

ANA KARINA BARBOSA

**Era uma vez no Encontro com Crianças Agitadas:
O transtorno de déficit de atenção e hiperatividade
diagnóstico e medicação**

**ASSIS
2008**

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

ANA KARINA BARBOSA

**Era uma vez no Encontro com Crianças Agitadas:
O transtorno de déficit de atenção e hiperatividade
diagnóstico e medicação**

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

Orientador: Dr. Jorge Luís Ferreira Abrão

**ASSIS
2008**

ANA KARINA BARBOSA

**Era uma vez no Encontro com Crianças Agitadas:
O transtorno de déficit de atenção e hiperatividade
diagnóstico e medicação**

DISSERTAÇÃO PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE
Faculdade de Ciências e Letras de Assis- UNESP
Área de Conhecimento: Psicologia e Sociedade

COMISSÃO JULGADORA

Presidente e Orientador

Dr. Jorge Luís Ferreira Abrão

2º Examinador

3º Examinador

Assis, ____ de _____ de 2008.

À criança que pude ser.

*À Júlio e Sofia pela amizade e
passeio, obrigada.*

AGRADECIMENTOS

À minha mãe, Luzia, por todos os incentivos, cuidados e orações.

Ao meu pai, Aparecido Barbosa (em memória), por acreditar e incentivar minhas investigações infantis.

Ao Rodrigo, meu amor, companheiro leal em todos os momentos, por não me deixar desistir e por me fazer gostar mais de mim.

Às minhas queridas, Ana Christina e Bárbara, pela torcida carinhosa.

Aos queridos, Mel, Irineu e Júlia, por estarem sempre presentes.

Às minhas eternas e admiradas professoras, Dr^a Silvana Bormio e Dr^a Regina Furigo, pelo incentivo e preocupação.

Às queridas, Regina Helena G. Rondon e Maria Aparecida G. Lamoso, pela disponibilidade e generosidade ao abrirem as portas do colégio.

À psicanalista, Elza Guedes de Azevedo Magnoler, pela generosidade nas supervisões.

Ao Prof. Dr. José Sterza Justo, pelas primeiras orientações a este trabalho.

Ao Dr. Jorge Luís Ferreira Abrão, orientador deste trabalho.

Ao querido, Auro Mitsuyoshi Sakuraba, por ser o bibliotecário prestativo e amigo.

Às Dr^a Inês Amosso Dolci e Dr^a Diana Pancini de Sá Antunes Ribeiro, por todos os apontamentos generosos e estruturantes na ocasião do exame de qualificação.

À Olga Liane Zanotto M. Jaschke e André Luís Jaschke, pela correção e formatação deste trabalho.

Ao psicanalista, José Antônio Sanches de Castro, por sua continência amorosa nos momentos de angústia e pela apresentação de companhias essenciais a este trabalho.

À CAPES, pela Bolsa de Auxílio Financeiro concedida durante a elaboração desta Dissertação.

BARBOSA, Ana Karina. *Era uma vez no Encontro com Crianças Agitadas: O Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade diagnóstico e medicação*. 2008. 101f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Faculdade de Ciências e Letras. Universidade Estadual Paulista, Assis, 2008.

RESUMO

O presente estudo realiza uma escuta psicanalítica de crianças diagnosticadas com o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. Esta escuta psicanalítica se desenvolveu por meio do Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema (AIELLO-VAISBERG, 1997), proposto a crianças diagnosticadas e medicadas em decorrência deste transtorno, e mediante entrevistas semi-estruturadas com suas mães, com o intuito de compreender o significado atribuído por estas crianças aos seus sintomas de agitação e dificuldades de concentração, bem como ao uso da medicação no intuito de eliminá-los. As vivências escritas sob a forma de narrativas psicanalíticas são tecidas a partir dos diálogos que o pesquisador estabelece com as crianças, suas mães e a teoria psicanalítica especialmente a leitura Kleiniana. Apresenta-se e discute-se brevemente a questão da infância na psicanálise e na contemporaneidade, assim como a inclusão do referido transtorno nos sistemas classificatórios psiquiátricos. O conjunto das análises permite considerar que as manifestações de agitação e desatenção são formas importantes de comunicação dos sofrimentos psíquicos dessas crianças e, enquanto dispositivo utilizado para eliminar tais sintomas, a medicação parece desencadear um preocupante estado de dependência psíquica, uma vez que o “bom desempenho” é atribuído pela criança ao medicamento.

Palavras-chave: Criança; agitação; desatenção; Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade; Psicanálise.

BARBOSA, Ana Karina. *Once Upon a Time in Meeting Children Agitated: Attention Deficit Hyperactivity Disorder diagnosis and medication*. 2008. 101f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Faculdade de Ciências e Letras. Universidade Estadual Paulista, Assis, 2008.

ABSTRACT

This study performs a psychoanalytic listen to children diagnosed with the disorder from attention deficit and hyperactivity disorder. This listening psychoanalytic has developed through the procedure with Stories Drawings-Track (AIELLO-VAISBERG, 1997), offered to children diagnosed and medicated as a result of this disorder, and through semi-structured interviews with their mothers in order to understand the meaning assigned to these children to their symptoms of agitation and difficulty in concentrating, as well as the use of medication in order to eliminate them. The experiences written in the form of psychoanalytic narratives are woven from the dialogues that the researcher down with the children, their mothers and psychoanalytic theory especially the reading kleiniana. It shows up briefly and discusses the issue of childhood in psychoanalysis and the contemporary, as well as the inclusion of this disorder in psychiatric classification systems. All the tests allows deems that the events of agitation and inattention are important ways of reporting the psychological suffering of these children and as a device to eliminate such symptoms, the medication seems to trigger a worrying state of psychological dependence, because the "good performance "by the child is assigned to the drug.

Keywords: Child; unrest; inattention; attention deficit hyperactivity disorder; Psychoanalysis.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ABENEPI - Associação Brasileira de Neurologia e Psiquiatria Infantil
- APA - Associação Psiquiátrica Americana
- DHEW - Department of Health, Education and Welfare
- DSM - Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders (Manual de Diagnósticos e Estatísticas de Transtornos Mentais)
- CID 10 - Classificação Internacional de Doenças – 10ª edição
- FDA - Food and Drug Administration
- OMS - Organização Mundial de Saúde
- RDC - Research Diagnostic Criteria
- CPA - Centro de Pesquisas Audiológicas
- HRAC/USP - Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo
- LIBRAS - Língua Brasileira de Sinais
- TDA/H - Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDA/H)

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	10
INTRODUÇÃO	13
1 INFÂNCIA NA PSICANÁLISE	18
2 INFÂNCIA NA CONTEMPORANEIDADE	25
2.1 Contemporaneidade	25
2.2 Infância	30
3 TRANSTORNO DE DÉFICT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE – HISTÓRICO E REPERCUSSÕES ATUAIS	34
3.1 Histórico	34
3.2 A Psiquiatria e a Indústria Farmacêutica	38
3.3 O DSM III	40
3.4 O Composto Metilfenidato	44
3.5 Questões Atuais	45
4 METODOLOGIA	49
4.1 Pesquisa e Psicanálise	49
4.2 Objetivo	51
4.3 Os Participantes Desejados	51
4.4 A Busca por uma Escola	52
4.5 Enfim a Escola	53
4.6 Os Participantes da Pesquisa	54
4.7 As Entrevistas	55
4.8 O Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema	56
4.9 Narrativas Psicanalíticas	58
5 A VIVÊNCIA DE NOSSOS ENCONTROS	60
5.1 Entrevista com a mãe de Júlio	60
5.2 O Encontro com Júlio	63
5.3 Amizade	65

5.4 Conversando a Respeito da Estória	65
5.5 O que Busca Júlio com a Amizade... ..	66
5.6 Entrevista com a Mãe de Sofia	71
5.7 O Encontro com Sofia	74
5.8 Um Passeio Maravilhoso	76
5.9 Conversando a Respeito da Estória	76
5.10 Nossas Descobertas durante o Passeio... ..	78
CONSIDERAÇÕES FINAIS	87
REFERÊNCIAS	90
ANEXO	98

APRESENTAÇÃO

Caminhante, são teus rastos o caminho, e nada mais;
caminhante, não há caminho, faz-se caminho ao andar .
Ao andar faz-se caminho, e ao olhar-se para trás vê-se
a senda que jamais se há de voltar a pisar.
Caminhante, não há caminho, somente sulcos no mar.

(Antônio Machado)

Apresento¹ aqui indagações, percepções, dúvidas muitas dúvidas, que me conduziram até o presente trabalho. Há muito me encontro com o tema Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade e as respostas mais freqüentes só faziam aumentar minhas inquietações.

Durante a graduação, na Universidade do Sagrado Coração (Bauru-SP), em uma pesquisa envolvendo 19 escolas públicas e privadas de ensino fundamental, da cidade de Bauru, percebi o quão disseminado era o entendimento de alunos enquadrados com o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDA/H) que se fazia presente entre os professores. Em algumas escolas, a entrega dos protocolos de pesquisa ao professor era feita em frente a sua sala de aula. Ao receber a instrução de que se tratava de uma pesquisa sobre TDA/H, e que os protocolos estavam disponíveis para que fossem preenchidos, caso julgassem ter algum aluno com este transtorno, a palavra hiperatividade desencadeava (muito provavelmente apenas para nós) espantosas reações²: “– *Esse aqui, olha só não pára, é hiperativo! Não me dá sossego um minuto. Vocês não são estudantes de Psicologia, não querem levar para tratar?*”.

Por diversas ocasiões, essa fala do professor vinha acompanhada no gesto de apontar diretamente para o aluno /ou alunos “classificados”, que se encontravam no interior da sala de aula.

Dos 228 protocolos entregues pelos professores destas 19 instituições, caso o diagnóstico fosse fechado com base na visão dos professores, teríamos: 28% de TDA (tipo

¹ O leitor perceberá o uso de uma linguagem mais coloquial, que foge ao formalismo científico. Busco desta maneira, minha implicação pessoal no modo de problematizar o objeto de estudo, pois parto de uma concepção psicanalítica em pesquisa, entendendo como indissociáveis as vivências do pesquisador no processo de investigação. Como ilustra Herrmann (2004, p. 15): “[...] outro aspecto comum à pesquisa psicanalítica, é pesquisar algo de nós mesmos, do próprio pesquisador, questões, enigmas [...]”.

² Para diferenciar os relatos do restante do texto, estes se encontram com a fonte de tamanho menor, em itálico e com recuo de parágrafo à esquerda.

desatento), 18% de TDA/H (tipo hiperativo), e 18% de TDA/H (desatento/hiperativo), perfazendo um total de 64% de todas as 228 crianças “analisadas” por seus professores.

No curso de Especialização em Psicologia Clínica, no Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo (HRAC/USP Bauru), mais especificamente no Centro de Pesquisas Audiológicas (CPA) que trata de crianças e adolescentes com deficiência auditiva, pude atender variados casos de crianças e adolescentes com dificuldades auditivas de moderadas a severas, diagnosticadas com TDA/H e medicadas em decorrência deste quadro. Geralmente, ao relatarmos este fato, as mães afirmavam: – *E ele é mesmo hiperativo, é muito agitado!*

Com esse recorrente contato nas posições de pesquisadora e terapeuta no CPA (interagindo, escutando as crianças e adolescentes nestes encontros), me deparei com questões instigantes: É possível não se agitar na medida em que existe muito a ser dito e poucos que poderão compreender? Se mesmo usando da palavra, o entendimento é falho, podendo nos mobilizar angústias, como seria a comunicação sem palavras? O uso do corpo como maneira de se expressar pareceria agitação àqueles que fazem mais o uso da palavra? Medica-se o quê afinal, a expressão? Consideramos aqui crianças, em sua grande maioria, sem o recurso da linguagem de sinais (LIBRAS) como forma de se comunicar.

Em meio a estas indagações, em meu consultório particular, se apresentaram os pais de um menino de 5 anos, procurando psicoterapia para a criança, pois um neuropediatra havia fechado seu diagnóstico de TDA/H e prescrito a medicação Ritalina (Metilfenidato). As entrevistas posteriores com os pais me fizeram perceber que estes não haviam recebido informações suficientes a respeito da substância indicada. Esse caso em particular se traduz, para mim, como uma espécie de emblema da condição de muitas das crianças “aprisionadas” nesse popular transtorno.

A criança em destaque iniciou psicoterapia de orientação psicanalítica e no decorrer de uma determinada sessão, verbaliza: “– *Hoje tomei remédio*”. Após ser indagada sobre o porquê, responde: “– *Tomo este remédio quando estou doído*”. Em outro momento afirma: “– *Hoje tomei remédio, estou cansado e com sono*”. Após esclarecimentos, os pais, mesmo sem o consentimento do neuropediatra responsável, suspenderam a medicação (que havia sido ministrada durante duas semanas, aproximadamente).

Depois de algum tempo e algumas visitas da criança ao neuropediatra, os pais demonstraram preocupação quanto à suspensão do medicamento, repetiram o que segundo eles era a fala do médico: “– *Se não for com a medicação, não tenho como ajudar mais o filho de vocês. Se fosse meu filho, eu daria esta medicação*”. O médico prescreveu outro medicamento à base de fluoxetina. Com a aceitação dos pais, a criança passou a tomar 9 gotas diárias.

Numa sessão subsequente, ao brincar com seu boneco como se este fosse um ladrão de jóias, a criança retira da caixa de brinquedos uma seringa, e afirma que ela era a arma do ladrão. Apontando para a seringa, avisa: “– *Quando chegar no 1, tudo estará acabado*” [se pensarmos em uma seringa de 5ml, chegar ao 1, é ter injetado, praticamente, todo o seu conteúdo]. Ao receber a pergunta sobre o que estaria acabado, responde prontamente: “– *O meu mundo, e o seu mundo*”.

Mas o que é isso, tão poderoso, capaz de destruir nosso mundo? A criança, então, responde: “– *É uma bomba*”.

Pergunto sobre como seria uma bomba em uma seringa e ela explica: “– *É que é uma bomba remédio*”. Seguindo com sua brincadeira, acaba aplicando a injeção na parede, que naquele instante era uma pessoa chamada *Jane*. Questiono o que aconteceu com *Jane* e a criança responde rapidamente: “– *Ela morreu, e agora vou aplicar em todo mundo!*”. Admirada, pergunto o que iria acontecer depois que ele aplicasse a injeção em todos. Sem hesitar, afirma: “– *Eles vão me obedecer, todos vão me obedecer!*”.

Os atendimentos com esta criança e as questões que ela me confiou, descritos aqui sob a forma de breves vinhetas clínicas, constituem parte essencial do meu caminho e, portanto, direcionou a presente pesquisa. Não se trata de um trabalho baseado em um caso clínico, trata-se de um caso clínico que enseja, mobiliza um trabalho. Justamente por não se tratar de um caso clínico, as vinhetas colocadas não receberam por ora, interpretações, falam por si só, e a criança que nos fala mostra-se clara.

A dissertação que se segue procura refletir diferentes questões a respeito dos sintomas de agitação, dificuldades de concentração e impulsividade das crianças atuais, e as experiências anteriormente relatadas conduziram direta e indiretamente os caminhos trilhados para as reflexões que virão neste percurso. Muitos lutos e conquistas se deram, discussões não inclusas, o tempo instantâneo da modernidade líquida que afeta a todos nós e a academia com seus prazos preestabelecidos, o encontro e o diálogo com *Júlio* e *Sofia* suas histórias e estórias, o encontro com a teoria psicanalítica, com outros autores e o contato com inúmeras pessoas... Certamente, cada encontro e contato compõem também este trabalho. Mas de todos os contatos e encontros provavelmente o mais duradouro e mobilizador – de angústias e alegrias – seja o contato que temos com nós mesmos.

Cristina Reis (2004, p. 415) relata lindamente: “Escrever é trocar. É poder transitar entre o dentro e o fora, ir e vir. Penetrar a interioridade”. E por isso não é possível manter-se em uma posição neutra em relação ao que se escreve, uma vez que escrever já é tomar uma posição. Desejo que o leitor, em sua posição, possa concordar, discordar e, sobretudo, pensar nestas questões.

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, profissionais que trabalham com crianças e adolescentes em diferentes áreas das Ciências da Saúde e da Educação observam um fenômeno que podemos considerar alarmante, estamos nos referindo ao abuso de tratamentos com psicofarmacos para a população infanto-juvenil, entre os quais se encontra o famoso Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, nomenclatura que se refere a uma suposta desordem neurológica.

Neuropediatras mais sensatos criticam as classificações que se pretendem únicas, ou seja, partem de uma direta relação entre sintoma e quadro patológico, como a mais utilizada proposta pelo DSM IV, e ressaltam a causa não definida (do ponto de vista neurológico) para o transtorno e sua impossibilidade de averiguação por meio de marcadores biológicos (eletroencefalograma, exames laboratoriais, por imagens) que poderiam detectar adequadamente o quadro, contudo nenhum destes marcadores é capaz de afirmar sua existência (TALLIS, 2007). O que não impede a reprodução maciça de tratamentos centralizados em psicofarmacos, por outros profissionais.

Estamos diante da ponta do iceberg, que não se sustenta apenas da ciência, outros interesses movimentam este quadro. Provavelmente essas crianças e adolescentes teriam mais a ganhar se pudéssemos nos concentrar em seu sofrimento, em ouvi-los, ao invés de tentar enquadrá-los para, instantaneamente, diagnosticá-los e medicá-los. Mas, ao que tudo indica, a busca por formas ainda mais objetivas – que a lista de sintomas/comportamentos oferecida pelo DSM IV – continuará.

Nesse sentido, Amaral e Guerreiro (2001, p. 885) comentam que,

Por não existir uma bateria fixa de testes para a avaliação de crianças com TDA/H e pelo fato de que o roteiro do DSM IV comumente utilizado sofrer muitas críticas por ser subjetivo, pensou-se em contribuir para o diagnóstico com uma bateria de avaliação neuropsicológica mais objetiva, simples e de fácil acesso aos profissionais da área.

Mesmo sem uma causa biológica evidente – como almejam os estudiosos da área médica – e o diagnóstico ser baseado em uma lista de sintomas considerados após o descarte de outros transtornos descritos pelos sistemas classificatórios, neurologistas, pediatras e psiquiatras afirmam que “a terapêutica farmacológica do transtorno é considerada o tratamento de escolha, tendo sua eficácia se revelado superior a abordagens não farmacológicas.” (GUITMANN; MATTOS; GENES, 2001, p. 244).

O medicamento escolhido, na maioria dos casos, é o *metilfenidato* (*Ritalina*), um psicoestimulante, classificado, na convenção da ONU, como substância psicotrópica, mesma classificação dada, por exemplo, ao *dronabinol* (princípio alucinógeno da maconha). O *metilfenidato* é prescrito somente em receita de cor amarela³ (notificação A), por ser assim entendido como um forte indutor de dependência, embora as pesquisas e os profissionais que o receitam discordem.

Pastura e Mattos (2004, p. 6) salientam que esta dependência medicamentosa “[...] do uso de metilfenidato é um risco mais teórico do que prático. Geralmente, o paciente com TDAH consegue um bem estar muito grande ao utilizar a medicação, o que na verdade, é um estímulo para manter seu tratamento de forma adequada”.

Os autores afirmam, ainda, que em curto prazo são descritos 17 efeitos colaterais em decorrência do metilfenidato, entre eles: redução de apetite, dor abdominal, cefaléia, tontura e irritabilidade. De acordo com dados publicados pela revista *Época* em 4 de dezembro de 2006 (SEGATTO; PADILLA; FRUTUOSO, 2006) no ano de 2002 foram consumidas, no Brasil, 356.925 caixas de Ritalina, consumo que chegou ao número de 1.042.480 entre os meses de janeiro a outubro de 2006. O início da ação medicamentosa deste composto (Ritalina) se dá 30 minutos após o uso, com pico entre uma a duas horas. Por ter uma meia vida curta (duas a três horas), muitas crianças e adolescentes chegam a receber 3 doses diárias da medicação. Contudo, esta parece atingir seu objetivo, ao frear os comportamentos indesejáveis e facilitar os desejáveis.

Nesse sentido, Goldstein e Goldstein (1994, p. 212) observam que “O tratamento por medicamento produz melhoras sensíveis na capacidade de controlar a atenção e a concentração. A criança, então, presta atenção, responde ao professor e termina e entrega seus trabalhos. Pais e professores satisfazem-se e as notas melhoram”.

Atualmente, existe no mercado brasileiro o *Medilfenidato*, cujo nome comercial é “Concerta”, que apresenta maior tempo de duração, aproximadamente, 12 horas. Pesquisas internacionais, como a realizada pelo Serviço de Neurologia e Neurologia Pediátrica da Universidade François Rabelais de Tours (França), indicam a preferência de pais e professores por este medicamento, uma vez que sua eficácia persiste até o momento da execução do dever de casa (FAVREAU et al., 2006).

³ Existem três tipos de receituários para medicamentos com ação no Sistema Nervoso Central: o talonário *branco* – para medicamentos sem risco de causar dependência, entre eles antidepressivos e antipsicóticos; o talonário *azul* (notificação “B”), para medicamentos que potencialmente podem induzir à dependência, como os benzodiazepínicos; e, finalmente, a notificação “A”, ou talonário *amarelo*, para drogas com alto risco de induzir à dependência, como os anestésicos barbitúricos, os opióides e os derivados de anfetamina de uso psiquiátrico, o metilfenidato.

Em 2005, na França, uma edição do *Le Monde* (de 22 de novembro), calculava que entre 7.500 e 9.000 crianças haviam ingerido, naquele ano, as chamadas “pílulas para obedecer”. A matéria relacionava o aumento da prescrição deste tipo de medicamento no país, e alertava que no ano de 2000, estimava-se que 2.500 crianças tenham ingerido a medicação, o que demonstra o objetivo de se ter crianças obedientes por meio de receitas médicas (BRANDÃO, 2005).

