

RESUMO

O artigo aborda criticamente a formação discursiva em torno do diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, destacando que este discurso, preso ao ideário do déficit, se tornou hegemônico, na atualidade. Retoma, então, as características atribuídas a esse quadro para discuti-las sob a ótica da psicanálise. Apresenta, para ilustrar tais reflexões, fragmentos clínicos de um estudo de caso de uma criança diagnosticada como “portadora” de TDA/H. Defende a hipótese de que a diferença que comparece nas crianças com este diagnóstico aponta para uma organização estrutural não-decidida, que esbarra nas delimitações das estruturas clínicas – neurose, psicose, perversão – sinalizando para uma posição subjetiva que está no limite das referidas estruturas.

Descritores: *Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade; infantil; infância.*

HIPERATIVIDADE: O “NÃO-DECIDIDO” DA ESTRUTURA OU O “INFANTIL” AINDA NO TEMPO DA INFÂNCIA

Viviane Neves Legnani
Sandra Francesca Conte de Almeida

Presenciamos, atualmente, um aumento expressivo do diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDA/H¹), nos contextos de escolarização. Em uma tentativa de responder apressadamente a questão, considerações de cunho sociológico apontam que a sociedade hipercinética, na rapidez de suas informações e no frenético *rapping* frente ao mundo imagético, esvaziado de palavras, produziria, por acréscimo, um recrudescimento desse quadro.

Na perspectiva da psicologia, algumas explicações para a alta incidência do TDA/H adotam um

■ Psicóloga, psicanalista, Professora Adjunta da Faculdade de Educação da Universidade de Brasília (UnB).

■ ■ Psicanalista, Doutora em Ciências da Educação (Psicologia) e Diplomada em Psicologia Escolar pela Universidade René Descartes, Paris V, Sorbonne, Paris. Professora dos Programas *stricto sensu* em Psicologia e em Educação da Universidade Católica de Brasília.

discurso normativo e nostálgico, à medida que destacam as novas configurações familiares como a causa do aumento desse diagnóstico, visto que a autoridade paterna e os limites não são mais claramente definidos. Por sua vez, o discurso médico contemporâneo, advindo da psiquiatria biológica, se prende às noções de *déficit*, incapacidade, insuficiência e atém-se às disfunções da atenção, motricidade e aos problemas da esfera relacional para diagnosticar o TDA/H. Nessa visão, as funções psíquicas e orgânicas são desarticuladas umas das outras e as disfunções, colocadas em primeiro plano, não são entendidas como resultantes de uma problemática advinda da esfera da subjetividade, pois o sintoma é tomado como a doença em si.

A coleta de informações proposta pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais IV² (junto aos pais e/ou professores), acerca das disfunções da criança, mostra-se pouco operacional pela própria dificuldade diagnóstica e terapêutica que transparece quando o sintoma é equivalente à doença. Encontramos, por exemplo, as mesmas disfunções descritas no TDA/H em diferentes estruturas clínicas e posições subjetivas, como na psicose, autismo ou na debilidade intelectual. Essa lógica diagnóstica, que enfatiza a função/disfunção, ignorando o sujeito, pode, por exemplo, diagnosticar a agitação psicomotora de uma criança psicótica como sendo *transtorno de hiperatividade*.

Nessa concepção, as explicações etiológicas para o referido transtorno aferram-se às pesquisas advindas do campo das neurociências. De acordo com Rodhe e Ketzer (1997), estudos neuropsicológicos sugerem alterações no córtex pré-frontal e/ou de suas projeções a estruturas subcorticais. Com os avanços dos estudos de neuroimagem (exames tomográficos e de ressonância magnética), investiga-se, também, a localização das alterações patofisiológicas do TDA/H. Todavia, segundo os autores, os estudos não são concordantes no que dizem respeito às alterações observadas.

Outras pesquisas são realizadas em torno dos sistemas de neurotransmissores. Acredita-se que estariam envolvidos no TDA/H os neurotransmissores dopamina e noradrenalina. Essas pesquisas, por sua vez, geram estudos psicofarmacológicos que se respaldam na utilização de psicofármacos³ para avaliar os efeitos decorrentes de medicamentos no funcionamento cerebral. Werner (1997) alerta para o fato de que tais estudos não são considerados consistentes, embora a terapia medicamentosa já seja amplamente utilizada.

A adesão maciça da prática médica à lógica *curativa* se respalda na concepção de que haveria efeitos benéficos da terapêutica medicamentosa para os *portadores* de TDA/H, uma vez que estes se sentiriam mais calmos e com maior autocontrole. A argumentação é a de que o paciente experimenta um alívio ao saber que é *porta-*

dor de uma desordem passível de tratamento. De forma contrária a esta argumentação, alguns autores fazem sérias críticas a essa prática, destacando que a prevalência da postura terapêutica poderia encobrir problemas de ordem emocional do sujeito ou problemas ocasionados por situações sociais adversas (Graeff, 1989).

Embora os estudos sobre a etiologia orgânica do TDA/H não sejam conclusivos e haja controvérsias sobre a prática medicamentosa, esta concepção se difundiu pela mídia e passou a fazer parte do senso comum, dos sistemas de representações partilhadas como verdades cientificamente comprovadas. Assim, essa crença se inseriu no discurso contemporâneo, que apregoa que várias formas de sofrimento, de mal-estar, de transtornos psíquicos têm causas orgânico-genéticas, devendo ser tratadas e curadas pelas práticas médico-psiquiátricas medicamentosas.

Para analisar a problemática que se insere na sigla TDA/H, tendo como parâmetro a psicanálise, o caminho mais prudente a adotar se pauta no entendimento de que a ordem simbólica, na qual os discursos sociais se inscrevem, cria possibilidades para o funcionamento de certas regularidades psíquicas e não de outras. Isto quer dizer que não existe sujeito sem inscrição social, como não existe cultura sem a singularidade, ou seja, tanto o social está representado no sujeito quanto o sujeito está no social (Costa, 2000).

