**. Porto Alegre: Artmed, 2000,p.32-37.

DALGALARRONDO, Paulo. Definição de psicopatologia. Em: DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000. p.22-24.

_____. Conceito de normalidade em psicopatologia. Em: DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000. p.25-28.

FERREIRA, Jaqueline. O corpo signo: representações sobre o corpo, sintomas e sinais em uma vila de classes populares. Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de pós-graduação em Antropologia Social da UFRJ. Porto Alegre. Orientadora: Ondina Fachel Leal. 1993.

FREUD, Sigmund. **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1996.

_____. (1950[1893]). Rascunho B: a etiologia das neuroses. Em: **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago Ed., v.I, 1996.

_____. (1950[1895a]). Rascunho K: as neuroses de defesa. Em: **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago Ed., v.I, p. 267-276, 1996.

_____ (1950[1895b]) Projeto para uma psicologia científica. Em: **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago Ed., v.I, 1996.

_____. (1956[1896]). Relatório sobre meus estudos em Paris e Berlim. Em: **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago Ed., v.I, 1996.

_____. (1950[1897a]). Rascunho M [Nota II]: a arquitetura da histeria. Em: **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago Ed., v.I, 1996.

_____. (1950[1897b]). Rascunho N [Nota III]: impulsos. Em: **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago Ed., v.I, 1996.

_____. (1905). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. Em: **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago Ed., v.VII, 1996.

_____. (1909). Análise de uma fobia de um menino de cinco anos. Em: **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago Ed., v.X, 1996.

_____ (1913). Sobre o início do tratamento (novas recomendações sobre a técnica da psicanálise I). Em: **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago Ed., v.XII, 1996.

_____ (1917a). Conferência VI: psicanálise e psiquiatria. Em: **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago Ed., v.XXIII, 1996.

_____ (1917b). Conferencia VII: o sentido do sintoma. Em: **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago Ed., v.XXIII, 1996.

_____ (1917c). Conferência XXIII: os caminhos na formação dos sintomas. Em: **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago Ed., v.XVI, 1996.

_____ (1918). Linhas de progresso da terapia analítica. Em: **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago Ed., v.XVI, 1996.

_____ (1925). Prefácio à ‘Juventude desordenada’ de Aichhorn. Em: **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago Ed., v.XIX, 1996.

_____ (1926 [1925]). Inibições, sintomas e ansiedade. Em: **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago Ed., v.XX, 1996.

_____ (1930 [1929]). O mal-estar na civilização. Em: **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago Ed., v.XXI, 1996.

_____ (1933[1932]). Conferência XXXIV: explicações, aplicações e orientações. Em: **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago Ed., v.XXI, 1996.

_____ (1937). Análise terminável e interminável. Em: **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago Ed., v.XXIII, 1996.

GURGEL, Jordan. Sintoma, acontecimento de corpo. Em: **Latusa** (Sinthoma, corpo e laço social), nº10, p.11-16, 2005.

HOLCK, Ana Lúcia Lutterbach; VIERIA, Marcus André. A ação lacaniana e o Digai-Maré. Em: **Correio: Revista da Escola Brasileira de Psicanálise**. Rio de Janeiro, nº57, 2007.

JORGE, Marco Antonio Coutinho. O discurso médico e o discurso psicanalítico. Em: JORGE, Marco Antonio Coutinho. **Sexo e discurso em Freud e Lacan**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998, p. 41-58.

_____ Lacan: o lugar da fantasia. Em: JORGE, Marco Antonio Coutinho. **Sexo e discurso em Freud e Lacan**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998, p. 25-30.

_____ Discurso e o liame social: apontamentos sobre a teoria lacaniana dos quatro discursos. Em: RINALD, Doris; JORGE, Marco Antonio Coutinho (Org.). **Saber, verdade e gozo – leituras de ‘O seminário, livro 17 de Jacques Lacan**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos Ed., 2002, p. 17-32.

LACAN, Jacques. (1938) Os complexos familiares na formação do indivíduo. Em: LACAN, Jacques. **Outros Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2003. p.29-90.

_____ (1958). O obsessivo e seu desejo. Em: LACAN, Jacques. **Seminário, livro V: as formações do inconsciente**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1999. p.417-434.