Indiscutivelmente existem muitas questões a serem respondidas e formuladas a respeito do tema. É indispensável uma leitura mais crítica deste contexto no qual crianças e adolescentes são medicadas, e, muitas vezes, rotuladas como hiperativas, rótulo este que parece ter se tornado abrangente a qualquer tipo de agitação, mesmo que ela seja proveniente de angústias ou descontentamentos. Nota-se que as problematizações do contexto sócio-histórico dos indivíduos, dos processos educacionais, familiares e demais fatores qualitativos implicados na manifestação dos sintomas enquadrados como TDA/H, são veiculados como variáveis de menor impacto nos estudos desse fenômeno.

Não se interroga o surgimento e as relações do diagnóstico do TDA/H no mundo contemporâneo, ou seja, não existe uma preocupação em compreender o porquê do comportamento de crianças e adolescentes que se manifestam de forma diferente. Ao contrário, estes passam a ser considerados e rotulados como portadores de um “transtorno”, uma “doença”.

O modelo médico, ao definir o comportamento como sintoma de uma doença, não estaria neutralizando e/ou ignorando questões sociais e subjetivas? Nesta mesma esteira de discussão Fernandez (2001, p. 214) questiona:

Não será que essas crianças e esses jovens nos falam, com seus gestos, de uma sociedade, de algumas instituições de saúde, de algumas escolas e de algumas famílias que sofrem de um grave *transtorno por déficit atencional* para suas crianças, seus anciãos, seus jovens, seus adultos? Não será necessário atendê-los e atender-nos em lugar de medicá-los e medicar-nos?

A medicina, em sua prática ao longo dos anos, se apropriou tanto das formas de sanar e adoecer, como também das formas de viver e morrer. O discurso médico higienista inclui as mais diferentes práticas, saberes e profissões, ligadas, de uma maneira ou de outra, ao campo da saúde.

Tais formas de repressão sobre os corpos e as subjetividades funcionam como dispositivos que condenam ao desaparecimento um dizer, um saber, um ver (FOUCAULT, 1988).

O que não é regulado para a geração ou por ela transfigurado não possui eira nem beira, nem lei. Nem verbo também. É ao mesmo tempo expulso, negado e reduzido ao silêncio. Não somente não existe, como não deve existir e à menor manifestação fa-lo-ão desaparecer – sejam atos ou palavras. (FOUCAULT, 1988, p. 10).

Que escuta há para estas crianças diagnosticadas e medicadas em decorrência do TDA/H? As condutas usualmente adotadas não se portariam como possibilitadoras e legitimadoras do silêncio, situando os diagnosticados no espaço dos “sem-vozes”?

Encontramos diversos estudos psicológicos que ilustram a prevalência do discurso hegemônico médico em relação às práticas medicamentosas nos transtornos infantis, tal qual, de modo emblemático, descrevem Souza e Ingberman (2000, p. 27): “O critério médico deve prevalecer sobre pressões de pais e professores, embora estes possam contribuir para a decisão da medicação”.

A psicologia cientificista estaria, portanto, endossando o espírito intelectual contemporâneo? Ao desconsiderar muitas vezes a experiência subjetiva, na medida em que esta não se coloca como passível de mensuração (quantificação), e escapando desta possibilidade de precisão, é desconsiderada, em favor de um conjunto de sinais e sintomas que se pretendem imutáveis e passíveis de rigorosa avaliação?

Médicos recomendam,

Em relação às intervenções psicossociais centradas na criança ou no adolescente, a modalidade psicoterápica mais estudada e com maior evidência científica de eficácia para os sintomas centrais do transtorno [...], bem como para o manejo de sintomas comportamentais comumente associados [...] é a cognitivo comportamental, especialmente os tratamentos comportamentais. (ROHDE; HALPERN, 2004, p. 68).

Birman (2003) nos lembra que as transformações ocorridas na psicopatologia e na psiquiatria clínica, nas últimas décadas – dentre as quais estriam a pretensão de ter um fundamento biológico evidenciado pelas neurociências, que buscam de forma incessante construir uma leitura do psiquismo apenas com base biológica –, acarretaram mudanças terapêuticas imediatas:

[...] a medicação psicofarmacológica pretende ser a modalidade essencial de intervenção psiquiátrica. Em consequência disso, a psicoterapia tende a ser eliminada do dispositivo psiquiátrico, transformando-se num instrumento totalmente secundário face à intervenção psicofarmacológica (BIRMAN, 2003, p.182).

Qual o impacto desta medicação na vida psíquica de uma criança? Que significado ela dá a esta medicação? Fernández (2001) destaca,

Não se trata de substituir a medicação por outra, nem sequer denunciar isoladamente a supermedicação na infância. Precisamos analisar o tipo de pensamento, o modo de pensar que aceita como válidos os argumentos em que se fundamentam aqueles que determinam a suposta existência de um tal transtorno chamado ADD ou ADHD. (FERNÁNDEZ, 2001, p. 205).

Diante de todas estas questões, nos perguntamos: Qual é a vivência da criança frente a um diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade? Como significar esta condição, este olhar dos demais em relação a ela? O presente trabalho é uma tentativa de buscar a voz desta criança, que significados conscientes e inconscientes ela atribui aos sintomas e à medicação que utiliza. Para tanto, recorreremos a entrevistas com seus pais, bem como ao procedimento de Desenhos-Estórias com Temas (AIELLO-VAISBERG, 1997), com aquelas que apresentam diagnósticos médicos estabelecidos para Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, e que, em decorrência, fazem o uso de medicação.

Apoiados pela teoria psicanalítica, mais especificamente a estruturada por Melanie Klein, narraremos nossos encontros com estas crianças (Júlio de 8 anos e Sofia de 10 anos), com suas mães. As reflexões que antecederam os nossos encontros com estas crianças, estão dispostas em três capítulos anteriores, o primeiro que se refere à Infância na Psicanálise, posteriormente, falamos da Infância na Contemporaneidade, o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade seus aspectos históricos e repercussões atuais e Percursos Metodológicos.

Devemos esclarecer que este trabalho, ao questionar o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, não está negando a existência de sintomas de agitação, impulsividade ou dificuldades de concentração, mas entende que o diagnóstico de TDAH, é uma sigla vazia, pois busca unificar a causa de uma grande variedade e intensidade de comportamentos a uma questão orgânica e seu tratamento por meio da farmacologia, assim, reduz-se toda a complexidade da vida psíquica infantil em estruturação a um paradigma simplificador e biologizante. Um diagnóstico regido pela instantaneidade, sem levar em consideração as produções da criança em uma entrevista diagnóstica, revistas de forma abrangente e interdisciplinar, não pode ser tratado enquanto tal.

1 INFÂNCIA NA PSICANÁLISE

Os estudos do historiador Ariès (1981), a respeito da concepção de infância na Europa entre a Idade Média e o século XX, permitem-nos considerar que o sentimento da infância só surge a partir do século XVII, ou seja, a infância assim como a entendemos hoje, como uma fase importante do desenvolvimento humano, não existia.

Diferentes fatores contribuíram para a não diferenciação da infância com o mundo adulto, entre eles o alto índice de mortalidade infantil e a rápida adesão ao mundo adulto. Sabe-se que logo que a criança desenvolvia alguma desenvoltura, por volta dos seus cinco ou seis anos de vida, passava a compartilhar da vida com os adultos. Durante o século XVII, no entanto, a criança começa a ganhar outras representações, a partir de mudanças introduzidas pelos moralistas e educadores da época que se puseram a criticar a forma como as crianças eram criadas, as amas-de-leite eram utilizadas por todas as camadas da sociedade como prática corrente na educação da época.

De acordo com Ariés (1981), o surgimento da escola para substituir esta educação informal, criticada e responsabilizada pelo alto índice de mortalidade infantil e o desenvolvimento de personalidades desajustadas, bem como o surgimento da família moderna, onde a criança passa a ter um espaço e afeições necessárias, serão as grandes responsáveis pelo surgimento da criança escolar e de um ideal social de normatização.

As ciências médicas e da educação começam a produzir conhecimentos, para melhor compreensão do desenvolvimento infantil. A psicanálise surgirá neste momento, em que as atenções da família estão voltadas para a criança, e sua educação torna-se preocupação constante.

Em 1896, Freud fala pela primeira vez da psicanálise como um método terapêutico próprio, quando descobriu a associação livre e abandonou a hipnose e a sugestão. Em 1909, descreve o caso de um menino de cinco anos com sintomas fóbicos (Hans), Freud acompanhou o caso por meio de cartas trocadas com o pai do menino e esteve com Hans apenas uma vez, mas este caso foi de especial importância para a psicanálise de crianças, criada posteriormente. Naquele momento, o caso serviu para comprovar as hipóteses freudianas a respeito da sexualidade infantil, postuladas alguns anos antes nos “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade” (FREUD, 1905/1996).

Nestas correspondências trocadas com o pai de Hans, Freud desenvolveu o que hoje se denomina supervisão, pois o psicanalista conduzia o pai nas interpretações oferecidas a Hans, que aos poucos teve explicitações e esclarecimentos para os seus aspectos conflitantes e temores, levando ao desaparecimento da fobia por cavalos. Para Freud, o caso teve especial importância por confirmar suas afirmações feitas até então, a respeito, da sexualidade infantil e do Complexo de Édipo. Freud não considerava a análise de crianças possível, para ele o pai era a pessoa mais indicada para analisar o pequeno Hans. Segundo Freud (1909/1990, p. 15),

Só porque a autoridade de um pai e a de um médico se uniram numa só pessoa, e porque nela se combinava o carinho afetuoso com o interesse científico, é que se pode neste único exemplo, aplicar o método em uma utilização para a qual ele próprio não teria prestado, fossem as coisas diferentes.

Posteriormente, em 1913, Sándor Ferenczi publica um artigo a respeito de Arpard, um menino de aproximadamente cinco anos que durante seu período de férias começa a apresentar um comportamento bastante diferente do habitual. O menino passava o dia observando o galinheiro e produzia grunhidos semelhantes a cacarejos, mesmo com o fim do período de férias, Arpard permanecia com especial interesse pelas aves, e repetia constantemente a brincadeira de produzir moldes de papel em formato de galos e galinhas e, em seguida, cortava-lhes o pescoço. O menino também manifestava um medo excessivo de galos. Embora Hans e Arpard tivessem em comum a fobia por animais, e em decorrência de uma ansiedade de castração, em ambos os casos os pais ameaçaram cortar lhes as genitálias na tentativa de inibir as manipulações, contudo, “[...] as diferenças não tardaram a surgir, a docilidade e cooperação de Hans, que se esforçava em produzir associações que seriam relatadas ao professor, como se referia a Freud, são substituídas, em Arpard, por um comportamento mais agressivo e hostil” (ABRÃO, 2001, p. 40).

Embora o caso do pequeno Hans tenha aumentado a esperança de se aplicar o método analítico a crianças de pouca idade, ele não poderia servir como um exemplo clínico, já que o tratamento fora realizado pelo pai de Hans, quando os analistas tentaram aplicar o método psicanalítico com crianças, esbarraram na impossibilidade de conseguir da criança a livre associação de idéias, essencial dentro do método psicanalítico.

Uma das primeiras tentativas de se adaptar a técnica para o atendimento de crianças partiu de Hug-Hellmuth, em 1921, que observou jogos de seus pacientes em seu próprio ambiente, entretanto, a autora não deixou uma sistematização detalhada de seu método (ABERASTURY, 1992). Posteriormente, em 1937, Shophie Morgenstern escreveu um livro a

respeito de seu trabalho com crianças na clínica Heuyer, na França, no qual privilegiou o uso dos desenhos, devido à sua experiência com um menino de 10 anos, afetado pelo mutismo. O sucesso obtido com este paciente, permitindo que recobrasse a fala, levou Morgenstern a utilizar o desenho como substituto da associação livre dos adultos, este método constituiu-se em uma contribuição valiosa no campo da análise infantil, pois o material de desenhos é ainda hoje um dos mais importantes a serem utilizados (ABERASTURY, 1992; FERRO, 1995).

Os livros que iriam permitir uma sistematização da técnica psicanalítica com crianças foram os de Anna Freud (1927) e Melanie Klein (1932). A primeira, fiel às concepções freudianas, considerava necessário um período de preparação para a análise, valorizando-se a utilização do sonho, das fantasias diurnas e dos desenhos, e limitava a utilização do jogo, considerando que não haveria possibilidade de transferência⁴ com as crianças, pois estas ainda estavam ligadas aos seus progenitores. O período preparatório para aceitarem a análise, era compreendido por Anna Freud como a manutenção continuada de uma situação positiva, assim, situações negativas seriam resolvidas de forma não analítica, mas pedagógica. Posteriormente, esta fase preparatória é deixada de lado, mas a atitude pedagógica do analista deveria ser constante, uma vez que o superego se formaria lentamente, e poderia ser influenciado durante a latência e a pré-puberdade devido à situação de dependência da criança, assim, a influência pedagógica do analista, poderia modificar este superego. A técnica inicial de Anna Freud não valorizava o brinquedo, preferia a utilização de desenhos e a associação sobre o sonho da criança.

Enquanto que para Anna Freud o trabalho com crianças se aproximava mais de um trabalho de feição pedagógica e preventiva, para Melanie Klein o atendimento de crianças muito pequenas, exigia modificações técnicas, mas em sua concepção não diferia do tratamento psicanalítico de adultos. Em 1932, Klein publica seu primeiro livro, “A Psicanálise de crianças”, no qual expõe os fundamentos técnicos da análise infantil mediante o brincar, e aborda as ansiedades precoces e seus efeitos no desenvolvimento – em excesso, essas ansiedades bloqueiam o desenvolvimento tanto emocional quanto cognitivo, mas sua ausência em contrapartida não permitiria o crescimento psíquico.

Em 1935, Klein escreve o seu primeiro texto realmente ousado e totalmente inovador, “Uma contribuição para a Psicogênese dos estados maníaco-depressivos”. Em 1940, ela escreve “O luto e suas relações com os estados maníaco-depressivos”, em 1934, Melanie

⁴ Para Freud a transferência seria a reedição atual das relações importantes no passado infantil, desta forma, Anna Freud argumentava que a criança não estava pronta para novas edições de suas relações amorosas, porque os pais – objetos originais – ainda existem como objetos na realidade.

havia perdido seu filho Hans em um acidente, a morte do filho afetou-a profundamente, foi na elaboração desta perda que a autora escreveu o referido texto, cujos temas da perda e da melancolia ingressavam em sua teorização (CINTRA; FIGUEIREDO, 2004).

As propostas trazidas por Klein não eram apreciadas por Freud e Anna Freud, e a partir da década de 1940, quando Freud se refugiou da perseguição nazista, em Londres, a Sociedade Britânica de Psicanálise se dividiu em dois blocos: de um lado, os adeptos da teoria Melanie Klein, que aos poucos conquistava admiradores; e do outro lado os defensores do freudismo clássico. Alguns psicanalistas importantes, posteriormente, formaram um terceiro grupo – grupo independente –, e entre seus membros destacam-se Winnicott, Balint e Fairbairn entre outros, tratava-se de um grupo mais aberto a discussões.

A teoria de Melanie Klein, inicialmente (1919-1927), estivera bastante próxima das concepções de Freud e Abraham⁵, embora já se apontassem algumas pequenas divergências, em relação ao desenvolvimento do superego e à contribuição que a agressividade e as angústias possuíam na constituição do quadro clínico e relação psicanalítica. Nos anos posteriores Klein publica teorias mais sistematizadas e com maior originalidade (SIMON, 1986).

Klein iniciou suas observações clínicas em 1920, sua primeira intervenção psicanalítica se deu com o filho Erich, que passou a apresentar grandes dificuldades de aprendizagem. Klein entrou em contato com a psicanálise em 1914, já com 32 anos, nesta fase, lê o texto de Freud sobre sonhos e inicia a sua primeira análise com Ferenczi, importante seguidor das teorias freudianas, Ferenczi será o grande incentivador de Klein em seus primeiros estudos psicanalíticos.

Em 1918, Klein participa do 5º Congresso Internacional de Psicanálise em Budapeste, onde escuta Freud ler um texto sobre os avanços da terapia psicanalítica. Em 1921, se muda para Berlim e frequenta um centro de formação psicanalítica. No ano seguinte, com 40 anos, ingressa como membro-associado na Sociedade Psicanalítica de Berlim. Até seu falecimento, em 1960, Klein não parou de produzir, fazendo observações clínicas originais, criando conceitos e teorias e propondo avanços nas técnicas de psicanálise (FIGUEIREDO; CINTRA, 2008, p. 30).

Klein é a grande responsável pela formulação plena de um modelo de análise infantil. Sua técnica introduziu o entendimento simbólico contido nos brinquedos, assim como o

⁵ Um dos primeiros e mais importantes seguidores de Freud, fundou a Associação Psicanalítica de Berlim (1910), e em (1924) foi eleito presidente da Associação Psicanalítica Internacional (IPA). Melanie Klein foi paciente de Abraham a análise durou um curto período, pois foi interrompida precocemente com a morte de Abraham em 1925.

material proveniente dos sonhos. Além de uma estruturação de psicanálise para crianças. A teoria de Klein acerca dos mecanismos arcaicos do desenvolvimento emocional primitivo possibilitou a análise com psicóticos e com pacientes muito regressivos em geral. Esta possibilidade de um trabalho com crianças e psicóticos, além de produzirem um grande desenvolvimento dentro da teoria psicanalítica,

[...] confluíram no sentido de tornar possível um aprofundamento cada vez maior da análise de pacientes “neuróticos”, permitindo desvelar as angustias de base, e no sentido de permitir uma extensão da aplicabilidade clínica da análise em paciente, e áreas de pacientes, que antes eram considerados inatingíveis. (FERRO, 1995, p.25).

Propomos, neste momento, um breve percurso por alguns conceitos que compõem a teoria kleiniana. A teoria tem seu enfoque teórico e sua prática clínica voltados para a fantasia, não se trata da fantasia entendida como devaneio e/ou imaginação. Fantasia, aqui, corresponde à forma pela qual as mais arcaicas experiências de prazer e desprazer, segurança, conforto, pavor são configuradas e registradas. Assim, a partir de seu nascimento, como explica Hanna Segal (1975), o bebê tem de lidar com o impacto da realidade, e a experiência do próprio nascimento será a primeira de sucessivas experiências de gratificação e frustração de seus desejos.

Essas experiências da realidade influenciarão, imediatamente, a fantasia inconsciente e, ao mesmo tempo, serão influenciadas por esta. Assim, a fantasia inconsciente influencia e altera a percepção e a interpretação da realidade, e vice-versa, a realidade influencia e altera a fantasia inconsciente. Será, portanto, por meio deste mecanismo de fantasias inconscientes que o bebê buscará algum sentido para os inúmeros estímulos, sensações e reações que atingem seu corpo (tanto de fora para dentro, quanto de dentro para fora), desde seu nascimento.

Klein compreende que a criança nasce com um ego rudimentar, e que desde seu nascimento terá que dar conta de forças antagônicas, ou seja, pulsão de vida e morte, este ego forma um mundo interno de figuras internalizadas, tais figuras interagem com os objetos reais pelo processo de projeção e introjeção. Klein acredita que até por volta do sexto mês de vida, o bebê não tem condições de se relacionar com a mãe, concebendo-a como um outro ser, separado dela, o que denomina como uma relação parcial de objeto. Mais tarde, porém, a criança é capaz de perceber a mãe como um ser independente dela, inicia-se então uma relação de objeto total.

O momento do desmame seria uma configuração mais nítida para a criança do objeto total, e é a partir do luto pelo objeto perdido que se inicia o reconhecimento da mãe como um

ser semelhante. Seria a partir deste reconhecimento da mãe, entre os seis e nove meses de idade, como alguém que tem suas próprias vontades independentemente das dos outros, instalando, então, uma situação triangular precoce (Complexo de Édipo). Assim, com a ausência da mãe (desmame) e a presença de um outro que não pode sanar as necessidades deste bebê mas ali se prontifica, faz com que a mãe possa ser desejada, ou seja, será neste momento, quando a mãe é reconhecida como outro e não mais como continuidade do corpo infantil que se instala a angústia da perda e a triangularidade edípica.

Gostaríamos de caracterizar, agora, as primeiras relações estabelecidas – relações parciais de objeto –, lembrando que a mãe é sentida como uma extensão do corpo do bebê seria uma parte a ser consumida ou rejeitada a partir de suas necessidades para que possa sobreviver. Mas, ao ser reconhecida como um ser independente deste bebê por ocasião do desmame, a criança passa a considerar a mãe, passa a temer pelo seu desaparecimento, surgem, desse modo, os primeiros sinais de preocupação e cuidado com o outro, as relações começam a ficar totais e o bebê passa a se identificar com a mãe. É somente a partir da sua identificação com a mãe que surge a culpa, e identificar-se com o objeto após tê-lo reconhecido enquanto outro, independente de si mesmo, e sentir-se então culpado dos ataques a ele dirigidos, coloca este ego arcaico em uma nova posição diante do objeto.

No início durante uma relação de objeto parcial, o bebê sente uma angústia persecutória em relação aos objetos, como ele projetou seu sadismo no objeto (mau) que o frustrará de diferentes formas por meio de fantasias inconscientes de morder, esfaquear e consumir tem medo sente-se perseguido pela ameaça de sofrer, por parte do objeto, os mesmos ataques que fantasiou contra ele, para lidar com estas angústias paranóides o ego do bebê irá utilizar diferentes mecanismos de defesa. A esta posição do ego com relação ao objeto, às angústias e às defesas mobilizadas denominou-se posição esquizoparanóide.