Nesta perspectiva, ao focalizar o tempo da infância, teremos de levar em consideração que a esfera intersubjetiva, imprescindível ao processo de constituição do sujeito, tem sua inscrição atual em uma cultura que tende para o polo narcísico/imaginário do funcionamento psíquico, como observa Birman (1999). Isto produz efeitos no processo de subjetivação, isto é, produz efeitos na dimensão interna do sujeito – aquela que a psicanálise cunha como sendo a dimensão do *infantil* –, que não podem ser desprezados.

A análise da relação sujeito/cultura permite uma reflexão acerca da problemática do TDA/H, na qual são consideradas as dimensões do sujeito e do social. Deste modo, o artigo, a partir de um Estudo de Caso, abordará inicialmente as questões relativas ao *infantil* que comparece na criança com esse diagnóstico médico, para em seguida articulá-las com o *não-decidido* da estrutura psíquica e finalmente abordar algumas particularidades dos laços sociais que atravessam a infância escolar contemporânea.

O infantil “não esquecido”

Do ponto de vista da psicanálise, as funções psicológicas – inteligência, percepção, fala e motricidade, dentre outras – articulam-se entre si e são efeitos da configuração subjetiva do sujeito que, por sua vez, se constitui a

partir dos significantes do Outro. Assim, a clínica da infância deve levantar hipóteses acerca da sintomatologia que se manifesta nessas funções, entendendo-a como expressão do funcionamento singular de um sujeito em sua relação com a cultura.

Além de investigar o *sentido* do sintoma, a avaliação diagnóstica ancorada na teoria psicanalítica deve se ater à noção de *estrutura*, a partir dos modos como se dá a inscrição do sujeito no discurso. Estes dois eixos implicam a subjetividade do analista em sua escuta e não possibilitam certezas, apenas hipóteses de trabalho. Portanto, são eixos que recusam o enfoque deficitário e convocam o sujeito a escutar o seu próprio discurso, de modo a implicá-lo em sua problemática.

Na prática clínica, orientada por esses parâmetros diagnósticos, percebe-se que a *diferença* que comparece nas crianças com o diagnóstico médico de TDA/H aponta para uma organização estrutural indefinida, que esbarra nas delimitações das estruturas clínicas – neurose, psicose, perversão – sinalizando para uma posição subjetiva que está na borda, no limite das referidas estruturas.

As formulações de Rissial (2000, 1997a, 1997b, 1995) sobre a noção de estado-limite nos foram úteis para pensar tal posição. O autor postula que não se pode falar em estado-limite na infância, por ser este, sobretudo, o resultado de uma operação a ser feita no tempo da adolescência. Não

obstante, pode-se supor e acompanhar os investimentos narcísicos nas operações lógicas constitutivas da imagem do corpo e do pensamento que precederam essa fase e articulá-los às vicissitudes e dificuldades localizadas nas duas operações de constituição do *eu*: na formação do *eu-ideal*, na qual a função materna teria um papel relevante, e na instância do *ideal-do-eu*, resultante da *Lei* paterna.

O *eu-ideal* resulta da sustentação de uma potência herdeira da onipotência do amor narcísico experimentado com o Outro. Esta sustentação, incorporada pelo *infans*, é que permitirá a apropriação do enunciado paterno: “*you can be what you should be*”. Permite, assim, à criança acreditar que ela pode se adequar ao *ideal-do-eu*, ou seja, possibilita um movimento psíquico de acesso à *Lei*, ao *não* paterno, resultando em um funcionamento psíquico que se articula com o *não* da negativa do mecanismo de recalque. Em outras palavras, nessa apropriação consiste a chance da criança de não ser devastada pelo Outro e criar seu próprio sintoma, deixando, então, de ser uma produção sintomática correlata ao fantasma materno.

O acesso a essa posição subjetiva possibilitará à criança, na idade escolar, engajar-se na socialização e organizar o pensamento e as aprendizagens. Todavia, essa operação psíquica implica em uma divisão, a qual fará com que, doravante, a criança lide com constantes autocensuras e culpa em virtude das contradições impostas ao *eu* pelo desejo inconsciente agora *esquecido*.

Como assinala Naveau (2000), a operação do recalque possibilita a simbolização do real do gozo, mas esta operação tem como consequência que certos termos sejam banidos do modo de dizer as coisas. Dito de outro modo: uma negatividade *castra* as palavras, fala-se, a partir daí, uma “língua castigada”. Este é o preço a ser pago para conseguir se defender do desejo do Outro, conforme destaca Vorcaro (1999).

Para Rassiál (1997), o que caracteriza o estado-limite é que haveria uma suspensão da operação de validação ou de invalidação da inscrição do *Nome-do-pai*, feita no percurso do Édipo. Para o autor, haveria também uma proximidade dessa posição subjetiva com aquela recortada como sendo a do sujeito pós-moderno. “O sujeito em estado-limite está em pane, em seu pensamento e em seus investimentos, assim como nas diferenciações entre o discurso e o agir, o objetivo e o subjetivo, o pequeno outro e o grande Outro, entre o passado, o presente e o futuro, o familiar e o social, etc.” (p. 38).

Haveria para o sujeito, portanto, uma grande dificuldade em alcançar a parte do enunciado da *Lei* do supereu, de caráter consolador, o qual veicula a promessa de que, havendo renúncia ao gozo que a mãe representa, poder-se-ia, mais tarde, ter acesso a outro tipo de gozo fora do âmbito familiar. Deste modo, o sujeito estaria em uma posição de aprisionamento, sem uma saída para conduzir seus investimentos objetivos e não em uma posição de denegação ou forclusão da *Lei*. O efeito desse *aprisionamento* subjetivo faz com que o sujeito, mesmo na idade adulta, permaneça vinculado à família, em uma posição *infantil*, ainda que parcial, de dependência em relação às figuras parentais.