_____ (1960-1961). A harmonia médica. Em: LACAN, Jacques. **Seminário, livro VIII: a transferência**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1992. p.70-82.

_____ (1964). **Seminário, livro XI: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1979.

_____ (1966a). Do sujeito enfim em questão. Em: LACAN, Jacques. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998. p.229-237.

_____ (1966b). O lugar da medicina na psicanálise. Em: **Opção Lacaniana**. São Paulo: Ecolia Ed., nº32, p.8-14, dez/2011.

_____ (1968-1969). **Seminário, livro XVI: de um Outro ao outro**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2008.

_____ (1969-1970). **Seminário, livro XVII: o avesso da psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1992.

_____ (1969). **Nota sobre a criança**. Em: LACAN, Jacques. **Outros Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2003, p.369-370.

_____ (1971a). **Seminário, livro XVIII: de um discurso que não fosse semblante**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2009.

_____ (1971b). **Estou falando com as paredes**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1992.

_____ (1973a). Do gozo. Em: LACAN, Jacques. **Seminário, livro XX: mais ainda**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2008. p.9-20.

_____ (1973b). Lição 6 – 13 de fevereiro de 1973. Em: LACAN, Jacques. **Encore**. Rio de Janeiro: Escola Freudiana Ed., 2010.p. 123-138.

_____ (1974). Entrevista concedida a Emilio Granzotto. Em: **Parorama**. Paris: Magazine Litetaire, fev/2004 [versão francesa de Paul Lemoine].

_____ (1975a). Joyce, o Sintoma. Em: LACAN, Jacques. **Outros Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2003, pp.560-566.

_____ (1975b). Jacques Lacan, conferência em Genebra sobre o sintoma. Em: **Opção Lacaniana**. São Paulo: Ecolia Ed., nº23, p.6-16,1998.

_____ (1978). Transferência para Saint Denis? Lacan a favor de Vincennes. Em: **Correio: Revista da Escola Brasileira de Psicanálise**. São Paulo, nº65, 2010.

LACADÉE, Philippe. Duas referências essenciais de J. Lacan sobre o sintoma da criança. Em: **Opção Lacaniana**. São Paulo: Ecolia Ed., nº17, p.74-82, nov/1996.

LAURENT, Éric. Como engolir a pílula?. Em: **Revista Clique**. Minas Gerais, ano 1, p. 25-34, abril/2002.

_____. **A sociedade e sintoma**: a psicanálise hoje. Rio de Janeiro: Contra Capa Ed., 2007

_____. O delírio de normalidade. Em: LAURENT, Éric. **Loucuras, sintomas e fantasias na vida cotidiana**. Belo Horizonte: Scriptum Livros, 2011.p45-56.

LEITE, Marcio Peter de Souza. Sujeito e fármaco na pós-modernidade. Em: **Revista Clique**. Minas Gerais, ano 1, p. 46-55 abr/2002.

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

LIPOVETSKY, Gilles; CHARLES, Sébastien. **Os tempos hipermodernos**. São Paulo: Barcarolla Ed., 2004.

LOUZÃ NETO, Mario Rodrigues. Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade no adulto. Em: LOUZÃ NETO, Mario Rodrigues; ELKIS, Helio (cols.). **Psiquiatria Básica**. Porto Alegre: Artmed Ed., 2007, p 443-450.

_____. **TDA/H ao longo da vida**. Porto Alegre: Artmed Ed., 2010.

MABILDE, Luiz Carlos. Formação do sintoma. Em: CATALDO NETO, Alfredo; GAUER, Gabriel Jose Chittó; FURTADO, NINA Rosa (Org.) **Psiquiatria para estudantes de medicina**. Porto Alegre: EDIPUCRS. 2003.

MAIA, Ana Martha Wilson. Não temos tempo a perder. Em: **Latusa Digital**, ano 7, nº 40/41, p.1-6, mar/jun.2010.

MAIA, Martha Angela. Sintoma e corpo. Em: **Latusa** (Sinthoma, corpo e laço social), nº10, p.105-110,2005.

MANDIL, Ram Avraham. A clínica psicanalítica no mundo globalizado. Em: **Curinga**. Belo Horizonte, nº12, p. 28-30, set/1998.

MAZZOTTI, Maurizio. Normalidade como sintoma. Em: **Scilecet dos Nomes-do-Pai**: textos preparatórios para o Congresso de Roma, p.25-26, jul./2006.