É somente quando se torna capaz de ver o objeto enquanto pessoa, que o ego passa a sentir a angústia depressiva. O bebê teme ter danificado a mãe, o objeto amado do qual é dependente, surgem os medos de que ela morra ou desapareça, durante estas angústias depressivas, as angústias paranóides não desaparecem, é preciso, então, lidar com as duas, o que traz um conjunto mais complexo de sentimentos ambivalentes, ou seja, a mistura do amor e do ódio, pois ao mesmo tempo que existe o desejo de incorporar e devorar por influência do sadismo, existe também o desejo de preservar e cuidar.

No decorrer dos primeiros cinco anos do seu desenvolvimento, a criança terá que lidar com alterações muito características entre posições esquizoparanóides e depressivas, na verdade, ao longo de toda a vida existe uma alternância entre estas posições, por isso, a

escolha do termo posição, essa alternância faz parte da saúde mental. Contudo, Klein chama a atenção para esta alternância ocorrida nos primeiros cinco anos da infância porque considera a elaboração da posição depressiva fundamental, ou seja, é preciso que ocorra a predominância da posição depressiva com relação à esquizoparanóide, para que o sujeito adquira a capacidade de amar e reparar. Para tanto, é fundamental a introjeção de um bom objeto, pois sem essa introjeção, sem este núcleo de confiança e esperança dentro de si, o indivíduo estará sempre sendo jogado para a posição esquizoparanóide.

Quando a criança (ou adulto) se identifica de forma mais completa com um objeto bom, os anseios libidinais aumentam; ela desenvolve amor e desejo vorazes de devorar este objeto, e o mecanismo de introjeção é reforçado. Além disso, ela se vê impelida a repetir constantemente a incorporação do objeto bom (i.e., a repetição do ato tem o objetivo de testar a realidade dos seus medos e refutá-los), em parte porque teme tê-lo perdido por causa de seu canibalismo e também porque tem medo dos perseguidores internalizados, precisando do objeto bom para ajuda – lá a combatê-los. Neste estágio mais do que nunca o ego é impelido pelo amor e pela necessidade de introjetar o objeto. (KLEIN, 1935/1996, p. 306).

Gostaríamos de ressaltar, para encerrar estas breves considerações a respeito da teoria de Melanie Klein, que se trata de uma teoria comprometida com a constituição psíquica, fiel à dimensão infantil presente em cada um de nós. E é esta dimensão infantil, como um modo determinado de funcionamento mental, que se presentifica no encontro com o outro, um outro capaz de ir ao seu encontro e recebê-lo em sua mente e em seu corpo e, em seguida dar-lhes alguma formulação e abrindo espaço para as simbolizações.

O estilo de Melanie Klein tenta dar conta das articulações entre o *infantil* e o psiquismo, seja o infantil da criança, seja o infantil do adolescente, seja o do adulto, seja da anciã, e isso implica transitar, mesmo sem qualquer aparente sofisticação teórica, pelos meandros das questões filosóficas relativas ao tempo, ao além tempo e ao sem tempo. (CINTRA; FIGUEIREDO, 2004, p. 55).

A pesquisa que segue parte destas concepções, de que o encontro com o outro é o encontro com suas constituições mais significativas, com seu mundo interno, suas fantasias e angústias. Desenho e Estória propiciam estas projeções e são, na verdade, as pontes necessárias para a comunicação deste mundo interno, o que nos implica em um compromisso ético em relação às produções, compromisso que esperamos se evidencie nas formulações e interpretações propostas.

2 INFÂNCIA NA CONTEMPORANEIDADE

2.1 Contemporaneidade

Diante do contexto atual, faz-se necessário delimitarmos o que seja contemporaneidade, ou seja, em que contexto estão imersas estas crianças (e suas famílias) com as quais nos encontramos, diagnosticadas e medicadas em decorrência do denominado Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. São muitas as teorias que caracterizam e denominam de diferentes maneiras esta sociedade: “sociedade do espetáculo” (DEBORD, 1997), “sociedade de risco” (BECK, 1992), “sociedade pós-industrial” (BELL, 1977), “pós-modernidade” (LYOTARD, 2002), “hipermodernidade” (LIPOVETSKY, 2004), “sociedade de consumo” (BAUDRILLARD, 2003) ou “modernidade líquida” (BAUMAN, 2001), definições que algumas vezes se contradizem, outras vezes se complementam.

Entre essas diferentes concepções estão as que intitulam o nosso tempo como modernidade, enquanto outras consideram como um tempo pós-moderno. Para os primeiros são tempos de nova estruturação da já conhecida modernidade, para os demais se trata de uma ruptura radical com o projeto da modernidade e, portanto o surgimento de novos caminhos nas sociedades do Ocidente. Ambas as concepções são, de fato, opiniões diferentes e opostas, mas cada qual, apesar de suas diferenças, sinaliza para o novo espaço social que se ordena.

Interessa-nos, aqui, a condição humana neste espaço, seja ele considerado moderno ou pós-moderno, e para nos lançarmos a este intuito, apoiar-nos-emos em algumas idéias de Zygmunt Bauman⁶, que nos traz em suas obras reflexões preciosas acerca do mundo que nos rodeia. Vale lembrar que, embora Bauman tenha utilizado o termo pós-modernidade em sua obra, entende esta como uma condição humana, e não como uma ruptura com o projeto da modernidade, ou seja, uma mudança social e cultural significativa o suficiente para falarmos em um novo período da história, o que para o autor se denominaria pós-modernismo; e

⁶ Sociólogo nascido em 1925 (Posnânia), de onde escapou, em 1939, com sua família, refugiando-se na Rússia, para evitar os horrores do holocausto. Após o término da segunda guerra mundial retorna e se forma na Universidade de Varsóvia, onde lecionou e constituiu sua família com a também socióloga Janin. Contudo, uma nova onda de anti-semitismo os forçou ao exílio, ficando três anos em Israel até que, em 1971, Bauman recebeu o convite para o cargo de chefe de departamento de sociologia na Universidade de Leeds – Inglaterra, onde permanece até hoje. Autor de renome internacional, Bauman é um dos líderes da chamada “sociologia humanista”, sua obra aumentou consideravelmente após sua aposentadoria, em 1990 (PALLARES-BURKE, 2004).

também para evitar essas possíveis confusões semânticas, o autor passa a falar em *modernidade líquida* (PALLARES-BURKE, 2004).

Este tempo no qual vivemos se alimenta e é alimentado por um contexto específico, o contexto da globalização. Por certo que poderíamos pensar que a globalização não é um fenômeno contemporâneo, de fato, suas origens são remotas, existem desde o momento em que os povos passaram a ter recursos para negociar além de suas fronteiras. No entanto, desde os anos 70, tanto o alcance quanto o ritmo desta junção global aumentaram vertiginosamente, surgiram novas tecnologias de comunicação (televisão, internet, celulares), de transportes (sistema aéreo), bem como acordos que minimizaram as restrições de comércio entre as nações, além disso, aceleraram-se os fluxos e os contatos comerciais entre os países. Assim, a característica desta época é o avanço tecnológico e sua correspondente centralização de capitais, tal centralização é tamanha que empresas privadas possuem poder de investimento maior do que muitos Estados. O Estado já não é mais o ordenador da economia, e muitas vezes torna-se até um empecilho à livre circulação de riquezas. Estas transformações fazem enorme diferença em praticamente todos os aspectos da sociedade, da cultura e da vida individual.

Se anteriormente a sociedade, dependia de produção e proteção para as fronteiras para prosperar, hoje depende essencialmente de consumidores. De acordo com Bauman (1999, p. 86-87), passamos de uma “sociedade de produtores” para uma “sociedade de consumidores”; o “crescimento global” depende do consumo, o que leva as indústrias atuais a funcionarem cada vez mais para a produção de atrações e tentações. Em sua obra “Globalização: conseqüências humanas”, Bauman (1999, p. 7) anuncia:

Este livro é uma tentativa de mostrar que no fenômeno da globalização há mais coisas do que o olho pode aprender, revelando raízes e conseqüências sociais do processo globaliza-dor, ele tentará dissipar um pouco da nevoa que cerca este termo que pretende trazer clareza à condição humana.

Bauman, em suas obras, discorre sobre temas amplos, variados, mas sempre voltados para a vida cotidiana, como bem aponta Pallares-Burke (2004, p. 1-2):

De um lado, não se encontram em suas obras abstrações ou análises e levantamentos estatísticos; de outro, são ali aproveitadas quaisquer idéias e abordagem que possam ajudá-lo na tarefa de compreender a complexidade e a diversidade da vida humana. Essa é uma das razões pelas quais Bauman tem muito a dizer para uma gama de leitores muito maior do que normalmente se espera de um trabalho de sociologia mais convencional, o que condiz com suas ambições de atingir um público de pessoas comuns “esforçando-se para ser humanas” num mundo mais e mais desumano. Como ele gosta de insistir, seu objetivo é mostrar a seus leitores que o mundo pode ser diferente e melhor do que é.

Assim, o autor parte das dimensões dos grandes negócios, das finanças, do comércio e do fluxo de informações, que compõe a chamada globalização atual, para esclarecer o impacto destas transformações para os diferentes segmentos da população. A passagem da *modernidade sólida* para uma *modernidade líquida*, como conceitua, acarretou profundas mudanças em todos os aspectos da vida humana. Por modernidade sólida entende-se a era fordista, o modelo fordista se apresenta como um ícone no período durante o qual o capital estava tão fixado ao solo quanto os trabalhadores que empregava, progresso era sinônimo de expansão territorial. Neste momento, o tempo mensurava a quantidade de trabalho, permaneciam, portanto: capital, administração e força de trabalho – juntos. Destes elementos, apenas o trabalho permaneceu no mesmo lugar: “[...] mas o lugar que ele imagina estar fixado de uma vez por todas perdeu sua solidez de outrora; buscando rochas, as âncoras encontram areias movediças” (BAUMAN, 2001, p. 70).

Hoje, o capital circula livremente, não está mais fixo, o que provoca uma profunda mudança na questão temporal, a escala de tempo utilizada é outra, o único tempo que pode atender a necessidade deste capital é o tempo instantâneo. E o espaço físico, antes precioso, perde seu valor estratégico, considerando-se que não há mais espaços privilegiados, na medida em que podemos atingir diferentes espaços, independente das distâncias, entre eles e em um mesmo período de tempo, basta usar a rede mundial de computadores e/ou a televisão. O poder se coloca agora nas mãos dos que possuem a capacidade de estar em “outro lugar” no menor intervalo de tempo. Com o capital livre, sem permanecer junto às estruturas das grandes fábricas, não há a necessidade de outrora se manter a força de trabalho fixa a estas estruturas; hoje, considera-se um risco administrar e supervisionar grandes equipes. A arte de administrar, atualmente, está em reduzir o tamanho, vender algumas unidades, enxugar, ou seja, forçar a mão-de-obra a mudar, sair do lugar. Pode parecer contraditório tal afirmação se pensarmos nas fusões, mas fusão e redução caminham juntas e se reforçam mutuamente, pois é a estratégia da fusão com a redução de mão-de-obra, que permite ao capital viajar livremente e rapidamente, em amplitudes globais. Assim, competir para sobreviver no emprego acaba por ser o destino de todos. Um trabalhador da modernidade sólida provavelmente construía sua carreira dentro de uma única empresa, hoje, quem inicia seu trabalho em uma determinada empresa, não terá a mínima idéia de onde vai encerrar sua vida profissional. Talvez, como sugeri Bauman (2001), não possamos mais utilizar o termo carreira, considerando que seu sentido aqui esteja muito próximo de construção e estabilidade.

Além de “carreiras” de trabalho em curto prazo, outras dimensões da vida humana estão permeadas pelo imediatismo, a durabilidade tão exaltada na modernidade sólida,

atualmente, se tornou um risco, fonte muitas vezes de angústia, como salienta Bauman (2004) em “Amor Líquido”. Segundo o autor, viver em uma sociedade na qual as possibilidades são infinitas muda radicalmente as modalidades de convívio humano, o indivíduo se vê em um dilema terrível: de um lado precisa do outro para sobreviver e de outro, tem medo de construir relacionamentos mais profundos, que o imobilizem num mundo em permanente movimento. “Todos nós estamos, a contragosto, por designo ou à revelia, em movimento. Estamos em movimento mesmo que fisicamente estejamos imóveis: a imobilidade não é uma opção realista num mundo em permanente mudança”⁷ (BAUMAN, 1999, p. 8).

Em uma sociedade organizada em torno do consumo, movimento indica descarte e substituição. A modernidade sólida envolvia seus membros enquanto produtores, assim, o consumo dizia respeito à satisfação de necessidades. Nesta modernidade líquida a necessidade há muito tempo foi substituída pelo desejo, sempre insaciável, uma vez que tem a si próprio como objeto, o qual após cumprir seu papel de formador de consumidores foi posto de lado, para entrar em cena um estimulante mais poderoso: o querer.

Comprar tornou-se espontâneo, envolvendo, portanto, o que ainda não foi desejado; consumimos principalmente o que nos é posto, apresentado. A redução do tempo, como veremos, é peça fundamental nesta engrenagem a movimentar o mercado. Ou seja, para que o consumidor compre descarte e volte a comprar, é essencial que ele não dedique muito de seu tempo a uma mercadoria, a “relação” entre consumidor e mercadoria não deve passar de satisfação imediata; considerando as inúmeras possibilidades recém lançadas, que já superam em tecnologias sua compra anterior, restam ao consumidor duas alternativas: uma nova compra ou bancar o sentimento de exclusão, não pertencimento.

A necessária redução de tempo é melhor alcançada se os consumidores não puderem prestar atenção ou concentrar o desejo por muito tempo em qualquer objeto; isto é, se forem impacientes, impetuosos, indóceis e, acima de tudo, facilmente instigáveis e também se facilmente perderem o interesse. A cultura da sociedade de consumo envolve sobretudo o esquecimento, não o aprendizado” (BAUMAN, 1999, p. 89-90).

Os meios de comunicação de massa contribuem imensamente para este ciclo de aquisições e descartes, especialmente a televisão; mas não são apenas produtos os comercializados pela mídia, o poder das imagens é tamanho sobre a imaginação popular, coletiva e individual que muitas vezes seus conteúdos são mais reais que a própria realidade.

⁷ Bauman também destaca, em suas reflexões, os efeitos radicalmente desiguais deste estar em movimento, na medida em que os que possuem condições financeiras tornam-se de fato globais, ao passo que desfavorecidos permanecem – sem outra opção – em uma “localidade” o que significaria, neste contexto, privação e degradação social.

É preciso ressaltar, no entanto, que a mídia não é a responsável de forma exclusiva pelas mudanças de valores da sociedade atual, todos os fatores descritos até aqui, mesmo que brevemente, podem nos fornecer alguma dimensão a respeito, as condições socioeconômicas favoráveis neste contexto histórico específico de uma sociedade capitalista que conduziu e oportunizou tamanho poder à mídia.

Nesse sentido, Bauman (2001, p. 99) considera que

A vida desejada tende a ser a vida “vista na TV”. A vida na telinha diminui e tira o charme da vida vivida: é a vida vivida que parece irreal, e continuará a parecer irreal enquanto não for remodelada na forma de imagens que possam aparecer na tela. (Para completar a realidade de nossa própria vida, precisamos passá-la para vídeo-tape – essa coisa confortavelmente apagável, sempre pronta para a substituição de velhas gravações pelas novas).

Ao analisar a contemporaneidade, Bauman a denomina de modernidade líquida, o faz em referência à dimensão temporal e é para esta dimensão que deveremos estar atentos se pretendemos compreender os novos modos de ser e de viver na sociedade. Quando falamos em líquidos, nos lembra Bauman (2001, p. 8), o tempo faz toda a diferença:

[...] é que os líquidos, diferentemente dos sólidos, não mantêm sua forma com facilidade. Os fluidos, por assim dizer, não fixam o espaço nem prendem o tempo. Enquanto os sólidos têm dimensões espaciais claras, mas neutralizam o impacto e, portanto, diminuem a significação do tempo (resistem efetivamente a seu fluxo ou o tornam irrelevante), os fluidos não se achem muito a qualquer forma e estão constantemente prontos (e propensos) a mudá-la; assim, para eles o que conta é o tempo, mais do que o espaço que lhes toca a ocupar; espaço que, afinal, preenchem “apenas por um momento”. Em certo sentido, os sólidos suprimem o tempo; para os líquidos, ao contrário, o tempo é o que importa. Ao descrever os sólidos, podemos ignorar inteiramente o tempo; ao descrever fluidos, deixar o tempo de fora seria um grave erro.

Estamos em constante modificação, nossas instituições, quadros de referência, estilos de vida, crenças e convicções mudam, antes mesmo que tenhamos tempo para que estes novos costumes e hábitos sejam solidificados, ou internalizados, sendo assim, não existem perspectivas a longo prazo, as coisas tendem a permanecer em fluxo, voláteis e flexíveis. É preciso abrir espaços para outras possibilidades igualmente transitórias e que devem ser utilizadas instantaneamente, embora isso fique evidente com relação às mercadorias, como já ressaltamos anteriormente, não é exclusividade sua, nossa felicidade está subordinada à nossa competência pessoal, e para as muitas áreas em que precisamos ser mais competentes, para cada uma delas, existe algo para ser adquirido. A compulsão por comprar se tornou um vício, segundo Bauman (2001),

O arquétipo dessa corrida particular em que cada membro de uma sociedade de consumo está correndo (tudo numa sociedade de consumo é uma questão de escolha, exceto a compulsão da escolha – a compulsão que evolui até se tornar um vício e assim não é mais percebida como compulsão) é a atividade de comprar. (BAUMAN, 2001, p. 87).

Vivemos no tempo do instantâneo, das realizações, compras e satisfações imediatas e este é um tempo sem conseqüências, pois leva à exaustão e ao desaparecimento do interesse, assim começo e fim se perdem, e se convertem em momentos.

2.2 Infância

Porque aquilo que parece ser externo e econômico pulsa junto com as batidas do coração de uma mãe, que desde que amamenta seu filho procura ansiosamente por um jardim de infância onde possa executar rapidamente sua matrícula para que ele não seja ultrapassado na corrida que insensivelmente já participa.

Juan Vasen

Possivelmente a complexidade deste tema exigiria de nós reflexões profundas a respeito das infâncias que povoam nosso desigual mundo, infelizmente não serão possíveis, neste espaço e neste tempo, falaremos de alguns aspectos da infância nesta modernidade líquida que nos impõe um tempo acelerado como os movimentos dos capitais.

Quando construída pela modernidade (sólida), a Infância se formava a partir das instituições: família, escola e religião. Em nossa modernidade líquida quais são as instituições produtoras de subjetividade? James McNeal⁸ (apud JUAN VASEN, 2007) afirma que com a ajuda de comerciantes interessados é possível educar aqueles que eram considerados os agentes da socialização primária das crianças: seus pais. Em uma sociedade de consumo, a publicidade assume a tarefa de educar pais e filhos para que façam carreiras como consumidores.

⁸ Consultor com mais de dez livros publicados, proprietário da famosa empresa de consultoria McNeal&Kids, Youth Marketing Consultants, que possui como clientes as empresas: Walt Disney, M&M Mars, Coca Cola Foods e Nike. McNeal doutorou-se em Marketing e Psicologia pela Universidade do Texas e pós doutorado em comunicação infantil. Estuda o comportamento infantil enquanto consumidores há mais de 40 anos.

E enquanto consumidores são (somos) atingidos pelo excesso, pelo imediatismo, pelo fluxo constante de mercadorias a serem consumidas e devoradas em um ritmo hiperativo. A relação aqui estabelecida é uma relação parcial de objeto, buscando sempre a satisfação imediata e quando diante das frustrações dispõe de mecanismos de defesa radicais, que buscam o alívio imediato, como a negação, projeção e identificação projetiva. Tais mecanismos, de fato, produzem o alívio esperado, mas inibem a capacidade de conter e elaborar a realidade psíquica, outras capacidades egóicas essenciais ficarão prejudicadas, entre elas a capacidade simbólica. Nesta dinâmica, os objetos consumidos que visam à satisfação imediata são logo descartados, pois portavam características idealizadas, como se ao serem adquiridos viessem a gratificar plenamente, como não o fazem são rapidamente descartados.

Certamente quanto mais nas origens de seu processo de desenvolvimento psíquico estiver, mais será afetada por estes fenômenos e de forma significativa. Quando há um certo desenvolvimento psíquico, que possibilite ao indivíduo lidar com as experiências por meio de símbolos e de linguagem, ele terá mais condições de relacionar-se com estas experiências e não apenas reagir a elas. Para que possa se relacionar com estas experiências, é preciso um longo tempo de desenvolvimento, um tempo que possibilite à criança de formar um ego maduro, capaz de integrar sentimentos e também integrar o seu mundo interno com a realidade externa, o que implica diferenciá-los. A questão do tempo torna-se aqui essencial, é preciso tempo, o de uma infância inteira que ainda é muito pouco, para que possamos elaborar as perdas e ir ao encontro do outro: constituindo-se. A vida, inclusive o período da infância, nos impõe diferentes lutos, de sonhos, onipotências... Que para serem elaborados terão que ser refeitos, sentidos muitas outras vezes, pois, segundo Figueiredo e Cintra (2008, p. 52),

[...] a transitoriedade de tudo obriga, constantemente, a fazer o luto do momento presente para se ter acesso ao momento seguinte.

Melanie Klein é a teórica das perdas, do luto, da melancolia, não só como episódios contingentes e acidentais, mas como partes integrantes e indispensáveis da travessia existencial de cada um de nós. A saúde mental não significa escapar a este destino, e sim, ao contrário, assumi-lo.