Em suma, Rassial (2000) indica que a noção de estado-limite se constitui pela impossibilidade de o sujeito efetuar a *operação adolescente*. Esta consiste na operação de validação e produção de novos *Nomes-do-Pai*, para além do âmbito familiar, em uma etapa de vida na qual o sujeito normalmente se vê confrontado com vários riscos. Os *Nomes-do-Pai* terão de operar em diversas convocações de substituições como, por exemplo, a que se dá no âmbito da sexualidade, que irá substituir o fálico pelo genital, ou a que subsidia a escolha de uma profissão.

Podemos, agora, retomar a proposição de que as manifestações sintomáticas que se inscrevem na sigla diagnóstica de TDA/H demarcam uma *diferença*, para as crianças com esse

diagnóstico, que aponta para os efeitos do *infantil*, ainda não *esquecido*, não ainda recalcado. Se o diagnóstico de estado-limite, normalmente feito na idade adulta, supõe um adiamento da operação subjetiva que deveria ter sido feita na adolescência, adiamento indutor de uma posição infantilizada, de dependência do sujeito adulto marcada por idas e vindas em relação à família, parece-nos razoável inferir que esse *infantil*, já na infância, não passa incólume.

O *infantil* é aqui entendido como indicativo de que o *não* da *Lei* paterna está *não-ainda* processado, impedindo, assim, da criança ter uma referência simbólica em torno da qual possa avaliar, medir, orientar-se sobre o significado de si, os significados das coisas do mundo e do desejo do Outro, construindo para si mesma uma significação própria. Em outras palavras, a *diferença* que se faz presente nessas crianças aponta para uma indefinição do tipo de negativa essencial ao funcionamento psíquico. Neste caso, o *não-decidido* se manifesta pela ausência do *não* que não foi incorporado pela criança para coibir o desejo do Outro. Um *não* que seria capaz de lhe possibilitar uma organização psíquica outra e uma significação mais efetiva de si mesma e do mundo, a partir do referente simbólico.

Entendendo esse estancamento como uma expressão do impasse frente ao processo de alienação/separação do desejo do Outro, teríamos, então, como assinala Dor (1994), re-

ferências diagnósticas estruturais, indícios capazes de balizar o funcionamento de uma determinada estrutura, mesmo que em movimento ou em organização, como na infância, por apontarem tipos diferenciados, mesmo que não estabilizados, de modos de gozo e da economia do desejo.

Assim, entendemos que a problemática do TDA/H pode ser pensada como uma manifestação do *infantil* ainda no tempo de infância e que, ao se mostrar durante o processo de escolarização, é facilmente capturada pelo discurso e diagnóstico médicos face aos inúmeros encaminhamentos que o sistema escolar faz, na atualidade, ao se deparar com as “*difíceis*” crianças avaliadas como turbulentas e desatentas.

Ilustraremos as ideias que aqui foram abordadas com um Estudo de Caso Instrumental, terminologia usada por Stake (1994). Esse tipo de Estudo de Caso tem a função de desempenhar um papel facilitador para o entendimento das questões conceituais abordadas em uma sistematização teórica. Deste modo, a apresentação do material clínico será útil para que se possa demarcar a diferença entre os eixos diagnósticos utilizados pela psicanálise e pela atual psiquiatria biológica.

Os elementos clínicos que apresentaremos a seguir têm origem em uma avaliação diagnóstica processual, realizada em sessões de atendimento com a criança, visitas e observações feitas na instituição escolar, que

nos serviram para investigar a *sombra* que a sigla diagnóstica de TDA/H projeta na subjetividade da criança, em seu percurso de escolarização. Foram realizadas, ainda, várias entrevistas com a mãe da criança, as quais, por sua vez, subsidiaram nossas indagações acerca do *lugar* designado para o filho no desejo materno.

Caso Renato

Renato⁴ chegou ao serviço de atendimento⁵ aos nove anos de idade, com o diagnóstico médico de TDA/H. Foi-nos encaminhado por uma psicóloga e uma psicopedagoga, profissionais da rede pública de ensino do DF. Naquela ocasião, foi feito um relato do caso, cuja síntese apresentamos a seguir.

Tratava-se de uma criança bastante comprometida, que oscilava muito na sua relação com o outro. Às vezes conseguia se concentrar nas atividades propostas, mas, em muitas ocasiões, permanecia absorta em seu mundo e não se vinculava a ninguém. Na escola, frequentemente apresentava um comportamento turbulento e era desatenta, na maior parte do tempo. Naquele ambiente, colegas e professores a isolavam e não gostavam de sua proximidade. Manifestava, também, alguns comportamentos bizarros como, por exemplo, revirar constantemente a lata de lixo. Apresentava dificuldades de aprendizagem, contu-

do, não tinha um *déficit* cognitivo significativo, na avaliação dos professores.

As entrevistas iniciais com a mãe, que será aqui chamada de Célia, nos trouxeram várias informações: funcionária pública aposentada, aos quarenta anos, logo após a aposentadoria, resolveu adotar uma criança com o intuito de ter uma companhia, pois tinha percebido que não mais iria se casar. Informou-nos que fora educada por sua mãe para não constituir matrimônio, mandato este claramente expresso nas ocasiões em que sua mãe nomeava o marido, o pai de Célia, de “*bruto e ignorante*” e seu casamento como “*o pior dos engodos*”. Deste modo, Célia cresceu *aconselhada* a evitar o casamento, ao mesmo tempo em que escutava a mãe desqualificar o pai por este não se envolver na educação dos filhos, uma vez que ele entendia ser esta uma função que cabia à mãe.

Ressaltamos que Célia cumpriu e obedeceu à prescrição materna sem grandes questionamentos. Assim, quando se deu conta que “*estava envelhecendo e se sentia muito sozinha*”, entrou em contato com a Vara da Infância e da Juventude do DF para pleitear um filho adotivo. Logo em seguida, foi chamada a uma instituição estadual de acolhimento a crianças abandonadas e negligenciadas para conhecer um bebê de nove meses, desnutrido e com dificuldades psicomotoras.