MRECH, Leny Magalhães. Desenvolvimento e estrutura, verdade e ficção. Em: **Opção Lacaniana**. São Paulo: Ecolia Ed., nº18, p.71-73, abril/1997.

MILLER, Jacques-Alain. A criança entre a mulher e a mãe. Em: **Opção Lacaniana**. São Paulo: Ecolia Ed., nº21, p7-12, abril/1998.

_____. Uma fantasia. Em: **Opção Lacaniana**. São Paulo: Ecolia Ed., nº42, p. 7-18, fev/2005b.

_____. As profecias de Lacan: entrevista de Jacques-Alain Miller ao Le Point. Em: **Correio**. Belo Horizonte, nº 70, p. 7-11, dez./2011.

_____. Todo mundo é louco. Em: **Seminário de Orientação Lacaniana III**. Décima oitava lição, 11 de junho de 2008. Inédito.

OLIVEIRA, Roseli Maria Rodella de. A criança-sintoma. Em: ARAÚJO, Antônio Carlos; LIMA, Celso; VERAS, Marcelo (Orgs.). **II Encontro Brasileiro do Campo Freudiano: rumo ao âmago da cura psicanalítica (estudos clínicos)**, Salvador, p.297--302, abril/2008.

PATTO, Maria Helena Souza. O modo capitalista de pensar o fracasso escolar, anotações sobre o caso brasileiro. Em: PATTO, Maria Helena Souza. **A produção do fracasso escolar**. São Paulo: Queiroz Ed., 1990.

REIS, Andrea. Gratuidade e pagamento. Em: MACHADO, Ondina Maria Rodrigues; GROVA, Tatiane (Orgs.). **Psicanálise na favela – projeto Digai-Maré: a clínica dos grupos**. Rio de Janeiro: Associação Digai-Maré, 2008. p. 141-152.

ROSA, Carmelo Lictra. Avaliação e Nome-do-Pai. Em: **Scilecet dos Nomes-do-Pai: textos preparatórios para o Congresso de Roma**, p. 110-112, jul./ 2006.

ROHDE, Luís Augusto; MATTOS, Paulo. **Princípios e Práticas em TDA/H: Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade**. Porto Alegre: Artmed Ed., 2003.

ROY, Maryse. Fica quieto! Em: **Acolher a demanda: produzir a transferência**. Rio de Janeiro: ICP Ed., 2006. p.129-137.

ROY, Daniel; ROY, Maryse. Hiperatividade: ordem e desordens. Em: SANTIAGO, Ana Lydia; MEZÊNCIO, Márcia (Org.) **A psicanálise do hiperativo e do desatento com Lacan**. Belo Horizonte: Scriptum Livros Ed., 2013.p 27-44.

ROUDINESCO, Elizabeth; PLON, Michel. **Dicionário de Psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998.

SAGNA, Phippe Ia. A ciência. Em: **Scilecet dos Nomes-do-Pai: textos preparatórios para o Congresso de Roma**, p. 28-30, jul/2006.

_____. Mais-de-gozar. Em: **A ordem simbólica no século XXI**. Belo Horizonte: Scriptum Livros Ed., 2011.p.240-242.

SANTIAGO, Ana Lydia. Apresentação. Em: SANTIAGO, Ana Lydia; MEZÊNCIO, Márcia (Org.) **A psicanálise do hiperativo e do desatento com Lacan**. Belo Horizonte: Scriptum Livros Ed., 2013.p 9-24.

_____. Hiperatividade: marca invisível do saber do Outro no corpo. Em: SANTIAGO, Ana Lydia; MEZÊNCIO, Márcia (Org.) **A psicanálise do hiperativo e do desatento com Lacan**. Belo Horizonte: Scriptum Livros Ed., 2013.p 79-88.

SANTIAGO, Ana Lydia; SANTIAGO, Jésus. A psicanálise em face da familiarização do mundo: pontos para uma investigação sobre a família. Em: **Opção Lacaniana**. São Paulo: Ecolia Ed., nº7, abril/1996.

SANTOS, Tânia Coelho. A família: resíduo de um desejo que não seja anônimo. Em: **Revista do Núcleo Sephora da Pesquisa sobre o Moderno e Contemporâneo/UFRJ**. Rio de Janeiro: Sephora Ed., v2, nº4, p. 9-11 , maio-set/2007.