A modernidade líquida, além de promover uma temporalidade cada vez mais veloz e mais distante deste tempo necessário para a constituição subjetiva, impossibilita perdas e conseqüentes lutos, elaborações, à medida que a relação estabelecida é apenas parcial, de consumo ou rejeição, em que as possibilidades de crescimento egóico ficam reduzidas. Assim, a capacidade de se relacionar com o mundo e não apenas consumi-lo implica em suportar frustrações e a partir delas ter a própria capacidade psíquica ampliada, as relações de

satisfação imediata fecham a subjetividade em si mesma, não há progressão no desenvolvimento, com isso muitas capacidades egóicas ficam prejudicadas entre elas a capacidade de simbolizar, uma vez que a progressiva aceitação das perdas é matéria-prima para a formação de símbolos, que tem como função maior substituir objetos perdidos ou afastados. As formas de sofrimento contemporâneo já sinalizam para esta crescente incapacidade simbólica, são sintomas que não sinalizam um conflito psíquico, mas uma falha na estruturação da subjetividade.

Para Birman (2006), o excesso estaria no fundamento do mal estar contemporâneo, pela ação, o psiquismo tenta se livrar do excesso. “A hiperatividade se impõe. Com efeito, age-se frequentemente sem que se pense naquilo a que se visa com a ação, de forma que os indivíduos nem sempre sabem dizer o que os leva a agir” (2006, p. 180). O movimento desorganizado deve ser considerado como um sinal, um indicativo de conflitos, e assim como a desatenção, em si mesmo são sintomas que nada explicam, pois são sintomas indicativos de uma estruturação psíquica falha, a procura de um outro que lhe sirva de sustentação, que lhe sirva de ego auxiliar, podendo lhe mostrar o que vem de dentro e o que vem de fora.

É por confundir interno e externo que muitas vezes uma criança pode não só não atender ao que o mundo pede, como também entrar em um curto-circuito de movimentos desorganizados. Este comportamento, por sua vez, facilitaria outro: o agir sem pensar (impulsividade). Eis aí todos os elementos para um diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. Mas se estamos pensando em termos de uma estruturação psíquica falha, com dificuldades para integração egóica, estas poderiam se dar em diferentes níveis, o que nos conduziria a uma importante questão: os comportamentos de agitação, desatenção e hiperatividade podem estar presentes em estruturas psicopatológicas diversas. Generalizar diferentes estruturações em uma categoria diagnóstica única pode ser, de fato, muito prejudicial, como nos alerta Gisele Untoiglich (2007, p. 30):

Se corre o risco, então, de passar despercebido certos quadros graves da infância, como uma depressão ou psicose – uma vez que aqui os sintomas que aparecem com maior frequência são hiperatividade e desatenção – e quando a estrutura chega a eclodir, provavelmente na adolescência, se terá perdido um tempo valioso onde tentaram modificar somente a condutas disruptivas, sem atender as múltiplas causas que produziam estes ditos comportamentos.

Sendo assim, um mesmo comportamento hiperativo, desatento ou impulsivo podem estar presentes por diferentes motivações: como descarga violenta, uma tentativa de expulsar às urgências: “[...] é uma motricidade desprovida de significados, mas com valor psíquico. Implica na impossibilidade de processar as exigências pulsionais” (JANIN, 2007, p. 76).

Um bebê recém-nascido depende de sua mãe e sua sensibilidade, para traduzir nomear suas sensações e sentimentos. Para tanto, a mãe precisa conter sua própria angústia, diante de um bebê que chora, grita e se move em demasia. Caso a mãe consiga conter suas angústias e confortar o seu bebê este terá condições de ir estabelecendo a distinção entre suas fantasias (seu mundo interno) da realidade externa, construindo vias alternativas para manifestar sensações e sentimentos que lhe tomam.

Como ficaria esta capacidade do adulto nos dias atuais? Seria possível traduzir nomear as inúmeras sensações e sentimentos de uma criança, se também são invadidos pelo excesso? Que atenção seria dispensada a esta criança? Em um tempo imediato, de soluções instantâneas, acreditamos imprescindível a pausa para este tipo de reflexão com relação à infância.

3 TRANSTORNO DE DÉFICT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE – HISTÓRICO E REPERCUSSÕES ATUAIS

3.1 Histórico

Data do ano de 1902 a primeira vez que condutas infantis, tais como agressividade, indisciplina, desatenção e impulsividade, ganharam descrição médica em jornal especializado. O pediatra George F. Still apresenta seus estudos com um grupo de 20 crianças, que apesar de criadas com bons cuidados parentais e ambiente externo satisfatório, apresentavam, além das condutas citadas acima, outros comportamentos como de não submissão às regras, voluntariedade e atitudes desafiadoras. Still também verificou algumas patologias como alcoolismo e depressão em alguns familiares destas crianças, enquanto que em outros membros da família, observou os mesmos comportamentos presentes nelas. Tais constatações levaram o pesquisador a formular uma hipótese patológica a respeito desses comportamentos, a qual denominou “defeito no controle moral”, herdado geneticamente de seus pais (BARKLEY, 2002).

Posteriormente, esta hipótese de uma causa biológica para estes comportamentos infantis ganha maior credibilidade com o que Holman, em 1922, denominou de “desordem pós-encefálica do comportamento”. Tanto a denominação quanto a suposição deste quadro patológico se originam de uma epidemia de encefalite ocorrida nos EUA entre os anos de 1917 e 1918.

Durante este período e nos dez anos seguintes, as crianças que sobreviveram à encefalite passaram a apresentar comportamentos hiperativos, perturbadores e impulsividade (LIMA, 2005).

No ano de 1918, um neurologista americano chamado Strauss tenta cunhar o termo “lesão cerebral mínima”, partindo do princípio de que distúrbios do comportamento e, com menor destaque os de aprendizagem, poderiam ser consequência de uma lesão, hipótese esta que, entretanto, naquele momento, não teve muita acolhida no meio científico (MOYSÉS; COLLARES, 1992).

Porém, em 1947, a expressão “lesão cerebral mínima” é consagrada por Strauss e Lehtinen, que partiam do mesmo conceito proposto em 1918, agora ampliado para os casos de

crianças que não passaram pela encefalite, mas que apresentavam comportamentos semelhantes aos dos sobreviventes. Alegava-se algum dano na estrutura cerebral responsável por tais comportamentos, somando-se a este dano, dificuldades de linguagem e aprendizagem (CYPEL, 2001).

No ano de 1957, o conceito de lesão cerebral mínima, ou síndrome hipercinética, ou ainda, hiperatividade, estrutura-se na medicina. Assim, ao se tornar um conceito nosológico (uma doença), passa a ser entidade clínica, passível de tratamento medicamentoso (SUCUPIRA, 1985).

Em 1962, no simpósio internacional, promovido pela Spastic Society, em Londres, pesquisadores que se detinham no estudo da “lesão cerebral mínima” apresentaram resultados semelhantes. Embora tivessem empregado todos os métodos de investigação disponíveis, inclusive estudos anatomopatológicos do cérebro de pessoas identificadas como portadoras da referida lesão, nada fora encontrado, ou seja, nenhuma lesão fora detectada. Diante destas dificuldades, propôs-se outra nomenclatura para o quadro patológico: Disfunção Cerebral Mínima – DCM (MOYSÉS; COLLARES, 1992; LIMA, 2005). Desse modo, a definição estabelecida pelo U.S. Department of Health, Education and Welfare (DHEW), em 1966, citada por Wender (1974, p. 107), informa:

O termo disfunção cerebral mínima refere-se a crianças com inteligência geral próxima da média, média ou superior à média, com distúrbios de aprendizagem e/ou de comportamento, que variam de grau leve a severo, associados a desvios de funcionamento do sistema nervoso central. Esses desvios manifestam-se por variadas combinações de déficits na percepção, conceituação, linguagem, memória e controle da atenção, dos impulsos ou da função motora. Essas anomalias podem ser decorrentes de variações genéticas, irregularidades bioquímicas, sofrimento perinatal, moléstias ou traumas sofridos durante os anos críticos para o desenvolvimento e maturação do sistema nervoso central ou de causas desconhecidas. A definição admite a possibilidade que privações severas precoces possam resultar em alterações permanentes no sistema nervoso central. Durante os anos escolares, uma variedade de incapacidades de aprendizagem constitui a mais importante manifestação do que é definido por disfunção cerebral mínima.

A partir dos anos 70, as pesquisas começaram a se deslocar da questão da hiperatividade, para as dificuldades de atenção e do controle dos impulsos. Barkley (2002) aponta a pesquisadora Virgínia Douglas, que identificou quatro déficits envolvidos na síndrome: na manutenção de atenção e esforço, na inibição do comportamento impulsivo, na modulação dos níveis de alerta e no adiamento de recompensas, acarretando uma inclinação para buscar reforço imediato. Essa descrição feita pela pesquisadora, aliada a outros trabalhos, foi fundamental para que, na terceira edição *Diagnostic and Statistic Manual of Mental*

Disorders (DSM III), em 1980, a entidade fosse renomeada para “Distúrbio de Déficit de Atenção (DDA)”. Essa mudança acarretou em uma abrangência do diagnóstico, pois possibilitou a inclusão de crianças sem nenhuma hiperatividade, mas que apresentavam dificuldades de concentração na execução de tarefas escolares, por exemplo. E os adultos também passaram a figurar entre os portadores deste transtorno (LIMA, 2005).

Em 1987, com a revisão do DSM III, a hiperatividade volta a ter destaque na denominação: “Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade”. A quarta edição, em 1994 – DSM IV – apresenta o transtorno tal como nos é definido atualmente; mantém a denominação do DSM III, mas especifica três subtipos, um predominantemente desatento, outro hiperativo/impulsivo e um combinado (desatento e hiperativo/impulsivo).

Embora atualmente existam nomenclaturas diferentes, os sistemas classificatórios modernos utilizados em psiquiatria (DSM IV e CID 10) apresentam mais similaridades do que diferenças nas diretrizes diagnósticas para o transtorno. O de uso mais frequente é o DSM IV, este possui uma lista de dezoito sintomas divididos em desatenção, hiperatividade e impulsividade; para que prevaleça um diagnóstico de transtornos do tipo desatento, por exemplo, seis ou mais sintomas devem estar presentes, em grau mal adaptativo e inconsistente com nível de desenvolvimento. Para o diagnóstico do tipo hiperativo, também seis ou mais sintomas de hiperatividade devem estar presentes; alguns destes sintomas de hiperatividade e impulsividade ou desatenção devem estar presentes antes dos sete anos de idade, não devem ocorrer exclusivamente no curso de um transtorno evasivo do desenvolvimento e não devem ser melhor explicados por outro transtorno mental, assim como precisam estar presentes em dois ou mais contextos, como, por exemplo, na escola (ou trabalho) e em casa.

Os sintomas descritos pelo DSM IV e, como já citamos, divididos em desatenção, impulsividade e hiperatividade, constituem:

Desatenção:

- a- frequentemente não presta atenção a detalhes ou comete erros por omissão em atividades escolares, de trabalho ou outras.
- b- com frequência, tem dificuldades para manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas.
- c- com frequência, parece não ouvir quando lhe dirigem a palavra.
- d- com frequência, não segue instruções e não termina seus deveres escolares, tarefas domésticas ou deveres profissionais (não devido a comportamento de oposição ou a incapacidade de compreender instruções).

- e- com freqüência, tem dificuldade para organizar tarefas e atividades.
- f- com freqüência, evita, demonstra ojeriza ou reluta em envolver-se em tarefas que exijam esforço mental constante (como tarefas escolares ou deveres de casa).
- g- com freqüência, perde coisas necessárias para tarefas e atividades (brinquedos, tarefas escolares, lápis, livros ou outros materiais, por exemplo).
- h- Com freqüência, é facilmente distraído por estímulos alheios à tarefa.
- i- com freqüência, apresenta esquecimento em atividades diárias.

Hiperatividade:

- a- freqüentemente agita as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira.
- b- freqüentemente abandona sua cadeira na sala de aula ou outras situações nas quais se espera que permaneça sentado.
- c- freqüentemente corre ou escala em demasia, em situações impróprias (em adolescentes e adultos, pode estar limitado a sensações subjetivas de inquietação).
- d- com freqüência, tem dificuldade para brincar ou se envolver silenciosamente em atividades de lazer.
- e- está freqüentemente “a mil” ou muitas vezes age como se estivesse “a todo o vapor”.
- f- freqüentemente fala em demasia.

Impulsividade

- a- freqüentemente dá respostas precipitadas antes que as perguntas terem [sic] sido completamente formuladas.
- b- com freqüência tem dificuldades para aguardar sua vez.
- c- freqüentemente interrompe ou se intromete em assuntos alheios (em conversas ou brincadeiras, por exemplo).

Ao longo destes anos, 1902 até 1994, ano da última descrição deste quadro diagnóstico, muitas mudanças aconteceram dentro da medicina e da psiquiatria. Sendo assim, consideramos indispensável destacar algumas destas transformações, por entendermos que exercem grande influência no histórico acima descrito.

3.2 A Psiquiatria e a Indústria Farmacêutica

Até meados do século XX, a psiquiatria esteve fundamentada na psicanálise. Mesmo com o desenvolvimento das primeiras substâncias farmacológicas, a hegemonia da psicanálise entre as décadas de 50 e 60 dentro da psiquiatria era notável. Seria praticamente inviável uma carreira de um psiquiatra americano – e algo semelhante ocorria no Brasil – se este não buscasse uma formação em psicanálise, por exemplo (RUSSO; VENÂNCIO, 2006). Este período caracterizou-se, portanto, pelo afastamento da psiquiatria do modelo médico.

Entretanto, como bem nos lembra Birman (2003), a psiquiatria permanecia em situação incômoda, pretendia ser uma especialidade médica, mas, olhando através da psicanálise para os males que acometiam os seres, não se enquadrava dentro de uma racionalidade médica: “Enfim, a psiquiatria era uma falsa medicina, uma pseudomedicina, já que não se fundamentava nos saberes que fundavam a medicina” (BIRMAN, 2003, p. 181). Esta situação, porém, começa a se transformar, de forma lenta e silenciosa, a princípio, mas logo ganha força: uma série de mudanças e acontecimentos transformaria radicalmente a clínica psiquiátrica e a medicina em geral, o que se daria, também, por meio da grande influência exercida pelo avanço da indústria farmacêutica.

Por muito tempo, a idéia de adoecimento, na medicina, esteve ligada à noção de desequilíbrio, ou desarmonia entre os humores (sangue, flegma, bílis negra e bílis amarela), e, nesse sentido, a terapêutica consistia essencialmente em tratamentos com sangrias, tônicos e purgantes (TRACZ, 2002). Assim, entendia-se que as doenças acometiam os organismos como um todo, concepção que vai sendo abandonada à medida que surgem estudos como autópsias, por exemplo, que identificam, pontualmente, lesões em apenas um órgão, e, finalmente, com o isolamento e o cultivo do bacilo da tuberculose, por Koch, em 1882. O modelo bacteriológico, com sua metodologia (teoria, demonstração e tratamento), opera mudanças dentro da medicina e, conseqüentemente, nas empresas produtoras de remédios. Segundo Aguiar (2004, p. 51-52),

O novo modelo de doença fez com que as empresas produtoras de remédios passassem a pesquisar tratamentos específicos para cada tipo de doença, o que ganhava novas possibilidades com o desenvolvimento da química orgânica, a partir dos anos 1860. Pela primeira vez, torna-se possível a produção de novos compostos, e não apenas a sua extração da natureza.

No começo do século XX, a Indústria Farmacêutica cresce rapidamente; e durante a década de 50, muitos medicamentos já haviam sido desenvolvidos: antibióticos, psicotrópicos e o primeiro medicamento antipsicótico – a clorpromazina – e, em 1957, o primeiro antidepressivo, o tricíclico (Imipramina). Nos EUA, os antidepressivos começam a ser receitados no início dos anos 60, o que ainda não abalaria a hegemonia da teoria psicanalítica dentro da psiquiatria, uma vez que a medicação era apenas coadjuvante no tratamento.

Com a instauração da indústria farmacêutica, se estrutura também o controle sobre a sua produção. Nos Estados Unidos, em 1938, o Congresso aprova a lei de Alimentos, Medicamentos e Cosméticos, que impedia a venda de produtos farmacêuticos antes que os mesmos fossem submetidos ao crivo da FDA (Food and Drug Administration), agência criada em 1930, inicialmente para regular apenas alimentos, mas que, em 1951, passa a ter poderes de decisão quanto a quais medicamentos estariam liberados apenas sob prescrição médica (até então, os remédios não eram controlados).

Em 1957, é lançado, na Alemanha, um composto chamado Cotergan, que se tratava de um tranqüilizante. Este era, aliás, o nome comercial da substância que, por seus efeitos desastrosos, se tornaria conhecida mundialmente, a talidomida. Os testes realizados certificaram que se tratava de um medicamento seguro e, assim, a talidomida foi logo prescrita para gestantes. Em 1961 já se conhecia os efeitos (defeitos congênitos) em consequência do uso do medicamento por gestantes, na Alemanha e Austrália. Apesar de a maior parte da população americana ter sido poupada destes efeitos – pesquisas estavam sendo desenvolvidas – estima-se que nove pessoas tenham sido vitimadas. Em 1962, surge a lei Kefauver-Harris, que conferiu à FDA maiores poderes; então, os prazos para a aprovação de um novo medicamento são ampliados e, de seus fabricantes, são exigidas provas tanto de “eficácia” quanto de “segurança” (BARROS, 2004).

Institucionalizam-se os testes por amostragens, como o chamado teste duplo cego, em que são criados dois grupos de pacientes com o mesmo diagnóstico e outras características semelhantes, que permitam a comparação entre si. Para um grupo, será ministrado o candidato a medicamento, para o outro grupo, um placebo, que terá mesma forma e cor do candidato a medicamento. Não é revelado nem aos pacientes, nem aos médicos que monitoram os efeitos do experimento, qual substância foi distribuída e a que grupo. Após determinado período, os resultados são quantificados, o candidato a medicamento será aprovado à medida que seus resultados se apresentarem mais eficazes do que os efeitos placebos, e suas reações adversas permitirem seu emprego com segurança (AGUIAR, 2004; BIGNONE; SERRATE; DIEZ, 2007).

As resoluções da FDA determinaram uma forma de funcionamento bastante peculiar da indústria farmacêutica: para comercializarem seus produtos, estes precisavam de aprovação nos ensaios clínicos e, por fim, após serem aprovados, freqüentemente necessitavam da prescrição médica, para que chegassem ao consumidor. Esta determinação de funcionamento traz reflexões importantes, como o posicionamento intermediário do médico, entre o produto e o consumidor, e as relações que este vai estabelecendo com a indústria farmacêutica:

As (indústrias) farmacêuticas gastam dezenas de bilhões de dólares para seduzir os médicos oferecendo viagens e convenções. E o pior, muitas vezes fazem isso fingindo que os estão educando. O resultado dessa convivência é que os médicos aprendem um estilo de medicina que se baseia em remédios. E mais: que remédios recém-lançados, normalmente mais caros, são melhores do que os antigos, ainda que não haja qualquer evidencia científica que sustente essa idéia. Os médicos estão aprendendo que para cada reclamação do paciente há um medicamento que soluciona o problema. (ANGELL, 2006, p. 15).

Anterior a esta relação, no entanto, se colocam questões como o diagnóstico, já que sem ele não seria possível selecionar indivíduos para os testes ou ensaios clínicos, imprescindíveis, como já pudemos notar, para a comercialização de medicamentos. E será o papel cada vez mais atuante dos remédios psicotrópicos que possibilitará, como veremos adiante, uma integração entre psiquiatria e medicina.

3.3 O DSM III

Os americanos estabeleceram sua primeira classificação psiquiátrica em 1840, mas somente em 1948, a Classificação Internacional de Doenças, na sua 6ª edição, apresentou uma seção para transtornos mentais. Nesta seção, não estavam presentes síndromes cerebrais crônicas e transtornos de personalidade, ausências que levaram a Associação Psiquiátrica Americana (APA) a elaborar a sua própria classificação, a ser usada nos Estados Unidos. Assim, em 1952, é publicada a primeira versão do Manual de Diagnósticos e Estatísticas de Transtornos Mentais - DSM I. Essa versão compreendia as doenças mentais como manifestações “psicossociais”, ou seja, como uma reação de cada indivíduo a problemas da sua vida e/ou situações difíceis. A palavra *reação* é proveniente da teoria de Adolf Mayer, em que a influência da psicanálise se torna evidente nos termos “mecanismos de defesa”, “neurose” e “conflito neurótico”.

Em 1968, enquanto a Organização Mundial de Saúde (OMS) estava lançando a 8ª revisão de sua Classificação Mundial de Doenças, a Associação Americana de Psiquiatria publica o DSM II, alegando que alguns transtornos existentes nos EUA não estavam presentes em outras sociedades e que, do mesmo modo, outros transtornos, presentes nesta nova edição da CID, eram desconhecidos pelos clínicos americanos. As mudanças entre o DSM I e esta segunda edição não foram tão significativas, embora as idéias de reação tenham sido abandonadas, assim como, uma concepção biopsicossocial de doença mental. Em ambas, a psiquiatria americana demonstrava a grande influência que recebia da teoria psicanalítica, uma vez que esta segunda edição enfatizava, por exemplo, mais os aspectos da personalidade individual para a compreensão do sofrimento psíquico e, em sua nomenclatura, o termo neurose foi a maior classe de perturbação.

Nestas duas edições do DSM, os diagnósticos não eram compreendidos de forma fechada, ou seja, quando tais sintomas equivalem à determinada doença ou síndrome, pelo contrário, não existiam limites demarcados entre diferentes síndromes, sintomas diferentes poderiam corresponder a uma mesma síndrome, ou vice-versa (RUSSO; VENÂNCIO, 2006). Este modelo de atuação, que se interessava mais em desvendar os sintomas e suas relações com a história de vida de cada paciente, se afastava cada vez mais da racionalidade médica, pois o diagnóstico não estava determinado, fechado, este seria uma “construção” feita pelo médico.