Célia relata que foi convocada ao processo de adoção após “*a desistência de outra pessoa*”. Disse-nos que Renato

esboçou um sorriso quando ela se aproximou e, a partir daí, concretizando o processo de adoção, empenhara-se muito para que ele se desenvolvesse bem. No entanto, o significativo *desistência* da adoção, que circulou desde o primeiro encontro com a criança, não desaparece e é retomado, como uma possibilidade, por ocasião do ingresso de Renato, aos três anos, no sistema escolar. Célia, a partir daí, relata que começou a sentir “*desejo de devolver a criança*”. As dificuldades subjetivas de filiar-la começam a se evidenciar, desde então.

Já na educação infantil, em uma escola particular, Renato apresentou seus primeiros problemas de adaptação. Problemas estes traduzidos diariamente para a mãe, pelas professoras, por meio do seguinte discurso: “*É desatento, não fica quieto, não obedece ao comando. O seu filho é diferente das outras crianças*”.

Ao finalizar o ano letivo, a escola, de forma indireta, não quis renovar a matrícula do aluno. Problemas semelhantes se repetiram em outras escolas de educação infantil e do ensino fundamental, tendo sido a criança matriculada em seis diferentes escolas, particulares e públicas. A cada nova tentativa de escolarização de Renato, Célia se questionava acerca de desistir ou não da criança. Em todas as escolas, segundo Célia, as professoras, “*espantadas*”, lhe perguntavam detalhes da história da criança e como deveriam se conduzir com ela. Nesses momentos, Célia se sentia total-

mente despossuída de um *saber* sobre Renato e desejava muito que alguém *soubesse* e a orientasse sobre como educá-lo.

A partir desses impasses instalou-se, então, na subjetividade materna, um *estranhamento* em relação ao filho. Segundo Célia, ela já não mais sabia como agir com Renato e nem educá-lo para que “*ele pudesse ter um futuro*”. De origem “*humilde*”, o baixo poder aquisitivo de sua família foi revertido com investimento e dedicação aos estudos, tanto de sua parte como também de seus irmãos. O precoce *fracasso escolar* de Renato colocou em xeque a fantasia de que ele pudesse vir a realizar o mesmo projeto (ideal) de vida da mãe. Esta passa a verbalizar, a partir de então, para a criança, familiares e profissionais que se envolviam com o caso, seu desejo de devolver a guarda de Renato à Vara da Infância e Juventude. Contudo, sem coragem de efetuar a “*devolução*”, essa possibilidade se torna uma ameaça para que a criança estudasse e atendesse às suas ordens.

Durante as férias de Renato, que antecederam nosso primeiro encontro, mãe e filho tiveram um contato com a irmã mais velha de Célia. Esta a aconselhou a devolver de fato a guarda do filho “*porque quando adolescente poderia se tornar perigoso e agressivo*”. Célia afirmou que realmente tinha medo de perder “*o controle*” sobre Renato, de não ter autoridade com o filho: – “*apenas quando ameaço devolvê-lo é que vejo minhas ordens acatadas*”. Nessas oca-

sões, segundo relato de Célia, Renato lhe perguntava sobre o pai e obtinha sempre a mesma resposta: “*seu pai é um pedinte, mora nas ruas e não reside mais na cidade*”.

Na sessão clínica inicial, Renato, ao desenhar sua família, desenhou o pai e o avô, destacando que eles eram moradores de rua. Pediu-nos, em seguida, incessantemente, para levar para casa todos os brinquedos da sala de atendimento, queixando-se que sua mãe não lhe dava nada e que, por isto, tinha de “*pedir*” aos outros.

A incansável posição de *pedinte*, adotada por Renato em nossos encontros iniciais, acompanhada de um sentimento intenso de desvalia, pareceu-nos, inicialmente, estar relacionada a uma possível tentativa de identificação à imago paterna. Constatamos, depois, que foi nessa posição de *súplica* que ele construiu o seu lugar no contexto escolar.

Renato foi inserido em uma escola pública, após três meses do início do semestre letivo, pois a escola aguardava que se viabilizassem as condições para o atendimento especializado do aluno.⁶ No ano anterior, a direção e a coordenação pedagógica, após inúmeras tentativas de incluir a criança em classes regulares, resolveram que o aluno, por sua condição “*especial*”, deveria estudar em turma com um número reduzido de alunos. Para tanto, uma professora substituta – em sua primeira experiência profissional – assumiu a classe, composta por Renato e mais uma criança.

Assim, ao chegar à escola, a professora recebeu o relato sobre as “*dificuldades de Renato*” e colocou-se como observadora do comportamento e das atitudes da criança. Segundo nos relatou ao longo do primeiro mês letivo, “*o aluno não fazia nenhuma atividade proposta, não parava quieto, subia na mesa, colocava os dedos nas pás do ventilador, saía correndo, batia a porta e pedia, incessantemente, todos os objetos da sala para levar para casa*”. Sua estratégia, então, foi a de atender “*a todos os desejos da criança, com a esperança de conquistá-la*”. No planejamento pedagógico, optou por não trabalhar os conteúdos escolares formais, uma vez que, na sua concepção, Renato se desorganizava muito a cada tentativa que ela fazia de lhe transmitir o conhecimento sistematizado, recusando-se, prontamente, a aprender.

A posição adotada pela professora, com a concordância da direção e da coordenação pedagógica, foi acatada por Célia e considerada uma resposta cabível da escola frente ao comportamento “*inaceitável*” de seu filho. Embora reconhecesse que Renato estava sendo “*nivelado por baixo*”, como se fosse “*portador de um retardo mental*”, e

tivesse uma posição crítica em relação àquela decisão, Célia, inconscientemente, endossava a postura da escola e a mensagem endereçada a Renato de que ninguém, de fato, se importava com ele, por ser *diferente* e comportar-se de forma tão inadequada.