SIQUEIRA, Elizabete. A singularidade do diagnóstico em psicanálise. Em: **Revista Letra e Clínica**, p. 135-148, 2008.

SOUZA, Jonildes Mirian de. O mal-entendido do sintoma. Em: ARAÚJO, Antônio Carlos; LIMA, Celso; VERAS, Marcelo (Orgs.). **II Encontro Brasileiro do Campo Freudiano: rumo ao âmago da cura psicanalítica (estudos clínicos)**, Salvador, p.151-154, abril/2008.

TENDLARZ, Silvia Helena. As incidências na clínica das versões do Nome-do-Pai (III). Em: **Revista do Núcleo Sephora da Pesquisa sobre o Moderno e Contemporâneo/UFRJ**. Rio de Janeiro: Sephora Ed., v2, nº4, p. 18-31, maio-set/2007.

_____. A atenção que falta e a atividade que sobra: reflexões sobre TDA-TDAH. Em: SANTIAGO, Ana Lydia; MEZÊNCIO, Márcia (Org.) **A psicanálise do hiperativo e do desatento com Lacan**. Belo Horizonte: Scriptum Livros Ed., 2013.p 45-54.

VIEIRA, Marcus André. A (hiper) modernidade lacaniana. Em: **Latusa**. Rio de Janeiro, nº 9, p. 69-82, 2004.

_____. Entre fenômeno e estrutura: diagnóstico na psicanálise. Em: ARAÚJO, Antônio Carlos; LIMA, Celso; VERAS, Marcelo (Orgs.). **II Encontro Brasileiro do Campo Freudiano: rumo ao âmago da cura psicanalítica (estudos clínicos)**, Salvador, p.205-212, abril/2008.

ZENONI, Alfredo. Versões do pai na psicanálise lacaniana: o percurso do ensinamento da Lacan sobre a questão do pai. Em: **Psicologia em Revista**. Belo Horizonte, vol. 13, nº1, p.15-26, jun/2007.

ZONING, Silvia Abu-Jamara. **A criança e o infantil em psicanálise**. São Paulo: Escuta Ed., 2000.

1.1.Outras fontes: endereços eletrônicos.

AGUIAR, Adriano de. O corpo e o risco: a atualidade de 'o lugar da psicanálise na medicina'. Em: **Opção Lacaniana online**, ano 5, nº13, p.1-13, mar/2014. Disponível em: www.opcaolacaniana.com.br/pdf/numero13. Acesso em: 04 de junho de 2014.

ANSERMET, François. Tudo, Imediatamente. Em: **Revista de Psicanálise: @gente digital**, Bahia, ano 1, nº7, out/2011. Disponível em: www.agente.institutopsicanalisebahia.co.br/15/008-agente07. Acesso em: 15 de junho de 2015.

_____. Medicina e psicanálise: elogios do mal-entendido. Em: **Opção Lacaniana online**, ano 5, nº13, p.1-13, mar/2014. Disponível em: www.opcaolacaniana.com.br/pdf/numero13. Acesso em: 30 de junho de 2014.

ANVISA. **Prescrição e consumo do metilfenidato no Brasil**: identificando riscos para o monitoramento e controle sanitário. Boletim de fármaco-epidemiologia, ano 2, nº2, jul/dez, 2012. Disponível em: www.portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/boletim . Acesso em: 04 de julho de 2014.

ASSAD, Samyra. A criança não sem a loucura dos pais e da ciência: o avesso de Medeia. Em: **Opção Lacaniana online**, ano 5, nº13, p.1-15, mar/2014. Disponível em: www.opcaolacaniana.com.br/pdf/numero13. Acesso em: 04 de junho de 2014.

BARRETO, Francisco Paes. Os efeitos da ciência sobre o corpo neuronal da psiquiatria biológica: o corpo moderado da medicina plástica. Em: **Opção Lacaniana online**, ano 5, nº13, p.1-7, mar/2014. Disponível em: www.opcaolacaniana.com.br/anterior/numero13/texto8 . Acesso em: 04 de junho de 2014.

BELAGA, Guillermo. O sintoma como uma metáfora da arte. Em: **Opção Lacaniana online**, ano 1, nº3, p.1-9, nov/2010. Disponível em: www.opcaolacaniana.com.br/pdf/numero3 . Acesso em: 04 de junho de 2014.