Essa “abertura” na possibilidade diagnóstica passa a ser amplamente criticada. Pesquisadores – entre eles, um grupo da Universidade de Washington – empenhavam-se em aumentar a confiabilidade dos critérios diagnósticos psiquiátricos. Durante a década de 70, inúmeros trabalhos publicados, dentre os quais o RDC (Research Diagnostic Criteria) financiado pelo National Institute of Mental Health, visavam sempre critérios objetivos e específicos para o diagnóstico de doenças mentais, sendo que a maior crítica oferecida aos manuais disponíveis era a de que eles eram vagos e imprecisos.

No ano de 1974, Robert Spitzer, um dos principais colaboradores do RDC, foi nomeado pela APA para coordenar a elaboração de um novo sistema de classificação diagnóstica, ou seja, uma nova edição do DSM: “Tendo a oportunidade de convidar aqueles que acreditava serem os maiores especialistas no assunto, Spitzer selecionou um grupo de profissionais mais comprometidos com a pesquisa do com a clínica” (BAYER; SPITZER apud AGUIAR, 2004). Deste grupo selecionado por ele, a maioria tinha ligação com a equipe da Universidade de Washington. A nova versão do DSM foi publicada em 1980 e representou uma ruptura radical com as classificações feitas até então.

O DSM III coloca uma nomenclatura única e, principalmente, uma única lógica classificatória; o manual passa a ser essencialmente descritivo e de posição atórica, ou seja, se antes nas versões I e II, em cada descrição haviam conceitos inferidos, sobretudo por clínicos psicanalíticos que possuíam concepções etiológicas para as perturbações mentais, nesta versão não se questionavam causas, agrupavam-se sintomas em determinados quadros diagnósticos. Além disso, neste momento, os quadros eram hierarquizados; por exemplo, um paciente diagnosticado como esquizofrênico a partir do DSM III não receberia simultaneamente o diagnóstico de transtorno de pânico, pois sendo a esquizofrenia um quadro mais grave que o pânico, prevaleceria o primeiro quadro (MATOS et al., 2005). Atualmente, são possíveis os dois diagnósticos para um mesmo paciente, ou até mais, o que ocorre através do que a psiquiatria moderna costuma denominar comorbidade.

Esta publicação do DSM, em 1980, é considerada, por vários aspectos, um marco pelos estudiosos, pelo fato de consolidar uma nova etapa da psiquiatria americana, que posteriormente, será referência para o mundo, possibilitando a veiculação dessas idéias em uma linguagem única e objetiva, padronizando os diagnósticos e, além disso, aumentando as categorias diagnósticas, que passaram de 180 para 295.

A hegemonia do modelo psicanalítico não fazia mais parte da psiquiatria americana. Embora os defensores da psicanálise argumentassem que a prática poderia validar resultados da psicanálise, a atual conjuntura não favorecia a prática psicanalítica, que oferecia tratamentos demasiadamente longos. Seguradoras de saúde e centros que financiavam pesquisas, diante de uma medicina cada vez mais instrumentalizada e objetiva em seus diagnósticos (a partir do século XIX a medicina passa a depender cada vez menos, da palavra de seu paciente, de suas descrições para estabelecer um diagnóstico), passaram a cobrar da psiquiatria resultados, maior confiabilidade e precisão em seus diagnósticos, e, com isso, restringiram consultas e fundos para a pesquisa em psiquiatria. Nos anos 60, as seguradoras de saúde reembolsavam os tratamentos psiquiátricos de forma integral, já em meados dos anos 70, essa situação se modificou, a cobertura estava restrita a 20 consultas ambulatoriais e 40 dias de hospitalização por ano.

O DSM III promoveu uma reviravolta no campo psiquiátrico, que se apresentou como uma salvação da profissão. Não se tratava apenas de disputas teóricas internas ou de progresso científico. Ele surge como efeito da presença cada vez maior de grandes corporações privadas no campo da psiquiatria, como a indústria farmacêutica e as grandes seguradoras de saúde. (AGUIAR, 2004, p. 42).

Os diagnósticos de quadros psiquiátricos não se estruturavam mais como uma construção, na qual o histórico de cada paciente seria o “guia” do médico, tampouco seus

sintomas seriam compreendidos como possíveis expressões de um conflito inconsciente, na medida em que estas experiências não poderiam ser quantificadas, mensuradas. A doença passa a ser entendida, em seus sinais e sintomas, como uma entidade nosológica que acomete o indivíduo, e as padronizações dos quadros diagnósticos, nesta estrutura, permitiriam que diferentes médicos chegassem a um mesmo diagnóstico. A psiquiatria se remedicaliza, ou seja, se aproxima da medicina somática. Essa tendência será incorporada, em 1992-1993, pela décima edição da Classificação Internacional de Doenças, a CID 10, uma vez que a publicação americana servira de modelo para o capítulo de doenças mentais da publicação feita pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

Nesse sentido, Rodrigues (2003, p. 14-15) destaca que,

Abandonar a singularidade humana em benefício da generalização não é, entretanto, um descuido do DSM III, mas, ao contrário, o seu próprio objetivo. Na verdade, o DSM III tem a sua força, exatamente, em função de abolir qualquer perspectiva singular a favor do genérico, daquilo que não pode ser visto em uma determinada pessoa em particular, mas, por ser geral, pode caracterizar-se como sintoma de “algo”, fazendo assim parte de uma síndrome.

O DSM III continuou a ser “atualizado” e, em 1987, a APA lança o DSM IIIR, que, de um modo geral, manteve os mesmos princípios da edição anterior, mas introduz uma novidade, o incentivo à execução simultânea de dois ou mais diagnósticos num mesmo paciente, assim se consolida em psiquiatria o conceito de comorbidade. Em 1994, a quarta edição do DSM é publicada com a ampliação nos números de quadros diagnósticos e o conceito de comorbidade se mantém. Destaca-se o abandono da expressão ‘transtorno mental orgânico’, no intuito de evitar a falsa assertiva de que outros transtornos mentais não teriam uma base biológica. Pois, o DSM IV “declara abertamente que pode servir como suporte educativo de utilidade nos ensinamentos de psicopatologia” (AGUIAR, 2004, p. 74). Ou seja, ele pode servir como um compêndio de psiquiatria e não apenas como um sistema de classificação. Para o psiquiatra carioca Jorge Alberto da Costa e Silva, que por um período de seis anos dirigiu a divisão de saúde mental, comportamentos e toxicomanias da Organização Mundial de Saúde (OMS); com tantos quadros diagnósticos, quase ninguém escaparia de um diagnóstico.

Há uma psiquiatrização ocorrendo na sociedade. Já existe quase 500 tipos descritos de transtorno mental e do comportamento. Com tantas descrições, quase ninguém escaparia de um diagnóstico de problemas mentais. Se o sujeito é tímido e você forçar um pouquinho ele pode ser enquadrado na categoria de fobia social. Se ele tem uma mania, leva um diagnóstico de transtorno obsessivo-compulsivo. Se a

criança está agitada na escola, podem achar que está tendo um transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. Coisas normais da vida estão sendo encaradas como patologias. Hoje em dia, se indivíduo não tomar cuidado e passar desavisado pela porta de um psiquiatra pode entrar numa categoria dessas e sair de lá com um diagnóstico e um tratamento na mão. Até eu, se não me cuidar, acabo me enquadrando em quatro ou cinco casos. Às vezes atendo clientes que saem chateados porque eu digo que eles não têm nada [...]. Houve um excesso de diagnósticos psiquiátricos. Essa variedade atende mais aos interesses e à saúde financeira das indústrias farmacêuticas que à saúde dos pacientes. (COSTA E SILVA, 2001, p. 14).

3.4 O Composto Metilfenidato

Neste ponto, talvez seja interessante, mais uma vez, voltarmos nosso olhar em direção ao Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. Sabe-se que, em 1937, Charles Bradley publicou um artigo – “The behavior of children receiving benzedrine” –, no qual relatou os resultados da administração de uma combinação de levo e dextroanfetamina a 30 crianças entre 5 e 14 anos, que apresentavam desde instabilidade emocional, até problemas de conduta, o que interferia no rendimento escolar. Segundo sua publicação, os resultados foram uma melhora acadêmica para a maioria das crianças e boa “resposta emocional”, pois se tornaram mais dóceis em suas relações sociais. Em 1950, Bradley repetiu sua experiência com 275 crianças e relatou melhoras entre 60 e 70% delas.

Porém, seus trabalhos permaneceram praticamente desconhecidos até meados dos anos 60, quando várias pesquisas clínicas com a Ritalina e o Dexedrine (ambos derivados anfetamínicos), sedimentaram os estimulantes como as drogas de eleição no tratamento do que posteriormente viria a ser chamado de TDA/H. (DILLER, 1998 apud LIMA, 2005, p. 98).

O metilfenidato, substância que dá origem ao medicamento vendido comercialmente como Ritalina, foi sintetizado em 1944, e sua estrutura é semelhante à da anfetamina. Este composto foi aprovado pela FDA, em 1961, para ser administrado em crianças com problemas comportamentais. Em 1970, estima-se que cerca de 150 mil crianças americanas fizeram uso da Ritalina. Em 1980, este número saltou de 270 mil para cerca de 540 mil crianças, chegando a 750 mil, em 1987. Entre os anos de 1990 e 1997, seu uso se elevou em 700%, o que levou o lucro das companhias farmacêuticas envolvidas em sua produção a sofrer um aumento superior a 500% (DILLER, 1998 apud LIMA, 2005).

3.5 Questões Atuais

Atualmente, o consumo desta substância (metilfenidato) tem extrapolado os diagnósticos de TDAH/H. Um estudo preliminar (DILLER, 2000) descobriu que um em cada cinco estudantes universitários, nos EUA, faz uso de Ritalina, Dexedrine⁹ ou Adderall, sem a devida supervisão médica. Esses medicamentos são geralmente obtidos a partir de alunos diagnosticados com TDAH e que, portanto, possuem prescrição médica para a substância.

Para o pediatra Lawrence Diller, estes estudantes estão descobrindo os benefícios que a substância pode lhes trazer, uma vez que ela melhora o desempenho de crianças e adultos, portadores de TDAH ou não. Diller acredita que existe um lugar para tais medicamentos, mas em um número limitado de crianças e adultos que estariam realmente comprometidos, pois, embora estes estimulantes estejam sendo usados há 60 anos, as incertezas em relação à sua eficácia a longo prazo persistem. Segundo o pediatra, a única coisa certa, é que as controvérsias sobre a Ritalina vão continuar: “Num futuro próximo, no entanto, duvido que estas perguntas e controvérsias sobre a Ritalina, atrasem o nosso apetite por essas drogas na performance de condução de América” (DILLER, 2000). No Brasil, já não são novidades os casos de estudantes e executivos que fazem uso de Ritalina (Novartis) e/ou Concerta (Janssen-Cilag) para se manterem acordados durante longas jornadas de estudo ou trabalho. Além destes usos, verifica-se o “recreacional” e o estético:

Alguns adolescentes trituram as drágeas e cheiram o pó. Outros diluem o comprimido em água, para injetá-lo na veia. Essas injeções, no entanto, podem causar complicações sérias. Pequenos pedaços da pílula podem obstruir vasos sanguíneos e levar a distúrbios pulmonares e cardiovasculares graves. Por último, há garotas que lançam mão do remédio para emagrecer – um dos efeitos colaterais da Ritalina, descrito na bula. (BUCHALLA, 2004, p. 68).

Contudo, o consumo por crianças diagnosticadas com TDAH também vem crescendo nos últimos anos. Em São José do Rio Preto, cidade do interior do Estado de São Paulo, o consumo de Ritalina triplicou, entre os meses de maio e agosto do ano de 2006, na rede municipal de saúde; de 4 mil comprimidos (mês), a demanda passou para 12 mil comprimidos (mês), o que acabou por alertar a Secretaria da Saúde do município, que, apreensiva com os

⁹ Ambos Dexedrine e Adderall são nomes comerciais para produtos cujo componente ativo é uma forma de anfetamina, são utilizados para tratar o TDAH, estes medicamentos não estão disponíveis para a venda no mercado brasileiro.

números e inspirada no exemplo desenvolvido pela Secretaria da Saúde da cidade de São Paulo, estuda rever critérios.

A Secretaria da Saúde da capital, com o objetivo de evitar o consumo exagerado, elaborou um protocolo com orientações sobre diagnóstico e tratamento do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade para os médicos que atuam na rede municipal. O coordenador de saúde mental de São Paulo, Kalil Duailibi, explica que a Ritalina fará parte da cesta básica de remédios do município e estará disponível nas unidades de referência até o fim do ano, “Mas fizemos o caminho oposto. Capacitamos as equipes de saúde para depois distribuir o remédio”, afirma. Além de São José do Rio Preto, Ribeirão Preto, também no interior do Estado, pretende implantar o programa da Secretaria da Saúde da capital, capacitando profissionais para o diagnóstico e, posteriormente, incluindo o medicamento na cesta básica de remédios do município (BRANDÃO, 2006).

No Estado de Minas Gerais, o assunto está sendo debatido em audiências na Assembléia Legislativa. Em 28 de junho de 2007, em audiência conjunta, as comissões de Saúde e Educação, Ciência, Tecnologia e Informática – juntamente com especialistas, representantes do Conselho Regional de Medicina e das Secretarias de Estado da Saúde e da Educação – discutiram políticas para o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. A deputada Ana Maria Resende (PSDB) iniciou a audiência com o que denominou de “mea culpa”, pois percebe que enquanto ocupou o cargo de orientadora pedagógica, esteve despreparada para detectar problemas como o TDA/H: “Fui incapaz de entender e analisar esses casos, e creio que ajudei a estigmatizar alunos com TDA/H” (ASSEMBLÉIA..., 2007, p. 1).

Para o psiquiatra Walter Camargos Jr., representante da Associação Brasileira de Neurologia e Psiquiatria Infantil (ABENEPI), entidade que reúne neurologistas e psiquiatras infantis, o TDA/H “é um transtorno ‘inocente’, mas funciona como ímã para outros problemas, como baixa estima, fracasso escolar, evasão ou repetição de ano, abuso de substâncias proibidas etc.” (ASSEMBLÉIA..., 2007). Segundo dados apresentados há, em Minas Gerais, 407 mil escolares com Déficit de Atenção, com ou sem Hiperatividade, e em graus variados de intensidade; deste modo, o transtorno atingiria 5,3% da população estudantil e 4% da população adulta.

Para Camargos Jr., seria mais barato se os medicamentos Ritalina (do Laboratório Novartis) e Concerta (do Laboratório Janssen-Cilag), cujo princípio ativo, metilfenidato, não tem patente, fossem fabricados pela Fundação Ezequiel Dias, uma vez que eles são o “tratamento de primeira linha” para pacientes com TDA/H e apresentam custos elevados: o

Ritalina 10 mg custa em torno de R\$ 90,00 por mês ao paciente; o de 40 mg custa R\$ 170,00; enquanto o Concerta 54 mg, apresenta valor em torno de R\$ 230,00.

Odilon Pereira de Andrade Neto, da Secretaria de Estado da Saúde, concorda que “seria mais barato, mais inteligente, mais justo prevenir o transtorno do que enfrentar as conseqüências”, e completa dizendo que, dentre os medicamentos de atenção básica, existem 43 itens, mas o governo de Minas acaba por fornecer 73, o que leva este governo a gastar, com remédios, 120 milhões por ano, contra 4 milhões do governo anterior. Ainda assim, Andrade Neto pondera para que o Ministério da Saúde homologue qualquer novo medicamento para distribuição pública: “A entrega não pode ser atitude voluntariosa nossa. Há procedimentos obrigatórios para organizar o processo, que consideram a complexidade do assunto, a escala, os interesses dos fornecedores. É preciso um rigor absoluto, publicar editais, passar pelo crivo da sociedade e dos notáveis”. (ASSEMBLÉIA..., 2007)

Já o deputado Ruy Muniz (DEM), considerou como “burocrática” a atitude de cautela da Secretaria de Estado da Saúde, exemplificada por Andrade Neto. Ele entende que a Assembléia Legislativa poderia contribuir para o esclarecimento do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, produzindo vídeos e veiculando entrevistas por meio da TV Assembléia. Este requerimento apresentado pelo deputado, foi aprovado.

Para o deputado Doutor Rinaldo (PSB), “os médicos só agora acordaram para o assunto tão importante”. O deputado incumbiu sua assessoria de preparar um projeto criando a Semana do Portador de TDAH, para que, anualmente, as escolas cuidem prioritariamente do assunto. Já a sugestão dada pelo deputado Carlin Moura (PC do B), é que primeiro os professores sejam treinados, podendo, assim, detectar o problema; e então, posteriormente, o aluno seja encaminhado para diagnóstico e tratamento: “Não vamos resolver esse problema só com bons sentimentos e intenções, mas com políticas públicas eficientes” (ASSEMBLÉIA..., 2007). O requerimento deste deputado foi aprovado pela Comissão, para a inclusão no Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado, programas de atendimento de TDA/H.

Em 18 de outubro de 2007, entrou em vigor a proposta de lei nº 1.704/2007, de autoria dos deputados Ana Maria Resende (PSDB), Carlin Moura (PC do B) e Doutor Rinaldo (PSB), instituindo a Semana de Conscientização sobre Transtornos de Aprendizagem, a ser comemorada na terceira semana de março, no âmbito do Estado de Minas Gerais. (ASSEMBLÉIA..., 2007).

Também na Argentina, o tema preocupa especialistas e profissionais de reconhecidas trajetórias vinculadas à saúde e à educação. Motivados a debater a questão, reuniram-se, em meados de 2007, em um congresso cujo tema era “Ninões desatentos e hiperactivos. La

patologización de la Infância”. Os participantes se posicionaram de acordo em firmar um “Consenso de especialistas da área da saúde e sobre o chamado Transtorno de Déficit de Atenção com ou sem Hiperatividade”, a fim de encaminhá-lo ao Congresso Nacional. Nesse documento, psicólogos, psicanalistas, neurologistas, psicopedagogos, entre outros profissionais, questionam o uso do metilfenidado e pedem que tais diagnósticos sejam revistos. No referido Congresso, o grupo lançou o livro *ADDH. Niños com déficit de atención e hiperactividad. Una patología de Mercado?* (JANIN, 2007).

4 METODOLOGIA

4.1 Pesquisa e Psicanálise

Toda pesquisa acadêmica terá obrigatoriamente que versar de forma clara e estruturada a respeito de seus pressupostos metodológicos, nos quais se incluem instrumentos utilizados, população pesquisada, método adotado para análise de resultados entre outros. Nesta estruturação podemos reconhecer traços de um tempo onde ciência era sinônimo de objetividade, neutralidade e racionalidade, posteriormente, estes princípios positivistas foram questionados, principalmente por aqueles ligados às Ciências Humanas, quanto à possibilidade de uma “observação pura”, por exemplo, com um observador neutro sem qualquer influência sobre seu objeto de pesquisa. Entretanto, esta pretensão é facilmente questionada, pois a própria teoria a ser testada já impregnaria a observação, uma vez que os próprios instrumentos adotados supõem teorias, como nos lembram Alves, Mazzoti e Gewandszajder (1998).

Além destes questionamentos propostos, em sua maioria, por filósofos, a Psicanálise inaugurada por Freud, traz como objeto de estudo o próprio psiquismo, mostrando que a relação estabelecida na metodologia positivista Sujeito-Objeto, na qual o sujeito pensava o mundo de forma objetiva e inerte, não era possível. A Psicanálise mostra um relacionamento íntimo em que praticamente Sujeito e Objeto criam-se mutuamente. A partir dos anos 70, o chamado “paradigma qualitativo” passa a ganhar força, pesquisas qualitativas já eram realizadas em diferentes áreas como a Antropologia, a Sociologia e a Psicologia, mas nesta época o seu uso se intensifica e se estende para áreas até então dominadas por abordagens quantitativas.

Por considerar o relacionamento Sujeito-Objeto, ou melhor, dizendo pesquisador-pesquisa, como uma construção e, portanto, único, a Psicanálise não poderia se inserir em outro paradigma que não o qualitativo. A pesquisa acadêmica psicanalítica caracteriza-se por um espaço intermediário entre o singular e o coletivo, neste campo qualitativo, escapando totalmente da objetividade do modelo quantitativo, e das generalizações de suas hipóteses.

Toda a pesquisa psicanalítica é qualitativa, ou seja, trabalha em profundidade em casos específicos. É o mergulho na sua singularidade que permite extrair deles tanto o que lhes pertence com exclusividade quanto o que compartilham com os outros do mesmo tipo: por isso o caso ganha um valor que se pode chamar de exemplar. (MEZAN, 2002, p. 380).

Provavelmente, ao citarmos Psicanálise, a tendência é ligarmos a imagem da terapêutica individual, a associação com uma sala contendo um divã é quase que instantânea, mas é preciso recordar que “mais de dois terços do que Freud publicou não eram descrições de análises” (HERRMANN, 2004, p. 61). Freud se dedicou a diversas formas de pesquisas psicanalíticas, desde seus sonhos, atos falhos, artes, etc. Em 1923, em “Dois verbetes de enciclopédia”, Freud (1923/1988, p. 287) apresenta a seguinte definição de Psicanálise:

1. De um procedimento para a investigação de processos mentais que, de outra forma, são praticamente inacessíveis. 2. De um método, baseado nessa investigação, para o tratamento de distúrbios neuróticos. 3. De uma série de concepções psicológicas adquiridas por esse meio e que se somam umas às outras para formarem progressivamente uma nova disciplina científica.