Algumas considerações sobre o caso

Os impasses no processo de subjetivação do sujeito, advindos das operações psíquicas relativas às funções materna e paterna, ficam evidenciados na clínica com crianças com diagnóstico médico de TDA/H. A história de Renato permitiu que essas vicissitudes fossem percebidas como se estivessem sob *lentes de aumento*.

Como vimos, Célia adotou a criança, mas não se esqueceu do significativo *desistência da adoção* e, ao colocar o filho na escola, incorporou inteiramente a trama de exclusão que a instituição, de forma precoce, tecia sobre a criança. Desde então, o desejo de “*desistir do filho*” ganha *sentido*. Assim, os primeiros *fracassos* de Renato, ainda na educação infantil, produziram efeito na posição fantasmática materna e colocaram em xeque a frágil antecipação imaginária da criança-sujeito na subjetividade da mãe.

Célia se deparou com uma criança “*desnutrida*” e “*abandonada*” e foi neste bebê que ela encontrou o filho adotivo para tamponar sua solidão, na

velhice. Em virtude de uma opaca inscrição da metáfora paterna advinda do seu percurso edipiano, ela não foi capaz de se sustentar na posição desejante e de tecer uma significação fálica para o filho, essencial à estruturação do sujeito e constitutiva do narcisismo da criança. Ao contrário, houve um *curto-circuito* em seu desejo e Célia se entregou ao *gozo* de ter sido “*vítima de um ato ingênuo e equivocado*” ao escolher “*uma criança carente e com problemas*”.

A criança inscreveu-se, então, no inconsciente dessa mãe adotiva, como um objeto assustador, *real* demais, do qual ela se sentia incapaz de cuidar, efetivamente, por lhe parecer *estranho* à realização imaginária esperada, tal como assinala André (1987). Ao receber do sistema escolar a recusa em aceitar a *diferença* que comparece na criança, Célia especulariza a relação com Renato e opera aí, ela mesma, sua própria recusa de separar-se do filho, que passa, assim, a significar para a mãe o lugar estático de dejetivo, daquilo que é resto e sem nenhum valor fálico. Desde então, passa a vivenciar com ele um *grude* ambivalente e imaginário, no qual se vê como uma cuidadora aprisionada que, por sua vez, aprisiona o filho, ao repetir para a criança, de forma incansável, os significantes que são da ordem do fracasso e de insatisfação.

– “*Tenho de dar conta dele sozinho. Ele já passou por muitas escolas e nenhuma delas o aguentou. Acho que ele não tem solução*”.

Podemos inferir que Célia efetuou a passagem direta da posição de filha para a de mãe, sem se colocar a questão: – “o que quer uma mulher”? A ausência desta pergunta invalida a sexualização no campo do desejo, conforme assinala Bernardino (1999). Como destacado no relato, Célia obedeceu, sem maiores questionamentos, à prescrição materna de não se casar. Em nossa interpretação, a passividade desta obediência tem a ver com o tipo de atravessamento do *Nome-do-Pai* nessa mãe adotiva, que a faz repetir, por seu turno, uma posição de mãe que descarta o efeito simbólico da função paterna, para o filho. Tal *amarração* subjetiva, sem dúvida, produziu efeitos na constituição psíquica de Renato, cujo comportamento *hiperativo* expressava, de um modo sintomaticamente contundente, a tentativa de livrar-se da devastação do Outro.

O aprisionamento da criança, do ponto de vista dinâmico, aponta para uma posição subjetiva na qual não haveria um movimento intrapsíquico capaz de direcionar o *eu* ao encontro do *ideal-do-eu*. É neste intervalo, sem direção, que Lacan (1998) indica o ponto em que a criança se deixa capturar pela fantasmática materna. Como já indicamos, o *eu-ideal* é herdeiro da onipotência do amor narcísico materno e é esta instância que irá permitir a apropriação do enunciado paterno: “*você pode se tornar o que você deve se tornar*”. Sem a sustentação narcísica não há como a dimensão simbólica da *lei* ser assimilada, o

que implica, consequentemente, em impasses no percurso edípico e na constituição do *ideal-de-eu*. Assim, apenas uma frágil dimensão imaginária da *Lei* comparece, pois falta o narcisismo primordial da criança ao qual o simbólico possa se aferrar para produzir, como efeito, um sujeito submetido à *Lei*.

É possível que o discurso psicológico idealizado identificasse como causa dos sintomas de Renato a falta de um pai, cuja autoridade tivesse impedido ou viesse a reverter a falta de limites da criança. Sob a ótica da psicanálise, sabemos que a existência de um pai da realidade não se constitui como garantia na constituição de um sujeito e a clínica que opera com essa convicção situa-se distante da psicanalítica.

Ocupar-se com o que pode fazer borda ao que retorna, sem descanso, do real, tal é a clínica psicanalítica (Castro, 2001). Em outras palavras, para que se possa operar com o que de insuportável existe no vazio, na hiância que habita o sujeito, temos de nos resguardar do imaginário, para que surjam os significantes capazes de inserir o sujeito na dialética que o remeta às referências simbólicas do *Nome-do-Pai* e direcione o movimento pulsional para outros possíveis investimentos objetivos.

Nas sessões clínicas de atendimento a Renato detectamos que havia um *gozo* persistente em sua posição frente ao Outro, expresso no real do corpo pela turbulência, impulsivi-

dade e desatenção. Posição esta a que chegou pela impossibilidade de encontrar algum ponto de parada, de referência, de ancoragem, mediante a criação de uma resposta à questão: “o que o Outro quer de mim”? Persistiu o sujeito, então, em uma posição narcísica fragilizada, que o enredava em si mesmo, sem que houvesse um escoamento pulsional capaz de ligar o excesso de tensão à rede dos significantes. Do ponto de vista econômico, a energia ligada, ao passar pelo Outro e pelos objetos, retorna ao *eu* incrementada, fazendo com que este lance novamente seus investimentos na rede simbólica, em um trabalho contínuo de reduzir a tensão pulsional. Este funcionamento torna cada vez mais complexo o aparato psíquico aumentando, conseqüentemente, sua capacidade simbólica e sublimatória (Wine, 1992).