CUNHA, Raquel Basílio. A relação significante e significado em Saussure. Em: **Revista ReVEL (Edição especial)**, nº2, p.01-14 2008. Disponível em www.revel.inf.br. Acesso em: 10 de julho de 2015.

HONORÉ, Carl. Crianças precisam de liberdade para errar. Em: **Revista Isto é**, de 07 de outubro de 2009. Disponível em: www.istoe.com.br/assuntos/entrevistas/detalhe/18714 . Acesso em: 22 de setembro de 2014.

IANNINI, Gilson; TEIXEIRA, Antonio. Reflexões sobre o DSM 100. Em: **Opção Lacaniana online**, ano 5, nº4, p.1-9, jul/2014. Disponível em: www.opcaolacaniana.com.br/pdf/numero4 . Acesso em: 04 de junho de 2014.

LIPOVETSKY, Gilles. Do pós-moderno ao hipermoderno: mídia, mulher e moda. Em: **Revista UHU On-line**. Disponível em: www.unisinos.br/ihuonline. Acesso em: 09 de dezembro de 2014.

_____. Lipovetsky. Em: **Tretas & Letras**, entrevista concedida em 14 de outubro de 2007. Disponível em www.tretaseletras.blogspot.com.2007. Acesso em 09 de dezembro de 2013.

MACHEREY, Pierre. Lacan et le discours universitaire (1). Em: **La philosophie au sens large**, 02 de dezembro de 2009. Disponível em: www.philolarge.hypotheses.org/87. Acesso em: 03 de junho de 2015.

_____. Lacan et le discours universitaire (2). Em: **La philosophie au sens large**, 02 de dezembro de 2009. Disponível em: www.philolarge.hypotheses.org/101 . Acesso em: 03 de junho de 2015.

MILLER, Jacques-Alain. Leitura crítica dos ‘Complexos familiares’, de Jacques Lacan. Em: **Opção Lacaniana online**, v.2, nº42, p.1-16, 2005a. Disponível em: www.opcaolacanianana.com.br/antigos/n2/pdf/artigo/JAMleitura . Acesso em: 04 de agosto de 2014.

SANTANA, Vera Lúcia Veiga. Em: **Opção Lacaniana online**, ano 2, nº6, p.1-11, nov/2011. Disponível em: www.opcaolacanianana.com.br/pdf/numero6 . Acesso em: 04 de junho de 2014.

QUINET, Antônio. **A ciência psiquiátrica nos discursos da contemporaneidade**. Disponível em: www.lacanian.memory.online.fr/AQuinet-Ciencia . Acesso em: 19 de janeiro de 2015.

VIEIRA, Marcus André. **Dando nomes aos bois: sobre o diagnóstico na psicanálise**. Disponível em: www.litura.com.br/artigo-repositorio/dando-nomes-aos-bois-pdf . Acesso em: 16 de julho de 2015.

_____. **Nota sobre a criança, de Jacques Lacan**. Disponível em: www.litura.com.br/curso-repositorio . Acesso em: 04 de junho de 2014.

ZUCCHI, Márcia. Esse estranho que nos habita: o corpo na neurose clássicas e atuais. Em: **Opção Lacaniana online**, ano 5, nº14, p.1-12, jul/2014. Disponível em: www.opcaolacanianana.com.br/pdf/numero13. Acesso em: 04 de junho de 2014.

ANEXOS

TABELA 1: CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DO DSM-IV (1995)

Crítérios Gerais I:

A. Ou (1) ou (2)

1) Presença de seis (ou mais) sintomas de desatenção que persistiram por pelo menos seis meses, em grau inadequado para o seu nível de desenvolvimento e que influencia negativamente nas atividades sociais e acadêmico-ocupacionais. Para adolescentes com mais de 17 anos e para adultos no mínimo cinco sintomas são necessários.

2) Presença de seis (ou mais) sintomas de hiperatividade-impulsividade, que persistiram por pelo menos seis meses, em grau inadequado para o seu nível de desenvolvimento e que influencia negativamente nas atividades sociais e acadêmico-ocupacionais. Para adolescentes com mais de 17 anos e para adultos no mínimo cinco sintomas são necessários.