Assim, Freud aponta os três sentidos para o termo psicanálise, como um método de investigação, uma forma de tratamento e o nome do conhecimento que o método produz, ou seja, a própria teoria psicanalítica. Desta forma, a Psicanálise acumulou conhecimentos a respeito de seu objeto – o inconsciente –, obtidos sempre por alguma forma de pesquisa. Inserimo-nos no que Mezan (2002, p. 382), denominou como psicanálise extramuros:

[...] na categoria extramuros cabem diversos tipos de trabalho, todos eles tendo em comum a característica que apontei anteriormente: a elucidação do problema escolhido não visa diretamente a uma intervenção terapêutica. Variam os métodos de colher os dados – entrevistas, pesquisa em textos, descrição de um fato social ou cultural –, mas a partir de um certo ponto a tarefa do autor é idêntica em todos os casos: construir, com base em uma análise do material que ainda não é psicanalítica, mas formal, uma questão psicanalítica.”

Transformar o material que se tem em mãos, seja uma obra literária ou entrevistas e Desenho-Estórias com Tema, como é o nosso caso, em questões psicanalíticas é tomá-lo pelo avesso, e procurar destacar deste, outras redes de significados, o que para Fabio Herrmann (2004) se denominaria *análise de fotogramas*.

Os conceitos psicanalíticos, os de Freud, assim como os de todos os demais teóricos, só adquirem pleno sentido quando em movimento, como fotogramas que compõem um filme. Fazem sentido no curso de uma psicanálise, seja esta na clínica, padrão ou extensa, literária, cultural etc. – por simplicidade, prefiro reunir todas essas variantes

sob o título de *clínica extensa*, já que a aplicação do método interpretativo sempre tem uma dimensão de cura, mesmo quando não diz respeito à doença alguma. (HERRMANN, 2004, p. 48).

Entendemos, portanto, que a pesquisa psicanalítica parte do singular e tenta apreender as determinações desta singularidade, inclusive a do pesquisador, num espaço intersubjetivo, e mergulha na singularidade, como aponta Mezan (2002). O que impõe ao pesquisador outras questões, além das exigidas em uma pesquisa, como buscar o tempo, que muitas vezes não se tem, para permitir que os dados, as vivências dos encontros com os participantes sejam elaborados, retidos em nossa mente.

Nesse sentido, Silva (1993, p. 24) acrescenta que a mente do pesquisador

[...] deve suportar o acúmulo de estímulos e a ausência de significação. Ter paciência para esperar que o inconsciente faça seu trabalho e que a emergência do significado venha enfim aliviar a angústia do pesquisador e abençoá-lo com uma teoria provisória nascida de seu material de estudo.

4.2 Objetivo

O presente trabalho busca, através dos procedimentos adotados, a percepção da criança, o significado por ela atribuído para seus sintomas de agitação e para a medicação que ingere.

4.3 Os Participantes Desejados

Como já destacado na apresentação deste trabalho, o recorrente encontro da pesquisadora com tema Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, por meio de pesquisa de graduação e de posteriores encontros com crianças diagnosticadas e medicadas em decorrência deste transtorno, em especial um paciente atendido em clínica particular, mobilizaram questões a respeito dos sintomas de desatenção/agitação e o significado atribuído pela criança para a medicação.

Levando-se em conta que estas dificuldades são comumente apresentadas durante o período de alfabetização, optamos pela procura de crianças diagnosticadas e medicadas em decorrência deste transtorno, em escolas de ensino fundamental, presumindo que desta forma encontraríamos crianças recém diagnosticadas, ou seja, com seus sintomas em desenvolvimento.

Consideramos que a vantagem de se tomar o objeto de pesquisa em seu nascedouro é de poder analisar, com maior visibilidade, todo o impacto que gera nos pais e na própria criança.

4.4 A Busca por uma Escola

Procuramos, inicialmente, por escolas no município de Bauru (SP), cidade onde reside a pesquisadora. Nesta busca, entramos em contato com três escolas particulares; na primeira tentativa, conversamos pessoalmente com a coordenadora pedagógica que, verificando em seu cadastro de alunos, vislumbrou crianças possíveis participantes da pesquisa. Por sugestão da coordenadora pedagógica, esta entraria em contato com os pais e lhes enviaria o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 1). Em contato posterior, a mesma funcionária nos informou que os pais optaram por enviar o referido Termo às psicoterapeutas dos filhos.

Segundo a coordenadora, todas as profissionais teriam afirmado aos pais das crianças que não seria prudente “mexer nestas questões”; sendo assim, nossa primeira tentativa foi fracassada, ao que tudo indica, por oferecer algum risco. Não recebemos maiores informações que pudessem precisar qual seria este risco, uma vez que as falas dessas profissionais foram trazidas até nós por intermédio da coordenadora que respondeu de modo afirmativo quando questionada se todas as terapeutas haviam se expressado da mesma forma. Compreendemos, na ocasião, que o risco em questão tratava-se do incômodo que possivelmente todos sentiram diante do objetivo de nossa pesquisa, encontrar com crianças e lhes questionar mesmo que de forma indireta, como se sentiam com relação seus diagnósticos e medicamentos, possibilitar que contassem suas histórias/histórias, provavelmente “mexeu” com estas pessoas – escola (coordenadora), pais e profissionais de psicologia –, envolvidas e tão empenhadas em eliminar sintomas/comportamentos indesejáveis. Estas e as demais situações aqui descritas em relação às dificuldades em realizar a pesquisa “mexeram com a pesquisadora”, posteriormente, exemplificaremos as “conseqüências” destas angústias.

Em nossa segunda tentativa, procuramos agendar um encontro com a coordenadora pedagógica de outra instituição de ensino privado da cidade. Esta, após ter recebido, por telefone, os esclarecimentos, nos informa que seria possível encontrar em sua instituição crianças com este perfil. Ela, então, opta por procurar os pais e retornar, posteriormente, o contato por telefone com a pesquisadora, o que ocorreu alguns dias depois, sendo negativa a resposta de todos os pais.

Na terceira tentativa, nos deparamos com uma instituição que, a princípio, se mostrava sem nenhuma criança com diagnóstico de TDAH. A informação nos foi passada, via telefone, pela secretária da coordenadora pedagógica. Diante disso, um tanto supressos e até, por que não dizer, ingenuamente esperançosos de que fosse possível tal situação, propusemos um encontro com a coordenadora para falarmos desta, que considerávamos uma especial característica do colégio. Ante a nossa proposta, a secretária esclarece que, na verdade, havia crianças com este transtorno na instituição, mas com o número crescente de profissionais de psicologia que, após contato e, em posse desta informação, surgiam na escola para entregar cartões de visitas (no qual informavam serem especialistas no assunto – Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade), a mesma foi orientada pela profissional de psicologia do colégio a informar a todos os seus colegas de profissão que naquele local não havia crianças com este diagnóstico. Após receber tal informação, reafirmamos a intenção de apenas realizar uma pesquisa, e não de angariar pacientes para clínica particular. Enfim, conseguimos o contato com a coordenadora pedagógica do colégio e, por telefone, explicamos a respeito de nossa pesquisa. Quando pontuamos a necessidade de estar com a criança para entender posteriormente suas vivências frente o diagnóstico, fomos surpreendidos com a pergunta: “– *E para quê isto, por que saber como que a criança vivência?*”. Justificamos alegando que por essa razão mesmo, porque seria ela, a criança que vivência. A coordenadora fica, então, de entrar em contato com os pais e retornar a ligação, o que ocorre no mesmo dia, no período da tarde – nossa conversa havia acontecido no início da manhã – e sua resposta é de que os pais não aceitaram.

4.5 Enfim a Escola

Encontramos em outra cidade, Santa Cruz do Rio Pardo, região sul do Estado de São Paulo, a Escola para realizar a pesquisa. Contatamos o profissional de psicologia da

instituição, o qual se prontificou a verificar a possibilidade de realizarmos a pesquisa e, após localizar alunos com as características necessárias e adquirir consentimento da instituição para a realização da mesma, nos comunicou que seria possível desenvolvermos a pesquisa.

A Escola foi fundada em 2000, por uma cooperativa de pais, a Cooperativa Educacional de Santa Cruz do Rio Pardo. Trata-se de uma entidade não governamental e sem fins lucrativos: são atualmente cerca de 200 famílias, que rateiam as despesas educacionais e gerenciam o seu plano de ação. A instituição possui, atualmente, um número total de 289 alunos, distribuídos em cinco salas do ensino fundamental I, quatro salas de ensino fundamental II e três salas de ensino médio. O método de ensino é o sociointeracionista, e o material didático é composto por apostilas Pueri Domus e CTC, de Ciências (USP). O período de aulas é integral, tanto para o ensino fundamental, como para o médio, variando apenas o horário de início e término das aulas: os alunos do ensino fundamental (2º ao 5º ano) e ensino fundamental II (6º ao 9º ano) iniciam as aulas às 07h50min, e finalizam às 15h30min; às sextas-feiras, no período vespertino, não ocorrem aulas para estas turmas especificadas. Já o ensino médio, inicia as aulas às 7h e encerra às 16h30min. A escola serve almoço para alunos e funcionários, no período entre 12h15min e 13h15min, entretanto, há possibilidade do aluno fazer a refeição em sua residência. O colégio conta com um laboratório de informática, uma sala de multimídia, um laboratório de ciências, uma sala de artes e uma sala de línguas (desde o 2º ano do ensino fundamental I, os alunos possuem aulas de inglês e espanhol, inclusive de conversação).

4.6 Os Participantes da Pesquisa

A pesquisa contou com a participação de duas mães e seus respectivos filhos, a saber: Fátima, mãe de Júlio e Juliana, mãe de Sofia. Júlio tem 8 anos e cursa o terceiro ano do ensino fundamental I, foi diagnosticado e medicado a partir do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade desde seus três anos de idade, na ocasião da pesquisa, recebia a medicação Concerta, de 36mg durante a semana e 18mg nos finais de semana. Sofia tem 10 anos, e cursa o sexto ano do ensino fundamental II, na ocasião da entrevista, estava tomando Ritalina há 15 dias, três comprimidos diários, cuja administração de um destes ficava sob a responsabilidade

do Colégio, por meio de uma inspetora de aluno, que fornecia o medicamento enviado pela mãe. Esta aluna, também estava recebendo doses diárias de fluoxetina.

Embora o convite para participar da pesquisa tenha sido feito aos respectivos pai e mãe das crianças, somente as mães compareceram e ambas justificaram a ausência dos cônjuges como consequência de seus trabalhos.

4.7 As Entrevistas

Após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Paulista, Campus de Assis, solicitamos à coordenadora pedagógica, bem como ao psicólogo da instituição de ensino, que entrassem em contato com os pais das crianças diagnosticadas e medicadas em decorrência do TDAH. Dentre os alunos do ensino fundamental I e II da Instituição, encontravam-se quatro crianças com as características necessárias. Após entrevistas com as mães e os encontros com as crianças Júlio e Sofia, percebemos que já possuíamos um material suficiente para reflexões a respeito do tema, sendo assim não solicitamos as demais entrevistas para a escola.

A entrevista com os pais seguiu o modelo de uma entrevista semi-estruturada, norteada por questões abertas, formuladas como dispositivo da fala sobre temas preestabelecidos:

1. Quando tomaram conhecimento de que seu filho(a) apresentava algum tipo de problema?
2. Que providências encaminharam para tentar solucionar o problema que lhes foi apresentado?
3. Como foram informados pelo médico a respeito do diagnóstico e do tratamento. Como entenderam e reagiram a isto?
4. O que significa para vocês Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade?
5. Quais as principais mudanças que perceberam na maneira de ver seu filho?

Consideramos essas questões importantes por entendermos que elucidam a visão que estas pessoas trazem a respeito do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade; os caminhos percorridos até este diagnóstico, bem como a percepção que possuem de seus filhos e suas possíveis mudanças em decorrência do diagnóstico. Acreditamos que este aspecto seja muito importante, pois consideramos a família como parte do constituinte psíquico da criança.

Verificamos, nas entrevistas realizadas, que as mães iniciaram suas falas tratando desde o nascimento dos filhos e acabaram quase por contemplar as questões previamente estabelecidas por nós, sem que precisássemos recorrer às perguntas com frequência, fato que julgamos como um ganho, na medida em que favorecia a livre associação das entrevistas. Ou seja, as questões serviram como norteadores do conteúdo expresso e não como limitadores.

As entrevistas duraram cerca de uma hora cada e foram realizadas na escola; uma na sala de coordenação, e a outra, na sala dos professores. Os esclarecimentos foram oferecidos a essas participantes, as quais tomaram ciência do termo de consentimento livre e esclarecido em linguagem acessível, elaborado pela pesquisadora responsável, obedecendo aos requisitos estabelecidos pela Portaria 196/96 (Aspectos Éticos da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos) do Conselho Nacional de Saúde, o qual foi previamente assinado, tanto pela pesquisadora, como pelas mães antes do início da entrevista.

4.8 O Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema

O Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema foi desenvolvido por Aiello-Vaisberg (1997) a partir do Procedimento de Desenhos-Estórias de Walter Trinka. O procedimento de Trinka fora introduzido em 1972, como um meio de auxílio para o conhecimento da dinâmica psíquica, trata-se, portanto, de uma técnica de investigação clínica, composta de desenhos livres e do emprego do recurso de contar estórias, as quais são narradas a partir destes desenhos. Assim como outras técnicas de investigação clínica da personalidade, úteis ao diagnóstico psicológico, este procedimento caracteriza-se por:

[...] técnicas que não se prendem à fidedignidade, à sensibilidade e à padronização próprias dos testes psicológicos, mas geralmente possuem a capacidade de conduzir uma exploração ampla da personalidade e de pôr em relevo a dinâmica emocional dos processos inconscientes. (TRINCA, 1997, p. 11).

A fundamentação deste procedimento de Desenhos-Estórias encontra-se nas teorias e práticas da Psicanálise, das Técnicas Projetivas e da entrevista clínica (TRINCA, 1997). Sua estruturação, tal como proposta por Trinca, permitiriam a associações livres (para setores nos quais a personalidade seria emocionalmente mais sensível) a execução de uma situação incompleta dependente da autoria do sujeito, o que levaria a revelação de conflitos, perturbações; desenhos e fantasias aperceptivas são modos preferenciais de comunicação da criança e do adolescente, entre outros.

O Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema (AIELLO-VAISBERG, 1997), utilizados neste trabalho, se desenvolve como já dito, a partir do Procedimento de Desenhos-Estórias de Trinca, e sua aplicação, que pode ser feita individualmente ou de forma coletiva, consiste em solicitar um desenho temático para o participante, a quem são oferecidos os seguintes materiais: lápis de cor, lápis preto e folha sulfite branca. Após o término do desenho, pede-se para que o participante invente uma estória sobre o mesmo, o pesquisador, em caso de aplicação individual, então, toma nota da estória no verso da folha do desenho. Como ressalta Ribeiro (2008), a autora deste Procedimento não o compreende como projetivo, mas como apresentativo-expressivo, pois o compreende a partir de uma perspectiva transicional¹⁰. Trata-se de uma *forma sofisticada de brincar*; o paradigma não é mais do teste psicométrico, mas o da hora ludodiagnóstica e o jogo do rabisco¹¹.

De acordo com Aiello-Vaisberg (1997, p. 266) é preciso considerar o conceito de procedimento projetivo como:

[...] englobando tudo o que, a partir de uma forma sofisticada de brincar, propicie conhecimento a cerca da subjetividade, mediante o uso, pelo pesquisador, de métodos que subverta o acordo consensual dos significados cotidianos e que propicie emergência de novos sentidos.

Para a aplicação deste recurso, nesta pesquisa, solicitamos às crianças que desenhassem pessoas agitadas e, após o término do Desenho e da Estória, pedimos que colocassem um Título para a Estória; então, iniciamos uma conversa a respeito de ambas as produções da criança. Estes procedimentos foram adotados com o intuito de complementar

¹⁰ Expressão introduzida na psicanálise por Winnicott, “alude a uma das mais brilhantes e originais concepções, que dizem respeito aos fenômenos psíquicos que acompanham a transição que o bebê faz do mundo imaginário para o mundo da realidade” (ZIMERMAN, 2001, p. 419).

¹¹ Winnicott introduziu o jogo dos rabiscos para proceder a uma consulta terapêutica com a criança, o jogo começa com Winnicott fazendo um rabisco sobre um papel em branco, a criança era estimulada, a partir deste rabisco inicial, a fazer o seu. Na contemporaneidade, este jogo do rabisco adquiriu um significado especial na psicanálise, “[...] porque traduz o modelo de como deve decorrer uma análise vincular [...]” (ZIMERMAN, 2001, p. 234).

nossas posteriores associações. Trinca (1997) utiliza, após o Procedimento de Desenhos-Estórias, a fase que denominou de Inquérito, nos apoiamos nestas concepções do autor, para desenvolvermos nossas conversas a respeito das produções. Para o autor, a condução deste momento contém características que tanto se aproximam da entrevista clínica não-estruturada, quanto do relato dos sonhos.

4.9 Narrativas Psicanalíticas

As entrevistas com as mães e os encontros com Júlio e Sofia foram redigidos pela pesquisadora após esses encontros, a redação seguiu a associação livre de idéias, postura similar a um psicanalista em relação ao paciente, esta concepção parte da idéia de comunhão, do encontro de dois, momento em que as experiências são contadas, e também vividas. Granato e Aiello-Vaisberg (2004) usam a metáfora da revelação de uma fotografia para exemplificarem as narrativas psicanalíticas, assim entendem que o *click* o momento de captura da imagem se inicia na entrevista, mas este momento não é suficiente para revelarmos uma fotografia, para que tenhamos em mãos posteriormente a imagem capturada, é preciso revelá-la, isso se dá se nos trancarmos em uma câmara escura, qualquer luz neste momento prejudicaria a revelação, é preciso certo tempo imerso em substâncias para que o material comece a se transformar naquilo que se denomina de negativo, aí sim é preciso deixar a luz entrar, na analogia das autoras com a pesquisa psicanalítica:

[...] este parece ser aquele momento em que diante de nossos registros e estudos, deparamo-nos com movimentos alternados de claro-escuro, entre medo de nada encontrar e a esperança de que algo se revele. É importante lembrar que, também aqui, não se pode apressar o processo. (GRANATO; AIELLO-VAISBERG, 2004, p. 267).

Para que o negativo passe para um papel fotográfico e finalize-se o processo, é preciso acontecer a ampliação, a marca deixada no filme migra para o papel fotográfico, e o negativo, sob o foco de uma luz, é que fará a impressão no papel antes em branco, na verdade por um certo tempo ele ainda parece estar em branco, “mas sabemos que a fotografia lá está, ou pelo menos esperamos que esteja.” (GRANATO; AIELLO-VAISBERG, 2004, p. 267). Para que a imagem enfim se revele, é preciso permanecer em uma sala iluminada apenas por uma fraca luz vermelha, e três substâncias diferentes cada qual com sua função, na primeira

mergulha-se o papel e a imagem se revela, a segunda interrompe o processo de revelação para que não se exceda e, finalmente, a terceira substância que permitirá a fixação da imagem. Este terceiro momento de ampliação pode ser pensado como a construção da narrativa psicanalítica, momento em que a tela em branco é marcada pelas vivências dos encontros.

Sim, porque o texto se apresenta também ao seu autor somente após sua inscrição, ele se dá conhecer como uma revelação até para aquele que o escreve. À semelhança da substância reveladora, o psicanalista aqui se coloca como um veículo de expressão, marcando uma profunda diferença entre o seu trabalho e o do cientista que elabora o seu relatório, ou ainda o do jornalista que constrói sua notícia, interessados que estão no “retrato fiel” de uma realidade. E neste sentido, não é absurdo afirmar que a própria fotografia está longe de retratar aquilo que se apresentou diante do fotógrafo, ela nos diz muito mais a respeito do mundo daquele que está por trás da câmera, revelando-se no seu olhar. (GRANATO; AIELLO-VAISBERG, 2004, p. 268).

Com as revelações provenientes do texto que se escrevia, percebemos que o caminho até o *click* fora demasiadamente longo e cheio de obstáculos, alguns julgavam a fotografia que poderia se revelar, uma imagem perigosa, temida por impor aos observadores detalhes que deveriam ser ocultados. Consideravam um risco “mexer” no que estava devidamente calado, medicado. A influência deste percurso e as angústias que mobilizaram no pesquisador (fotógrafo), refletiram nas informações fornecidas às crianças com relação ao objetivo de seu pedido (desenhe uma criança agitada), a pesquisadora lhes explicou que estava realizando um estudo sobre desenhos e perguntou se eles poderiam ajudá-la realizando um para ela. Possivelmente, a idéia de risco e as experiências que vivenciara, ao perceber o incômodo que sua proposta de pesquisa havia causado em diferentes instituições, impediram a pesquisadora de revelar às crianças que se tratava de uma pesquisa que estudava desenhos de crianças agitadas e que tomavam remédios por causa desta agitação, temendo de fato oferecer algum risco a essas crianças. Acreditamos que esta situação não invalida os resultados da pesquisa, pois não impediu as revelações provenientes de um espaço que se caracteriza pelo contato com o outro, um espaço intersubjetivo.

O conteúdo das entrevistas com as mães e as produções gráficas das crianças, que forneceram a matéria viva para nossa narrativa, que após leituras, foram articulados essencialmente com a teoria da psicanalista Melanie Klein.