O trabalho realizado no atendimento a Renato foi árduo, dificultado ainda mais pela instituição escolar, que não foi capaz de sustentar uma função de suplência no cumprimento da ordem simbólica. Como ressalta Almeida (2000), é necessário que o professor, no lugar do Outro suposto-saber, reconheça o aluno como um sujeito desejante, demandando-lhe que aprenda e relançando, assim, continuamente, o desejo de saber do aluno em direção aos objetos da cultura.

Tais demandas e reconhecimento foram endereçados à criança de forma opaca, quase muda, pela professora, que negou a Renato um *lugar*

de aluno, pois fora considerado incapaz para as aprendizagens formais, em virtude do *déficit* de atenção. Também foi percebido como incapaz de se relacionar adequadamente com os colegas e professores, por conta de sua impulsividade. Observou-se, assim, a tradução, em ato, de uma demanda entorpecida no campo da aprendizagem e da socialização que, paulatinamente, impossibilitava que Renato pudesse avançar em seu processo de escolarização. A escola, ao atribuir a Renato o lugar de *não-aluno*, dificultou ainda mais o seu frágil processo de separação subjetiva, ao mesmo tempo em que subscrevia o desejo materno de *não-filiação*. Tivesse exercido, minimamente, a função de suplência simbólica, a escola poderia ter auxiliado Renato no movimento psíquico de descentramento do *eu*, necessário tanto à apropriação do conhecimento quanto ao manejo das relações no campo interpessoal.

De forma recorrente, a instituição escolar, presa a um discurso crivado de orientações médico-psicológicas, no qual são veiculados enunciados que delimitam o que se pode ou não esperar do aluno com diagnóstico de TDA/H, circunscreve para a criança, no contexto escolar, um lugar delineado por normas, padrões de comportamento, de ensino e de aprendizagem cujo *receituário* pedagógico se encontra ancorado na premissa médica de um *déficit* ou *disfunção* neurológica que, supostamente, homogeneizaria essas crianças. Nossa

experiência com escolas permitiu observar que muitos professores se servem dos indicadores descritivos que acompanham o diagnóstico de TDA/H para sustentar uma prática pedagógica “*didaticamente planejada*” para lidar “*com os difíceis alunos portadores de hiperatividade*”. O preço deste planejamento, no entanto, nem sempre é considerado, qual seja: a impossibilidade de a criança encontrar o seu lugar na escola, a partir de sua singularidade.

Como consequência da padronização pedagógica, *cientificamente* estruturada, tem-se que o educador não escuta e não legitima a palavra dita pela criança, já que esta é vista como “*doente*” e, portanto, incapaz. Ao não autenticar a palavra da criança, o Outro acaba por abandoná-la, mais uma vez, ao gozo corporal, ao gozo do sintoma, na hiperatividade. Por outro lado, não transmitir o conhecimento, de forma efetiva, ao aluno *diferente*, o impede que possa vir a construir, com o apoio do saber já estabelecido, algumas marcas e referências próprias acerca do tempo, do espaço e da causalidade, bem como significar e ressignificar os objetos culturais a partir de convicções socialmente partilhadas.

Esses organizadores psíquicos são fundamentais para que a criança possa acercar-se do que lhe escapa, ou seja, saber o que ainda não sabe, diluindo, assim, sua posição de alienação. São também necessários para que ela possa proteger-se do gozo que esca-

pa ao significante, pois operam como instrumentos importantes que possibilitam um certo domínio frente ao movimento pulsional, como assinala Di Ciaccia (1997).

Entendemos como fundamental que a educação escolar possa redimensionar suas concepções, representações e valores acerca da criança cuja posição subjetiva se revela nas manifestações sintomáticas do TDA/H, de modo a tornar possível e efetiva uma prática pedagógica que a acolha na sua singular diferença e lhe atribua um lugar de sujeito e de aluno, no campo social. Dessa forma, estaria a escola propiciando à criança uma maior autonomia de pensamento e a possibilidade de construir laços sociais menos conturbados. Como ressalta Almeida (1999), o ato educativo pode elevar a transmissão do conhecimento à categoria de um dos representantes possíveis dos *Nomes-do-Pai*, se for capaz de converter, ainda que parcialmente, o saber sobre o desejo do Outro – não-todo recalcado – em *desejo de saber*, fazendo apelo e sustentando, assim, o valor simbólico do conhecimento e da cultura no cenário escolar.

Sintetizando, vimos que para Renato a impossibilidade de incorporar o mandato paterno “*you can be a man...*” adveio de uma relação primitiva inconsistente, travada com o Outro primordial, indutora, para a criança, da presença subjetiva onipotente da mãe, a qual, paradoxalmente, exerceu uma função materna (*abandô-*

nica) que não conseguiu enraizar no filho o narcisismo intitulado por Freud, em 1914, de narcisismo secundário, que o conduziria à alteridade. Quanto mais inconsistente a função materna, mais insistia, subjetivamente, a presença – imaginária, fantasmática – da mãe no filho. E em direção à psicose, mesmo que ainda *não-decida*, caminhava a organização subjetiva da criança.