Desatenção	Hiperatividade	Impulsividade
<p>a. freqüentemente não presta atenção em detalhes e comete erros por puro descuido (não percebe detalhes, o trabalho não é exato)</p> <p>b. freqüentemente mostra dificuldade para manter a atenção, como por exemplo em palestras, leituras mais longas ou conversas</p> <p>c. com freqüência parece não escutar quando lhe dirigem a palavra (a cabeça parece estar em outro lugar)</p> <p>d. freqüentemente não segue instruções e não completa deveres escolares, tarefas domésticas ou profissionais ((inicia uma tarefa mas facilmente perde o foco e se desvia))</p> <p>e. freqüentemente tem</p>	<p>a. freqüentemente está mexendo com as mãos e os pés e se remexendo na cadeira</p> <p>b. freqüentemente se levanta da cadeira em situações em que deveria permanecer sentado, como sala de aula ou local de trabalho</p> <p>c. freqüentemente está correndo ou subindo, em situações em que isso não é adequado (em adolescentes e adultos, pode se limitar a sensações subjetivas de inquietação)</p> <p>d. com freqüência tem dificuldade de brincar ou se envolver silenciosamente em atividades de lazer</p> <p>e. está freqüentemente acelerado, ou como se</p>	<p>g. freqüentemente dá respostas precipitadas antes de ouvir a pergunta por completo (completa as frases dos outros, não espera sua vez numa conversa)</p> <p>b. com freqüência tem dificuldade de aguardar sua vez (por exemplo, numa fila)</p> <p>c. freqüentemente interrompe ou se intromete em assuntos das outras pessoas (se intromete em jogos ou conversas dos outros, pega coisas dos outros sem consentimento, se intromete no que outros estão fazendo)</p>

<p>dificuldade para organizar tarefas e atividades (dificuldade em seguir tarefas em sequencia, em manter os pertences em ordem, dificuldade em administrar o tempo, em cumprir prazos)</p> <p>f. freqüentemente evita, antipatiza ou reluta se envolver em tarefas que vão exigir um esforço mental prolongado (como trabalhos de casa. Adultos mostram dificuldades em fazer relatórios, ou rever documentos mais longos)</p> <p>g. freqüentemente perde objetos necessários para suas tarefas e atividades (material escolar, chaves, óculos, documentos, celular)</p> <p>h. facilmente se distrai por estímulos alheios à sua tarefa (em adultos, pensamentos não diretamente relacionados ao tema)</p> <p>i. com freqüência mostra esquecimento nas atividades do dia-a dia (cumprir tarefas, e em adultos, retornar telefonemas, pagar contas)</p>	<p>estivesse “a todo vapor” (incapaz de ficar à vontade em reuniões, restaurantes)</p> <p>f. freqüentemente fala em demasia</p>	
--	---	--

Critérios Gerais II:

B. Alguns dos sintomas de desatenção ou hiperatividade-impulsividade estavam presentes antes dos doze anos de idade.

C. O prejuízo causado pelos sintomas deve estar presente em dois ou mais contextos (escola, trabalho, casa, vida social).

D. Deve haver clara evidencia de prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, acadêmico ou ocupacional.

E. Os sintomas não ocorrem exclusivamente durante o transcurso de outros transtornos (esquizofrenia ou outras psicoses, transtorno do humor, transtornos de ansiedade, transtorno dissociativo, transtorno de personalidade, intoxicação ou abstinência de drogas) nem são mais

bem explicados por esses outros transtornos mentais.

Codificar com base no tipo:

Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade – Tipo combinado:
Se tanto o critério A1 quanto A2 são satisfeitos, durante seis meses.

Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade – Tipo predominantemente desatento:
Se o critério A1 é satisfeito, mas critério A2 não é satisfeitos, durante seis meses.

Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade – Tipo predominantemente Hiperativo-Impulsivo:
Se tanto o critério A2 é satisfeito, mas critério A1 não é satisfeitos, durante seis meses.

TABELA DIAGNÓSTICA PARA O TDAH

	Muito Frequentemente	Frequentemente
PARTE A		
1. Com que frequência você comete erros por falta de atenção quando tem de trabalhar num projeto chato ou difícil?		
2. Com que frequência você tem dificuldade para manter a atenção quando está fazendo um trabalho chato ou repetitivo?		