5 A VIVÊNCIA DE NOSSOS ENCONTROS

5.1 Entrevista com a mãe de Júlio¹²

Sou apresentada a Fátima – mãe de Júlio – pelo psicólogo do Colégio. Nos dirigimos até a sala da coordenação, nos acomodamos, o profissional de psicologia se retira e explico a Fátima a respeito da entrevista e notifico-a, também, que pediria a Júlio um desenho e uma estória, depois assinamos o Termo de Consentimento. Em seguida, pergunto a ela quando havia notado no filho algum comportamento hiperativo. Fátima, então, me diz que irá me contar desde o começo: fala que ao descobrir que estava grávida, desejou que fosse um menino, mas queria um menino “bem moleque mesmo”. E Júlio é um menino “bem moleque”, não pára; se está assistindo televisão, fica de ponta cabeça no sofá; quando joga videogame, vai se aproximando cada vez mais da tela, parece que vai entrar na televisão.

Mas a mãe, desde seu nascimento, o percebe nervoso e irritado, de tal forma, que sempre se questionou se aquelas seriam características “normais”, chegando a pensar que poderia se tratar de sintomas de alguma doença herdada, uma vez que ela própria, quando criança, recebera medicação – Gardenal – para o que denominou “crises nervosas”. Segundo Fátima, há, ainda, um tio paterno de Júlio que possui uma doença denominada disritmia. E foi pensando nestas questões, que, durante uma consulta com o pediatra do filho, pediu ao médico que requisitasse algum exame clínico para verificar suas preocupações. A reação do médico, diante de seu pedido, foi a de lhe afirmar que Júlio não teria nada de anormal, acreditava que ela estava procurando “pêlo em ovo”. Diante da negativa, Fátima insistiu e lhe comunicou que, caso não lhe fosse fornecido o pedido de exame, ela recorreria a outro profissional. O pediatra, então, lhe entregou um pedido de eletroencefalograma.

A mãe contou sobre os comportamentos agitados e nervosos de seu filho para o profissional de neurologia que realizou o exame. Este, ao atestar o resultado, fala de uma alteração no exame devido à agitação da criança, o que, em sua concepção, estaria se referindo a um quadro de hiperatividade. Com o resultado do exame em mãos, a mãe volta para o pediatra responsável pelo pedido, que concordando com o neurologista responsável, fecha o diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade.

¹² Trata-se de um nome fictício, como os demais, mas fora escolhido por seu significado – cheio de juventude.

Júlio estava, então, com três anos de idade e passou a tomar 5mg de Tegretol diariamente. A mãe relata que logo no primeiro dia de medicação a criança dormiu a noite toda, o que anteriormente não era comum. Fátima confessa que ao ver o filho dormir uma noite sem interrupções, chegava a colocar a mão sobre ele, para verificar se não estaria doente, com febre. Com o passar do tempo, a medicação não fazia mais diferença e a criança voltava a agir como antes. Ela diz que o remédio parecia água, não havia mais efeito. Ao comentar com uma profissional de psicologia que conhecia, a mãe recebeu a proposta de uma avaliação psicológica para seu filho. A psicóloga atestou o diagnóstico de TDA/H e encaminhou o caso para um neurologista.

Fátima, em seguida, levou o filho para o profissional indicado pela psicóloga, e este prescreveu Ritalina (metilfenidato). Concomitantemente ao tratamento com o remédio, a criança também iniciou sessões de psicoterapia com a mesma psicóloga que tinha executado a avaliação. Com a Ritalina, a mãe percebeu a criança mais agitada e relatou isso ao neurologista que prescreveu o medicamento; ele, então, aumentou a dose de meio comprimido para um comprimido inteiro por dia.

Atualmente, com oito anos e dois meses, Júlio faz uso do medicamento Concerta, em doses de 36mg diárias durante a semana, e 18mg diárias aos finais de semana. A mudança de medicação veio junto com a mudança de profissionais (neurologista e psicóloga), pois ao conversar com pessoas na mesma situação, a mãe recebeu a indicação de um neurologista em outra cidade e marcou uma consulta para Júlio com este profissional.

A mãe descreve, então, o encontro com este novo profissional. Segundo ela, ao adentrarem a sala do médico, seu filho se dirigiu a um lugar com vários brinquedos, enquanto ela se sentou e relatou para o profissional o diagnóstico de TDA/H, que seu filho já havia recebido de outro neurologista. Fátima lembra que, ao ouvir isso, o médico deu apenas uma olhada para a criança e complementou: “– *Percebi*”. A mãe acredita que o médico em questão estava tão acostumado a ver crianças hiperativas, que nem precisou olhar para seu filho para concordar com o diagnóstico e prescrever outra medicação (Concerta), que ele revelou ser a mais adequada para a criança.

A mãe relata as mudanças ocorridas com o filho depois do novo medicamento, pois quando fazia uso da Ritalina, a criança era agitada e impulsiva, chegando a ficar várias vezes sem poder participar do intervalo no Colégio. Júlio geralmente ficava sem o recreio, segundo a mãe, por revidar, de forma impulsiva e agressiva qualquer comportamento dos colegas de sala que o desagradasse. Atualmente, segundo informações que a mãe vem colhendo com os

inspetores de aluno, Júlio não revida mais o que lhe desagrada, ao contrário, vai chorando relatar aos inspetores o ocorrido. Deste modo, não perde mais os intervalos.

Dentre as características levantadas por Fátima sobre Júlio, o choro é algo que ela diz ser bastante característico em seu filho, pois ele chora, mesmo quando a briga não é diretamente com ele. Lembra que na comemoração do dia das Mães que ocorreu no colégio, viu o filho em um canto de cabeça baixa, foi até ele e o encontrou chorando; quando indagou o porquê, o filho lhe contou que o motivo era porque haviam brigado com o seu amigo. A mãe, então, quis que ele viesse sentar-se junto dela; Júlio disse que não poderia, pois havia dito a seu amigo (por quem chorava), que o esperaria ali.

Outra característica de Júlio, destacada pela mãe, diz respeito à sua criatividade. Ela conta que o filho sempre transforma os brinquedos e, para isso, usa muito tesoura, papel e durex. Segundo ela, há sempre durex em casa, pois sabe que ele irá pedir. Fátima relata, ainda, que quando a casa está em silêncio, consegue escutar o barulho do durex, e aproveita para ressaltar a inteligência de seu filho, considerando-o uma criança capaz e com facilidades de aprendizado.

Atualmente, a mãe acredita que o medicamento seja a opção mais acertada para o caso de Júlio, pois se preocupava muito com a sua sociabilidade, temia que ele não tivesse amigos. Ela lembra que o filho já estava se sentindo sozinho e rejeitado, dizia que seus amigos não queriam mais brincar com ele, ao passo que hoje o garoto não reclama mais. A mãe lembra que há poucos dias Júlio veio lhe contar a respeito de um amigo seu (José), dizendo que este estava fazendo tudo errado, pois as pessoas querem ser amigas dele, mas ele parece não querer, uma vez que fica mexendo com todo mundo. Júlio conta à mãe que não fazia mais isso, ou seja, mexer com todo mundo, o que ela comprovaria se perguntasse à professora. Recentemente, Júlio chegou a dizer a um amigo que este estava muito nervoso, sugerindo que ele tomasse um remédio para se acalmar. O amigo, interessado, perguntou a Júlio se funcionava mesmo; o menino disse que sim e que traria um comprimido para ele tomar.

Fátima ficou sabendo desta conversa quando Júlio lhe pediu um comprimido. Ela, então, esclareceu ao filho que medicamento é algo bastante sério e, sendo assim, ele não poderia fornecer comprimidos ao seu amigo. Caso este desejasse, explicou, era preciso pedir a sua mãe que procurasse por um médico, para que lhe fosse indicado um remédio. A mãe revela que disse ao filho, que este remédio (Concerta) era para ajudá-lo a ficar mais calmo.

O pai de Júlio, que não compareceu à entrevista por questões do trabalho, segundo informa a mãe, recentemente questionou a esposa sobre darem a medicação para o filho, se realmente seria o mais indicado. Ela conta que respondeu à indagação do marido, apoiando-se

na fala do médico, pois acredita que é o melhor para o momento atual, porque Júlio precisa aprender a se controlar, mas para se controlar, como disse seu médico, é preciso que ele se acalme.

Quando pergunto qual o seu entendimento a respeito do Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade, a mãe responde que a sua opinião é a mesma encontrada nos livros, pois já leu muito a respeito, não só como mãe, mas como professora – atualmente ocupa o cargo de vice-diretora de uma escola pública – e, portanto, acredita que seu entendimento já esteja contaminado pelo que leu.

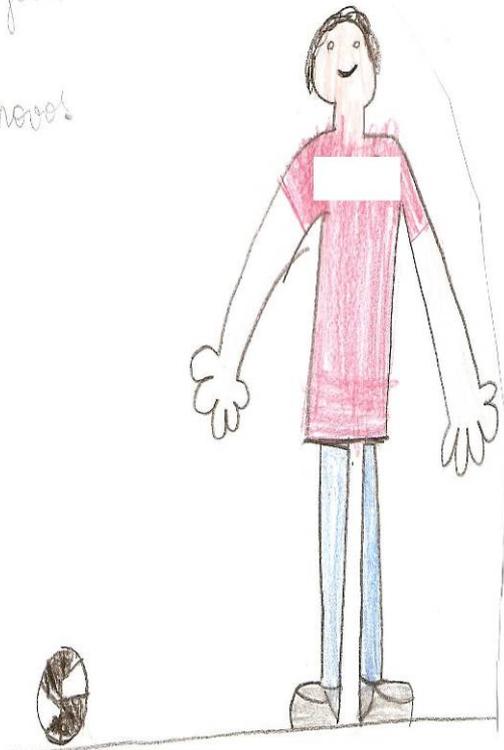
5.2 O Encontro com Júlio

Acompanhada do psicólogo da instituição, vamos até a sala de aula de Júlio, que vem até o nosso encontro. Enquanto nos dirigimos à sala de coordenação, que fica a poucos passos dali, digo ao garoto que precisaria que ele me ajudasse. Em seguida, o psicólogo da instituição se retira e entramos na sala de coordenação, onde explico para Júlio que estou estudando desenhos e pergunto se ele poderia me ajudar, fazendo um para mim. Júlio diz que sim; peço então que ele desenhe uma pessoa agitada; ele desenha um menino. Após ter anunciado que terminou seu desenho, peço que conte a estória daquele menino; e enquanto ele conta a estória, escrevo-a em uma outra folha¹³. Depois que terminou de “ditar” a estória, Júlio desenha uma bola ao lado do menino do desenho; olha para a folha onde a pesquisadora havia anotado sua estória e diz: “– *A gente devia colar o desenho na sua folha, recortamos aqui*”. (passa seu dedo em volta do menino e da bola, delimitando o espaço a ser cortado), e, em seguida, diz, se referindo ao traço presente no desenho: “– *Mas não podemos deixar ele sem chão, se não ele sai voando*”. Começamos a procurar tesoura e cola na sala de coordenação, pois não dispúnhamos deste material; encontramos apenas uma tesoura, e Júlio me diz, então, que a cola ele tinha no seu armário, sugerindo para irmos buscar. Vamos até a sua sala, ele entra, vai até o seu material, pega a chave de seu armário (os armários dos alunos ficam no corredor ao lado das salas de aula), pega a cola, e voltamos para a sala de coordenação, onde Júlio recorta o menino do desenho e cola na folha em que a pesquisadora havia escrito a estória.

¹³ Júlio permaneceu segurando o seu desenho, e olhando fixamente para ele. Por esta razão, a pesquisadora optou por escrever a estória, em outra folha e não no verso do desenho, como indicado por Aiello-Vaisberg (1997).

Um dia ele foi tudo passar e ele encontrou um animal
 daí ele deu mais volta e saiu, e encontrou outro ^{animal} e fez
 a mesma coisa, aí achou uma bola foi de a bola até ao
 caso do amigo, perguntou se ele queria que jogasse bola,
 o amigo disse que depois, ele continuou e encontrou um
 irmão, ele saiu cantando, depois voltou ao caso do amigo e
 jogou bola e eles ficaram jogando bola até à noite.

Amizade
 Ad. a gente faz amigos novos



5.3 Amizade

Um dia ele tava indo passear, ele encontrou um animal, aí ele deu meia volta e voltou, e encontrou de novo outro animal, ele fez a mesma coisa. Aí, ele encontrou uma bola, aí ele foi até a casa do amigo dele convidar ele para jogar bola, mas o amigo dele estava ocupado e disse: ‘volta depois’. Então, ele foi andando e encontrou um violão, e saiu cantando, aí ele foi até a casa dele pegou a bola e foi chamar o amigo e eles ficaram jogando bola até escurecer. Aí acabou. (Júlio)

5.4 Conversando a Respeito da Estória

Pergunto a Júlio porque o menino voltava quando encontrava com os animais, ao que ele me responde – fazendo o gesto de mordida em seu braço – que poderia ser que eles tivessem dentes e mordessem. Comento que o menino parecia gostar de bola, e Júlio concorda; pergunto, então, se o menino havia ficado triste quando o seu amigo não quis brincar, Júlio me responde que era porque ele estava ocupado. Indago, a seguir, que nome daria à estória; ele diz que a chamaria de amizade¹⁴. E o que é amizade, questiono? Júlio diz que é quando fazemos amigos novos. Pergunto se tem amigos, ele me responde que sim, mas que às vezes eles não querem mais brincar. Por que será que isso acontece, questiono mais uma vez, e Júlio me diz não saber. Indago, então, se para o garoto do desenho, não seria difícil fazer amigos, já que ele é tão agitado; Júlio diz que é difícil, sim, porque, de vez em quando, ele faz coisas erradas e, então, eles não querem mais ser amigos dele. O que será que ele faz de errado, questiono. Júlio me diz não saber. Mas ele conseguiu um amigo para jogar bola, afirmo. Júlio concorda, e eu pergunto como será que ele conseguiu este amigo? Porque ele ficou calmo, responde. Pergunto como ele havia conseguido ficar calmo e Júlio me diz não saber. Será que alguém calmo fica triste, interrogo, ao que ele me responde positivamente. À minha pergunta: “– *O que será, então, que deixa alguém calmo triste?*”, Júlio diz não saber a resposta.

¹⁴ Requisitar um título não está presente nas indicações de como aplicar o procedimento Desenhos-Estórias com Tema de Aiello-Vaisberg (1997), trata-se de um pedido nosso, com o intuito de favorecer nossas associações posteriores.

5.5 O que Busca Júlio com a Amizade...

Destacaremos, por hora, algumas associações advindas dos conteúdos tanto da entrevista com a mãe de Júlio como de suas produções gráficas¹⁵, especialmente a partir da teoria de Melanie Klein, uma vez que Júlio nos convida para uma relação de amizade, que, segundo sua própria definição, é “*quando fazemos amigos novos*”. Ao ressaltarmos que Júlio nos convida para uma relação de amizade, estamos partindo de uma conceituação de transferência, não como uma simples reprodução, no presente de laços afetivos e desejos do passado, mas como, e principalmente, uma atualização das fantasias inconscientes que já se alimentou ou se alimenta. Para Ferro (1995, p. 44), “é possível considerar o desenho como uma brecha no mundo interno da criança, capaz de fazer visualizar o que esteja acontecendo nele, conforme os movimentos de transferência [...]”.

Adiante, nos concentraremos mais especificamente nestes movimentos de transferência, por ora, iniciaremos nossas associações e conseqüentes reflexões sobre a questão que Júlio nos coloca inicialmente: o seu temor de ser atacado. Ele inicia sua estória com a situação do encontro com dois animais, que fazem com que seu personagem retorne, segundo o seu ditado: “*aí ele deu meia volta e voltou, e encontrou de novo outro animal, ele fez a mesma coisa*”. A presença dos animais no início do percurso, já nos remete a algo primitivo, e sua resposta ao questionamento de por que retornava assim que se deparava com um animal, nos fala de uma relação objetal: “*Poderia ser que eles tivessem dentes e mordessem*” (fazendo o gesto em seu braço). Partiremos, portanto, das questões primitivas como nos sugere Júlio e a teoria de Melanie Klein.

Ao nascermos somos tomados por angústias, o próprio nascimento é fonte dessas angústias, bem como a pulsão de morte dentro do nosso organismo sentida como medo de aniquilamento são nossas principais fontes de angústia ao nascer. Ou seja, podemos pensar que a dor física imposta ao bebê no momento do nascimento, e as diferentes sensações trazidas pelo seu organismo que começa a funcionar, conjuntamente com as possíveis demoras no atendimento de suas necessidades, favorecem o surgimento de raiva, manifestação direta da pulsão de morte. Paralelamente a essas sensações desconfortáveis, o bebê também passará por experiências prazerosas, as experiências de satisfação de suas

¹⁵ Nesta ocasião, optamos por utilizar o termo: as produções gráficas ao nos referirmos ao desenho e estórias criados por Júlio, por compreendermos, que muito embora a pesquisadora tenha redigido a estória, esta o fez mediante o ditado da criança.

necessidades, por exemplo, a própria sucção ao ser amamentado, o aconchego no colo materno, darão ao bebê o prazer, manifestação direta da pulsão de vida.

Essas diferentes sensações corporais levam o bebê a estabelecer “relações objetais”, inicialmente, lembrando que este bebê conta com um ego arcaico, estes objetos estão ligados às sensações que proporcionam. Assim, as sensações de satisfação e prazer estabelecem conexão com um objeto e as sensações de dor e desconforto são atribuídas a outro objeto, trata-se, portanto de uma relação de objeto parcial, boas sensações atribuídas a um bom objeto e desconfortos atribuídos a um mau objeto, a mãe que conforta, acalma e alimenta é compreendida aqui, como sendo este bom objeto, a mãe que se ausenta, não atende prontamente e/ou acertadamente as necessidades deste bebê representa o mau objeto, estes objetos são sentidos pelo bebê, por meio de suas fantasias inconscientes como habitantes de seu mundo interno, por esta razão não há possibilidade, neste momento, de uma percepção da mãe enquanto um outro ser, ela é sentida como uma extensão de seu corpo.

Estas relações objetais irão se constituir por meio de dois mecanismos de defesa fundamentais: introjeção e projeção. Por introjeção destacaremos, aqui, sua importante função de colocar para dentro do psiquismo todas as sensações de prazer, o que produz e fortalece os objetos internos bons. A projeção, por sua vez, é utilizada para expulsar os objetos maus, sentidos pelo bebê como perigosos. Contudo, segundo Klein (1935/1996, p. 304),

[...] o bebê considera estes objetos “maus” por causa da agressão que projeta sobre eles, e não apenas porque frustram seus desejos: a criança os considera realmente perigosos – perseguidores que irão devorá-la, esvaziar o interior de seu corpo, cortá-la em pedaços, envenená-la – em suma, promover sua destruição de todas as maneiras que o sadismo pode inventar.

Esse dinamismo psíquico inicial conta com diferentes mecanismos de defesa, de acordo com Klein a negação seria uma das primeiras formas encontradas por este ego rudimentar, para se defender das angústias. A negação, assim como as demais defesas, se utilizada em excesso dificulta o processo de crescimento egóico, essencial para a aquisição de capacidade de conter e elaborar as demandas impostas à realidade psíquica. Outro mecanismo de defesa utilizado desde cedo é a cisão, os objetos são compreendidos em separado, bons e ruins, neste momento não há possibilidades de um objeto portar estas duas características. Nesse caso Klein (1991, p. 25) acredita que “[...] o ego é incapaz de cindir o objeto, interno e externo, sem que ocorra uma cisão correspondente dentro dele. Desse modo, as fantasias e sentimentos sobre o estado do objeto interno influenciam vitalmente a estrutura do ego”.

Júlio projeta na figura dos animais um objeto interno “mau”, fala-nos, portanto, de uma relação parcial de objeto, uma cisão entre bom e mau, a resposta dada foi clara: “*Pode ser que ele tenha dente e morda*”. As sensações de desconforto causadas pelo surgimento dos dentes na boca do bebê, originam as fantasias inconscientes de perseguidores dentro da boca. “Para o bebê, o dente é a percepção terrificante de um objeto (parcial) interno e hostil” (HINSHELWOOD, 1992, p. 293).

O objeto “mau” torna-se um perseguidor porque fora atacado em fantasia pelo bebê. E Júlio teme o ataque, teme que sua agressividade possa de fato atacar, machucar. O que faz, então, diante da constatação de um perseguidor hostil pronto para devorá-lo: “deu meia volta e voltou”. Para que o ego arcaico – do período inicial de nossa vida psíquica – se fortaleça e seja capaz de suportar as angústias a ele impostas, é fundamental a introjeção de um bom objeto, com o qual o bebê possa se identificar, este objeto bom estabelecido de forma segura e estável, dentro de si, permitirá ao bebê sobreviver ao “mau” objeto, ou seja, às frustrações e aos desconfortos, sentidos como ataques provenientes deste. Disso depende a capacidade de uma personalidade estável capaz de suportar as dificuldades emocionais inerentes à vida. Ou seja, construímo-nos a partir da desorganização, da cisão ente bom e mau, em torno à imagem do objeto interno bom.

Klein em 1946, em um importante texto de sua obra “Notas Sobre Alguns Mecanismos Esquizóides” (1991), denominou de posição esquizoparanóide este estado inicial da mente, que cinde entre bom e mau, entre amor e ódio – *esquizo* em grego refere-se à cisão –, é onde as defesas como negar e projetar a agressividade acabam por defender o ego oferecendo algum alívio, mas em contrapartida sua consequência é de tornar o ambiente ameaçador e persecutório.

À medida que o desenvolvimento progride, o bebê começa a ter condições de perceber que o objeto que lhe fazia esperar causando tamanho desconforto é o mesmo que lhe fornecia alimento, a mãe passa a ser vista como outro ser, com vontades próprias e não mais como uma extensão de seu corpo. A relação muda de objetos parciais para objetos totais. A criança passa a reconhecer a mãe como alguém a ser preservado e não simplesmente consumido, é possível identificar-se com ela e temer sua perda. O bebê que havia dirigido seus ataques ao objeto “mau” e só agora percebe que este era sua mãe, preocupa-se com este objeto e se põe a repará-lo, tanto em fantasia como na realidade.