Do ponto de vista da psicanálise, foi nessa posição de *não-definição, ainda*, que encontramos Renato, cuja sintomatologia a prática médica havia diagnosticado como TDA/H. Esta sigla, tal como procuramos apontar, tem conduzido, com frequência, o sistema educacional a promover a *inclusão escolar* de crianças, como Renato, de uma forma que acentua e remete constantemente o sujeito (eclipsado) à posição de objeto. Nesta perspectiva, a escola reforça o discurso do *conhecimento especializado* sobre o outro, apesar de que os esclarecimentos científicos e as orientações recebidas dos *especialistas* parecem tão somente aturdir os educadores em relação ao que e como fazer com as *diferenças* que habitam o cotidiano escolar. Tal aturdimento retira o valor simbólico das palavras, no contexto da escolarização, e se traduz como um *ato não-educativo* frente à criança turbulenta. Esta, sem saída, como não poderia deixar de ser, responde *atuando*.

Considerações finais

O sujeito, quando padece de um sofrimento psíquico, dirige sua queixa ao Outro, na esperança de ser escutado, utilizando os significantes disponíveis no discurso social. As terminologias nosográficas diagnósticas, diferentes a cada época, resultam de nomeações *científicas* atribuídas às muitas possibilidades de expressão da angústia e do mal-estar na cultura, inerentes à condição humana. Tais formulações, no entanto, tendem a eliminar a subjetividade do sujeito e afetam as problemáticas psíquicas, pois o lugar social a elas atribuído acaba recriando ou renomeando as configurações subjetivas, em razão dos novos significantes que surgem no campo discursivo, sobretudo das ciências médicas.

Como se apontou neste trabalho, o diagnóstico de TDA/H detém grande prestígio social, na atualidade. Esta descrição diagnóstica, cunhada inicialmente no começo do século XX, como Lesão Cerebral Mínima, passou a ter uma grande aceitação e propagação nos meios médicos e educacionais nas décadas de 60/70, quando foi renomeada Disfunção Cerebral Mínima. Nos dias de hoje, como TDA/H, ocupa um lugar social diferenciado, revigorado pelos avanços das neurociências. Trata-se, então, de um transtorno ou distúrbio cujo diagnóstico médico (feito com exames de neuroimagem) e terapêutica (à base de psi-

coestimulantes) respaldam-se nas descobertas da psiquiatria biológica. Com estes novos significantes na cultura, o TDA/H encontra, com frequência, espaço e visibilidade na mídia, sendo rapidamente disseminado e absorvido nos contextos familiar e escolar, entranhando-se nas formações discursivas do cotidiano.

Portanto, é neste cenário social que o ciclo de produção e reprodução da patologização da infância se instaura pelo registro imaginário: pais e educadores devem aprender a lidar com as “*difíceis crianças*” acometidas por uma “*doença neurológica*”. As crianças, por sua vez, se tornam cada vez mais irascíveis, turbulentas, desatentas, pois, sintomaticamente, ao se perceberem *portadoras* de uma “*doença*” se percebem e são percebidas também como *diferentes*, instalando-se no vácuo de um lugar diferenciado, em relação ao outro.

Em suma, a descrição de TDA/H, na atualidade, nada mais é do que uma recuperação histórica, com as devidas adaptações e refinamentos, inclusive a de uma suposta maior *precisão* diagnóstica, do processo de medicalização das dificuldades escolares, que exige o sistema educacional de se implicar na análise e discussão política e pedagógica das condições histórico-sociais de produção e de manutenção do chamado *fracasso escolar*. Ademais, tal diagnóstico, ao se apoiar nas descobertas das neurociências, se apresenta como uma justificativa socialmente aceita para que os sistemas familiar e escolar não se responsabilizem pela problemática subjetiva da criança.

Ancorando-se nesta perspectiva crítica, a intervenção do psicanalista não pode deixar de focalizar e analisar os efeitos das relações familiares, institucionais e sociais do ambiente escolar na posição subjetiva da criança diagnosticada com TDA/H. Ao mesmo tempo, sua função, escutando o *infantil* no sujeito, reside em fazer com que a criança também se responsabilize e se implique com seus sintomas e sofrimento, de modo a produzir um *saber* particular sobre sua história e encontrar outra saída pela qual consiga desatar-se do lugar que lhe foi designado pelo Outro. A escuta do analista permitirá que a criança encontre as palavras que lhe servirão para nomear o seu próprio sintoma e, por conseguinte, servir-se do simbólico no enfrentamento do real. Caso não encontre uma via de acesso ao simbólico, não restará à criança outro caminho a não ser o de emaranhar-se nos nós da alienação, permanecendo ancorada em uma posição *infantilizada* que não mais será *esquecida* no tempo futuro: nem no da adolescência e tampouco no da vida adulta. ■

HYPERACTIVITY: THE “UNDECIDED”
OF THE STRUCTURE OR THE
“INFANTILE” STILL IN THE
CHILDHOOD TIME

ABSTRACT

The current article criticizes the medical diagnostic construction of the Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, pointing out that this discourse relies on an ideal deficit presented nowadays as a hegemonic point of view. Due to it, the present article proposes a return to the main clinical characteristics arisen by the above mentioned field with the aim to discuss it with the regard of the psychoanalyses' conceptual theory. A child's diagnostic evaluation is presented. Our hypothesis that the “difference” in children with a diagnosis of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, goes in the direction of a non-decided structural organization; which surrounds the clinical structures – neuroses, psychoses and perversion – ; indicating a bordering subjective position, on the limit of such structures.

Index terms: *Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder; childhoodness; infant times.*

HIPERACTIVIDAD: LO “NO-DECIDIDO” DE LA ESTRUCTURA Ó LO “INFANTIL” TODAVIA EN EL TIEMPO DE LA NIÑEZ

RESÚMEN

El artículo se refiere a la formación discursiva al rededor del Diagnóstico del Déficit de Atención y Hiperactividad, destacándose que ese discurso, preso al ideário del déficit, se ha hecho hegemónico en la actualidad. Retóma, por lo tanto, las características atribuidas a ese cuadro para discutir las bajo la óptica del psicoanálisis. Presenta, para ilustrar tales reflexiones, fragmentos clínicos de un caso de un niño diagnosticado como “portador” de TDA/H. Defiende la hipótesis de que la diferencia que surge em esos niños apunta para una organización estructural no-decideda, que se resvala en las delimitaciones de las estructuras clínicas – neurosis, psicosis, perversion – señalizando para una posición subjetiva que está en el limite de las referidas estructuras.