3. Com que frequência você tem dificuldade para se concentrar no que as pessoas dizem, mesmo quando elas estão falando diretamente com você?		
4. Com que frequência você deixa um projeto pela metade depois de já ter feito as partes mais difíceis?		
5. Com que frequência você tem dificuldade para fazer um trabalho que exige organização?		
6. Quando você precisa fazer algo que exige muita concentração, com que frequência você evita ou adia o início?		
7. Com que frequência você coloca as coisas fora do lugar ou tem de dificuldade de encontrar as coisas em casa ou no trabalho?		
8. Com que frequência você se distrai com atividades ou barulho a sua volta?		
9. Com que frequência você tem dificuldade para lembrar de compromissos ou obrigações?		
PARTE B		
1. Com que frequência você fica se mexendo na cadeira ou balançando as mãos ou os pés quando precisa ficar sentado (a) por muito tempo?		
2. Com que frequência você se levanta da cadeira em reuniões ou em outras situações onde deveria ficar sentado (a)?		
3. Com que frequência você se sente inquieto (a) ou agitado (a)?		
4. Com que frequência você tem dificuldade para sossegar e relaxar quando tem tempo livre para você?		
5. Com que frequência você se sente ativo (a) demais e necessitando fazer coisas, como se estivesse “com um motor ligado”?		
6. Com que frequência você se pega falando demais em situações sociais?		
7. Quando você está conversando, com que frequência você se pega terminando as frases das pessoas antes delas?		
8. Com que frequência você tem dificuldade para esperar nas situações onde cada um tem a sua vez?		
9. Com que frequência você interrompe os outros quando eles estão		

ocupados?		
-----------	--	--

Como avaliar:

Se os itens de desatenção da parte A (1 a 9) E/OU os itens de hiperatividade-impulsividade da parte B (1 a 9) têm várias respostas marcadas como FREQUENTEMENTE ou MUITO FREQUENTEMENTE existe chances de ser portador de TDAH (pelo menos 4 em cada uma das partes).

O questionário ASRS-18 é útil para avaliar apenas o primeiro dos critérios (critério A) para se fazer o diagnóstico. Existem outros critérios que também são necessários.

TABELA REFERENTE AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DO TDA/H

MEDICAMENTOS			
Nome químico	Nome comercial	Dosagem	D
<i>PRIMEIRA ESCOLHA: estimulantes</i>			
Lis-dexanfetamina	Venvanse	30,50 ou 70mg pela manhã	12
Metilfenidato (ação curta)	Ritalina	5 a 20 mg de duas a três vezes ao dia	3
Metilfenidato (ação prolongada)	Ritalina LA	20, 30 ou 40mg pela manhã	8
	Concerta	18, 36 ou 54mg pela manhã	12
<i>SEGUNDA ESCOLHA: caso o primeiro estimulante não tenha obtido o resultado esperado, deve-se</i>			
<i>TERCEIRA ESCOLHA</i>			
Atomoxetina (1)	Scatterra	10,18,25,40 e 60mg uma vez ao dia	24
<i>QUARTA ESCOLHA: antidepressivos</i>			
Imipramina	Tofranil	2,5 a 5mg por kg de peso dividido	-

		em duas doses	
Nortriptilina	Pamelor	1 a 2,5mg por kg de peso dividido em duas doses	-
Bupropiona	Wellbutrin SR	150 mg duas vezes ao dia	-
<i>QUINTA ESCOLHA: caso o primeiro antidepressivo não tenha obtido o resultado esperado, deve-se</i>			
<i>SEXTA ESCOLHA: alfa-agonistas</i>			
Clonidina (medicamento anti-hipertensivo [2])	Atensina	0,05 ao deitar ou duas vezes ao dia	12
<i>OUTROS MEDICAMENTOS</i>			
Modafinila (medicamento para distúrbio do sono)	Stavigile	100 a 200mg por dia	-
<i>Outros medicamentos que ainda não existem no Brasil:</i>			
FOCALIN: um 'derivado' do metilfenidato (na verdade, uma parte da própria molécula).			
DAYTRANA: um adesivo (para colocar na pele) de metilfenidato.			
DEEDRINE: uma anfetamina (Dextroanfetamina) em que existe a formulação de ação curta e de ação prolongada.			
ADDERALL: uma mistura de anfetaminas em que existe a formulação de ação curta e de ação prolongada.			

FONTE: Associação Brasileira do Déficit de Atenção