Palabras clave: *Déficit de Atención y Hiperactividad; infantil; niñez.*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, S.F.C. de (1999). O adolescente e a educação: a função (im)possível dos ideais educativos. In Escola Lacaniana de Psicanálise (Org.), *O adolescente e a modernidade*. Congresso Internacional de Psicanálise e suas conexões (Tomo I, pp. 69-92). Rio de Janeiro: Companhia de Freud.
- Almeida, S. F. C. de (2000). Sintomas do mal-estar na educação: subjetividade e laço social. In L. de Lajonquière e M. C. Kupfer (Orgs.), *A psicanálise, a educação e os impasses da subjetivação no mundo moderno*. Anais do II Colóquio do Lugar de Vida/LEPSI (pp. 42-48). São Paulo: USP/Instituto de Psicologia.
- American Psychiatric Association/APA (1995). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- André, S. (1987). *O que quer uma mulher?* Rio de Janeiro: Zahar.
- Bernadino, L. (1999). Mãe é uma só. In Associação Psicanalítica de Porto Alegre (Org.), *Educa-se uma criança* (pp. 75-84). Porto Alegre: Artes e Ofícios.
- Birman, J. (1999). *Mal estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Castro, S. de (2001). No Limite. *Curinga/Escola Brasileira de Psicanálise*, 15/16, 43-57.
- Collares, C. A. L. & Moysés, M. A. A. (1992). A história não contada dos problemas de aprendizagem. *Caderno CEDES*, 28, 31-47.
- Costa, A. M. M. da (2000). Autoridade e legitimidade. In M. R. Kehl (Org.), *Função fraterna* (pp. 81-110). Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- Di Ciaccia, A. (1997). Da pedagogia à psicanálise. *Estilos da Clínica: Revista sobre a infância com problemas*, 2, 18-26.

- Dor, J. (1994). *Estruturas e clínica psicanalítica*. Rio de Janeiro: Taurus.
- Freud, S. (1914/1974). Sobre o narcisismo: uma introdução. *ESB das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. XIV). Rio de Janeiro: Imago.
- Graeff, F. G. (1989). *Drogas psicotrópicas e seu modo de ação*. São Paulo: EPU.
- Lacan, J. (1998). Duas notas sobre a criança. *Opção Lacaniana*, 21, 5-6.
- Naveau, P. (2000). A dialética do falo. In Escola Brasileira de Psicanálise (Org), *Os circuitos do desejo na vida e na análise* (pp. 120-125). Rio de Janeiro: Contra Capa.
- Rassial, J.-J. (1995). Entrevista com Jean-Jacques Rassial. In Associação Psicanalítica de Porto Alegre (Org), *Adolescência* (pp. 86-100). Porto Alegre: Artes e Ofícios
- Rassial, J.-J. (1997a). *A passagem adolescente: da família ao laço social*. Porto Alegre: Artes e Ofícios.
- Rassial, J.-J. (1997b). A adolescência como conceito da teoria psicanalítica. In Associação Psicanalítica de Porto Alegre (Org), *Adolescência: entre o passado e o futuro* (pp. 45-74). Porto Alegre: Artes e Ofícios.
- Rassial, J.-J. (2000). *O sujeito em estado-limite*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.
- Rohde, L. A. & Ketzer, C. R. (1997). Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. In N. Fichtner (Org), *Transtornos mentais da infância e da adolescência: um enfoque desenvolvimental* (pp. 106-119). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Stake, R. E. (1994). Case studies. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Orgs.), *Handbook of Qualitative Research*. London: Sage.
- Werner Jr., J. (1997). *Transtornos hipercinéticos: contribuições do trabalho de Vygotsky para reavaliar o significado*. Tese de Doutorado, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.
- Wine, N. (1992). *Pulsão e inconsciente*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Vorcaro, A. (1999). *Crianças na psicanálise: clínica, instituição, laço social*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.

NOTAS

1 Para facilitar a leitura, referiremo-nos, ao longo desse artigo, ao Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade por sua sigla TDA/H.

2 *American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, publicado originalmente em 1994.

3 De acordo com Collares e Moysés (1992), na década de 70, o número de crianças que recebeu medicação para o TDA/H nos EUA foi alarmante. As autoras apontam, então, o forte interesse econômico dos grandes laboratórios na disputa desse mercado.

Segundo informações do site www.ritalinfraud.com, atualmente, dois processos estão sendo movidos no EUA afirmando que a CIBA/Novartis (produtora da Ritalina) e a APA, American Psychiatric Association, conspiraram para criar um mercado para os psicoestimulantes, na medida em que planejaram e promoveram o diagnóstico de TDA/H, ocasionando um excesso de prescrições dos medicamentos.

4 Todos os nomes próprios que aparecem no relato do caso são fictícios.

5 Um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi assinado pela responsável, permitindo que os dados provenientes dos atendimentos, desde que resguardada a identidade dos sujeitos, pudessem ser utilizados para fins de pesquisa e ensino, conforme a Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde. Esse caso foi atendido no Centro de Formação de Psicologia Aplicada da Universidade Católica de Brasília / CEFPA.

6 O aluno com o diagnóstico médico de TDA/H tem um atendimento especializado na rede de ensino público do DF. São duas estratégias utilizadas: redução do número de alunos ou bi-docência nas classes com crianças diagnosticadas. Na prática, existe uma grande dificuldade para que essas medidas sejam implementadas e controvérsias acerca da efetividade das mesmas, pois tais medidas conduziram a um número alarmante de encaminhamentos de “casos suspeitos de hiperatividade”, para neurologistas e psiquiatras, por parte de escolas da rede pública de ensino.

vivianeleg@abordo.com.br

Recebido em novembro/2008.

Aceito em fevereiro /2009.