Ao retornar diante da ameaça em ser atacado, Júlio demonstra não ter um objeto interno “bom” capaz de lhe dar confiança para prosseguir. Avançar tanto em sua estória quanto em direção a uma integração egóica implicaria passar pelos animais, confiar na

sobrevivência mesmo em caso de ataques. Nossa conversa e as observações feitas pela mãe nos fazem pensar que Júlio sente que muitas vezes danifica os demais com sua agressividade, me diz ter amigos, mas “às vezes eles não querem mais brincar”, o garoto de sua estória até consegue fazer amigos, “mas às vezes ele faz coisas erradas e não querem mais ser amigo dele”.

Segundo a mãe, antes de ser medicado, Júlio ficava sem freqüentar os intervalos da escola, pois acabava revidando quando lhe desagradavam. Júlio parece não se conter quando algo lhe afeta, lhe causa dor, ataca tentando se livrar da angústia, e esta sua forma de agir, desde muito cedo é vista como uma doença perigosa. Logo no início de nossa conversa a mãe conta que percebe seu filho desde o nascimento irritado e nervoso, o que para ela não seriam características normais, acredita que poderia tratar-se de uma doença herdada e conta de sua experiência de ser medicada por crises nervosas quando criança, e da disritmia de um tio paterno de Júlio.

A mãe identifica em Júlio uma parte sua considerada doente, o que provavelmente lhe mobilize muitas angústias, nesse sentido, sua capacidade de tolerar as angústias do filho e contribuir para o alívio destas fica seriamente prejudicada. A percepção de Júlio é de que fez algo de muito errado, que pode danificar ou destruir a mãe, e suas demais relações. A mãe conta que em conversa recente Júlio lhe fala de (José) seu amigo de sala que faz tudo errado, que parece não querer amigos, pois não pára de mexer com as pessoas, e garante para a mãe que ele não fazia mais isso de ficar mexendo com todo mundo, ela poderia perguntar na escola inclusive. Júlio tenta dar garantias à mãe de que não faria mais, não mexeria mais com suas angústias não a danificaria.

A solução encontrada pela mãe para que o filho não fique sem amigos, devido ao seu comportamento, é acalmá-lo por meio de uma medicação. Júlio conscientemente partilha desta idéia, seu personagem só consegue ter amigos mesmo sendo tão agitado, porque conseguiu se acalmar. A mãe, quando lhe oferece o Concerta, informa que sua função é deixá-lo calmo. Júlio, ao sentir um amigo nervoso, vai logo lhe sugerindo que tome um remédio e combina que lhe fornecerá o seu. Conscientemente Júlio atribui ao remédio sua calma, mas sua estória nos mostra um intenso desejo de ter outra mente para sustentar suas angústias.

Esther Bick, psicanalista responsável por desenvolver a técnica de observação de bebês como instrumento de treinamento para psicoterapeutas de criança, pôde validar as conclusões kleinianas e efetuar algumas considerações originais. Bick considerava o contato entre a pele do bebê e a pele materna de importância fundamental na estruturação egóica, pois este contato serviria para a criança sentir uma delimitação com o espaço exterior, uma

fronteira capaz de defendê-la das sensações de desintegração e aniquilamento. A partir destas formulações, Bick pôde formular a concepção de identificação adesiva, na qual a criança ainda não se “desgrudou” da mãe, e, neste caso “[...] ter a mãe é o mesmo que ser a mãe; portanto, há uma fusão, mais próxima da confusão, e não se forma uma real identificação que viria acompanhada por uma necessária individuação” (ZIMERMAN, 2001, p. 205).

Júlio sugere que o desenho precisa ficar colado na folha onde escrevo sua estória, e alerta: “*Mas não podemos deixar ele sem chão...*” (delimitando com seu dedo onde deveria ser recortado), “... *se não ele sai voando*”. Dirigimo-nos até o armário de Júlio de onde ele retira a cola, que une o seu desenho à minha folha. Vamos até o inconsciente de Júlio, de onde ele retira o desejo de unir-se, e de onde pode mostrar que o que “conserta” sua agitação é, na verdade, a resolução de seus conflitos internos. Júlio parece entrar em um ciclo que não lhe permite integrar suas partes agressivas e amorosas, a culpa por entender que danificou o outro gera mais angústias e perseguição, de fato ele dá “*meia volta e volta*” e não consegue prosseguir confiante na sua capacidade amorosa, é lançado por ansiedades paranóides em um mundo ameaçador, do qual tenta se livrar utilizando defesas como a cisão e a projeção, estas, no entanto, não promovem uma integração egóica.

Mas Júlio está buscando dar conta destes conflitos de diferentes formas, como por exemplo, por meio do brincar – em sua casa utiliza o durex e sempre está modificando os brinquedos, buscando resolver seus conflitos internos, vencer o medo dos objetos perseguidores, juntando os conteúdos cindidos e a desintegração egóica.

De acordo com Klein (1937/1996, p. 377) “[...] o sentimento de culpa é um incentivo fundamental para a criatividade e o trabalho em geral (mesmo o mais simples)”. Outra maneira encontrada por Júlio para tentar uma resolução destes conflitos é buscar por amigos, novas relações e, assim, intitula sua estória de “Amizade”.

As novas companhias provam à criança que ela é capaz de amar e ser amada, que o amor e a bondade *existem*. Inconscientemente, isso é percebido como prova de que ela pode reparar os danos feitos aos outros na sua imaginação ou na realidade. Assim, as novas amizades ajudam a solucionar dificuldades emocionais anteriores, sem que a pessoa tenha uma noção precisa desses problemas iniciais nem da maneira como estão sendo solucionados. Através deste processo, as tendências de fazer reparação ganham maior espaço, o sentimento de culpa é aliviado e se aumenta a confiança em si mesmo. (KLEIN, 1937/1996, p. 369).

Os impulsos de vida levam Júlio a buscar pelo outro, precisa de um objeto interno “bom” fortalecido o suficiente para identificar-se com ele, de modo que possa sentir, no decorrer de sua vida, que suas produções são boas, capazes de construir, cuidar e reparar e não apenas de danificar, e que estas conquistas podem “consertar” a sua agitação.

5.6 Entrevista com a Mãe de Sofia¹⁶

A coordenadora me apresenta à Juliana no pátio do colégio e, em seguida, se retira; caminhamos, então, até a sala (refeitório) dos professores, nos acomodamos e, enquanto pego as folhas do Consentimento Livre e Esclarecido, pergunto a ela se a coordenadora havia comentado sobre a pesquisa, ao que ela responde positivamente. Começo, em seguida, a lhe contar que se trata de uma pesquisa de mestrado, desenvolvida na Unesp de Assis. Comento, então, sobre o tema da pesquisa, sobre o compromisso de manter sigilo e sobre a aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética da Universidade; informo-lhe, ainda, que pedirei a Sofia um desenho.

A mãe se mostra à vontade e, após as explicações a respeito do documento de Consentimento e respectiva assinatura, pergunto-lhe como foi que notaram algo com a Sofia. Juliana começa me contando que desde que a filha entrara na escola, na pré-escola, em outra instituição de ensino privada da cidade, ela escrevia ao contrário. As professoras diziam que ela era “verde”, imatura para a idade, opinião com a qual também a pediatra de Sofia concordava. Segundo a mãe, a menina chegou a fazer um acompanhamento nesta época, com uma psicopedagoga que havia sido indicada pela instituição de ensino. Juliana lembra, ainda, que desde muito pequena, Sofia sempre teve muito medo; quando tinha por volta de 1 ano, morria de medo de Papai Noel. A mãe afirma que tinha que sair com a filha, que chorava muito e não podia ver Papai Noel, e ainda hoje a garota não dorme sem a mãe no quarto, o que causa transtornos em casa; seu marido fica bravo porque ela vai dormir no quarto com Sofia, uma vez que se esta acorda, e a mãe não está lá, começa a chorar.

A mãe conta, então, que a gravidez de Sofia foi difícil, e complementa: “– *É que ela não é filha do meu marido, mas ela não sabe disso*”. Em seguida, Juliana começa a me colocar a par da história: namorou por oito anos uma pessoa, terminou este relacionamento e começou a namorar seu atual marido, entretanto, depois de uns três meses descobriu que estava grávida de seu ex-namorado, fato que levou ao término do relacionamento com seu atual marido. Juliana lembra que morava em uma cidade muito pequena e que procurou o ex-namorado para lhe contar a respeito da gravidez, mas ele não quis nem ouvi-la. Diante disso, ela comunicou então aos pais do rapaz e, a seguir, resolveu que encararia sozinha a situação, sem que precisasse da sua ajuda.

¹⁶ O nome adotado é fictício, como todos os demais nomes citados, Sofia foi o nome de escolha para esta criança por seu significado: sabedoria.

Juliana começa, então, a me relatar as dificuldades desta situação: estava em uma cidade pequena em que todos sabiam do ocorrido, diz: “– *Sofri muito!*”. Afirmando que imaginava o quanto tinha sido difícil, e ela prossegue dizendo que ao chegar quase no final da gestação, seu atual marido a procurou, pedindo para voltar; eles se reconciliaram e, quando Sofia completou um ano de idade, se casaram. O marido, então, fez outro registro de nascimento para Sofia, no qual consta o seu nome como pai, e o anterior, em que não constava o nome do pai, fora rasgado por ele.

A mãe me fala do quanto Sofia gosta de seu marido e ele dela. Afirma que este não quer contar a verdade à menina, pois acredita que irá perder muito se contarem. Ela diz que pensaram em revelar a história, mas, em seguida, Juliana descobriu que estava grávida de Maria, filha do casal, que hoje tem 5 anos. A psicoterapeuta de Sofia na época, que era a favor de que deveriam contar, achou mais prudente que esperassem, no entanto, o tempo foi passando e hoje ela não toca neste assunto com o marido. Aliás, a última vez que falaram a respeito foi quando descobriu estar grávida de Maria, mas a psicoterapeuta atual de Sofia quer falar com seu marido, que até agora não tinha aparecido para conversar com ela. Segundo Juliana, esta psicóloga também acredita que devam contar a verdade à menina.

A mãe fala que em sua cidade natal, que é próxima dali, todos sabem da história, e que há um tempo atrás foi procurada pela ex-sogra, a avó biológica de Sofia (a quem no passado comunicou sobre a gravidez), que desejava ter contato com a neta, que, aliás, esclarece Juliana, seria a única neta desta senhora. O marido, entretanto, pediu que ela escolhesse, pois ele não queria nenhuma aproximação com o pai biológico de Sofia ou seus progenitores. Desse modo, a questão foi colocada nos seguintes termos: era eles ou ele. Contudo, Juliana lhe garantiu que também não queria nenhum tipo de contato, sendo que, depois de um tempo, o avô biológico de Sofia falecera, e sem conhecê-la. Juliana me diz, então: “– *Mais isso ainda para mim [sic] carregar*”. Depois deste avô de Sofia ter falecido sem conhecer a neta, o pai biológico, a quem a mãe se refere como alguém com poderes financeiros, vem prometendo, dizendo para todos da cidade natal de Juliana, que irá encontrar a filha.

Juliana conta que os avós de Sofia (pais de seu marido) gostam muito da menina, tanto que alguns dias atrás, quando a avó a aguardava em sua casa e ela não chegou, a avó se desesperou imaginando que Sofia havia sumido, mas ela apenas havia mudado de idéia, em vez de ir à casa da avó, com quem combinara, tinha ido para a própria casa.

Juliana começa, então, a me relatar uma conversa que teve com a pediatra de Sofia, em que falavam sobre as dificuldades vividas durante a gestação. Ao classificar o que viveu como “inferno”, a pediatra lhe fala da possibilidade disso ter sido passado de alguma forma para a

filha, e Juliana também fica se perguntando isso, mas, ao mesmo tempo, percebe Sofia bem parecida com ela, enquanto que Maria, sua filha mais nova, é bem diferente da irmã. Às vezes, quando a mãe está auxiliando Sofia em sua tarefa escolar, por exemplo, e pergunta algo referente a esta, quem responde é Maria e não Sofia. Quando isto acontece, Sofia pergunta: “– *Eu sou burra mesmo, não é mãe?*” A mãe discorda e indaga se alguém anda lhe dizendo isto, mas Sofia responde que não, que ninguém lhe disse, mas é que Maria sabe a resposta de sua tarefa enquanto ela própria não sabe. Pergunto a Juliana como são estas dificuldades de Sofia, com que frequência acontecem, e ela me diz que em um dia Sofia sabe fazer, no outro já não sabe mais fazer o que tinha feito anteriormente.

Juliana relata as dificuldades da filha:

“– Então ela tem dificuldades de se concentrar na Escola. Antes de entrar nesta escola, Sofia era mais tímida, aqui ela se achou, ama essa escola, a mudança foi uma coisa muito boa para ela, já que aqui se socializou muito mais; aqui, se ela tem um trabalho para fazer, ela é super responsável, em casa temos que ficar ‘em cima dela’, mas aqui ela é super responsável. Tem várias amigas, mas não vai dormir na casa delas por causa deste problema, de não dormir sem mim, mas não conta isso às amigas, elas não sabem. Não sei, conversei com ela, que não tem nada, que estou no quarto próximo, ela me diz que sabe, mas que quando acorda e não me vê ali, não consegue pensar que estou no outro quarto, só pensa que eu não estou ali”.

Em março deste ano, resolveu levar Sofia ao neuropediatra, que receitou 10 gotas diárias de fluoxetina. Em setembro, ele pediu um eletroencefalograma, que nada acusou, e um laudo da psicoterapeuta responsável pela menina, que atestou Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. Assim, fazia 15 dias que ela estava tomando Ritalina, de 10mg, três vezes ao dia, e a fluoxetina, mas a mãe não havia notado diferença. Pergunto qual foi a explicação do médico quanto ao diagnóstico e à medicação, a mãe me diz que no dia da prescrição da Ritalina, ela não estava junto, mas que em relação ao diagnóstico ele diz que o que Sofia tem é psicológico; já quanto ao remédio, ela nem quis ler o que está escrito na bula e me conta que antes de nos encontrarmos, a coordenadora lhe dizia que não teria coragem de dar ao seu filho um remédio destes.

Juliana, então, me revela que tem muitas dúvidas; pergunto o que ela entende por TDA/H, e ela me responde que tudo o que lê a respeito aponta para algo neurológico, “*mas se o médico constatou que Sofia não tem nada neurológico e, sim, psicológico, como pôde medicá-la? Será que isso não seria algo já de Sofia, talvez da personalidade?*”. Ela, então, repete várias vezes a fala: “*Não sei*”.

Digo-lhe que percebo que ela está com várias dúvidas, questionando-se sobre muitas coisas, opinião com a qual ela concorda, e me diz que em dezembro terá outra consulta e quer esclarecer estas questões com o médico. Pergunto o que seu marido acha, e ela me informa que ele pensa que devem tentar, pois estas coisas são assim mesmo. Questiono o que mudou na forma do marido olhar para Sofia, e ela me conta que percebeu que ele – que antes se aborrecia muito com a dificuldade da filha em dormir sozinha, entendendo esta atitude como uma coisa de criança mimada – hoje se mostra mais paciente, já que acredita tratar-se de um problema. Juliana conta, então, que o marido iria comparecer à entrevista, mas teve um problema no trabalho e não pôde vir.

Em seguida, a mãe volta a falar de suas dúvidas em relação ao diagnóstico e à medicação da filha. Ela me conta que Sofia tem um primo de nove anos que tem TDA/H já diagnosticado e que vai ao mesmo médico que a menina. Segundo diz que quando estava com a consulta marcada, este primo teria dito: “– *Sofia, não vai, não, neste médico, ele é médico de louco*”. Após terem saído do médico, Sofia diz para a mãe: “– *Este médico não é de louco, nada, ele nem olhou a minha cabeça*”. Ao dizer isso, a mãe lembra que quando receitou a fluoxetina, o médico disse à menina que aquele remédio iria fazer com que ela não sentisse mais medo; e que desta vez, ao prescrever a Ritalina, o médico disse a Sofia que se tratava de um remedinho mágico, que faria com que ela enxergasse as coisas melhor. Juliana conta, então, que a filha está aguardando os efeitos, e disse à mãe, que ainda não tinha visto nada diferente. Ela estava tomando o remédio há 15 dias, mas ainda sentia medo. Digo à Juliana que a filha ainda está aguardando a magia, ela concorda. Agradeço por sua disponibilidade e falo que o que ela me contou será de grande ajuda para a pesquisa.

5.7 O Encontro com Sofia

O dia para a entrevista com a criança é agendado anteriormente, com o intermédio do psicólogo da instituição, junto à coordenadora pedagógica do Colégio. No dia marcado, nosso encontro acontece. Pesquisadora e psicólogo vão até a sala de aula de Sofia, durante a aula de língua portuguesa, a chamamos e ela, então, se ausenta da aula. O psicólogo se retira e eu me apresento, dizendo que estou estudando desenhos e se ela poderia me ajudar, fazendo um desenho para mim. Sofia aceita, vamos as duas para a sala de coordenação do Colégio. Chegando lá, nos acomodamos e explico mais uma vez para Sofia que precisaria de um

desenho, e que, posteriormente, conversaríamos a respeito dele. Ela diz que tudo bem e eu lhe ofereço a folha e os lápis que estão sobre a mesa. Peço para Sofia desenhar uma pessoa agitada. Após o término de seu desenho, peço-lhe que invente uma estória sobre ele. Enquanto Sofia vai contando, ditando a estória, anoto em uma outra folha¹⁷. Depois de concluída sua estória, peço que dê um título¹⁸ para ela. As produções de Sofia, desenho e estória, encontram-se a seguir.



¹⁷ Conforme Aiello-Vaisberg (1997), quando a execução do procedimento de Desenhos-Estórias com Tema é individual, o próprio investigador registra a estória no verso do desenho. Optamos, no entanto, desde a primeira aplicação do procedimento com Júlio, por registrar a estória em outra folha, pois percebemos que a criança mantém a sua atenção, o seu olhar voltado para o desenho, enquanto inventa a estória.

¹⁸ Requisitar um título não está presente nas indicações de como aplicar o procedimento Desenhos-Estórias com Tema de Aiello-Vaisberg (1997), trata-se de um pedido nosso, com o intuito de favorecer nossas associações posteriores.

5.8 Um Passeio Maravilhoso

Um belo dia, uma menina chamada Mariana estava muito agitada porque iria a um passeio com a escola, e ela não sabia o que fazia, se jogava futebol, se jogava vôlei ou pensava no passeio. E sua mãe falou para ela, que era para ela pensar no passeio, mas não ficar tão agitada como ela estava. E chegou uma amiga da mãe de Mariana, e a mãe dela falou que ela estava muito agitada mesmo pelo passeio, e a mãe de Carolina falou que ela estava igualzinha, não pensava em outra coisa e não sabia o que fazer. E chegou a noite, Mariana não conseguia dormir pensando no passeio de amanhã; e a mãe de Mariana falou que ela tinha que dormir, senão ia demorar para chegar amanhã e ela ir ao passeio. Então, Mariana fechou os olhos e conseguiu dormir. Então, Mariana acordou no outro dia, e a mãe dela falou assim: “– Viu, Mariana! Você dormiu, chegou rápido o passeio”. Então, Mariana foi ao passeio, ela contou tudinho para a mãe, que foi maravilhoso o passeio, e depois que ela chegou, chamou sua amiga Carolina e Carolina foi à casa de Marina e elas brincaram uma tarde inteira. (Sofia)

5.9 Conversando a Respeito da Estória

Digo a Sofia que parecia estar mesmo muito difícil para a Mariana pensar em outra coisa que não fosse o passeio, ela estava muito ansiosa. Sofia sorri e concorda, diz que ela também fica muito preocupada, por exemplo, quando tem jogo, fica pensando o que vai acontecer. Pergunto se ficava como Mariana, ela me responde que sim, e complementa: “– Fico preocupada porque o professor pode ficar bravo”. Após afirmar isso, Sofia se cala. Enquanto estamos falando, ela agita as pernas e remexe o material sobre a mesa. Pergunto se sua preocupação é com a possibilidade de perder o jogo, por isso, pensa em uma reação brava do professor. Sofia faz sinal de afirmativo com a cabeça e parece intensificar a agitação de pernas e mãos. Volto a falar do desenho, mais especificamente, da personagem Mariana. Comento com Sofia que a mãe de Mariana fica preocupada com tanta agitação, pergunto o que será que a mãe poderia fazer para ajudar a menina a não ficar tão agitada, tão ansiosa; Sofia levanta a cabeça, me olha e diz: “– É só não contar do passeio”. Pergunto como seria isso, ela me explica que Mariana só deveria saber a respeito do passeio no dia que ele fosse acontecer, assim, a mãe deveria esperar ela dormir e só no dia do passeio contaria: “– Mariana hoje você tem um passeio”. Enquanto vamos falando de Mariana, e Sofia vai me

explicando como poderiam ajudar a menina, sua agitação anterior vai diminuindo, já não remexe tanto as pernas e mãos, e olha para mim enquanto conversamos.

Questiono Sofia a respeito de como iriam fazer para Mariana não descobrir antes da hora sobre o passeio: “– *E se a professora precisasse dar um recado, pedir que os pais assinassem a autorização, por exemplo? E se fosse dar o recado para a sala? Mariana ficaria sabendo*”. Sofia me explica que era só a professora esperar a mãe de Mariana ir buscá-la na escola, e dizer: “– *Mariana vai brincar!*”. Assim, elas conversariam sobre o passeio sem Mariana ouvir. Digo a Sofia que havia entendido a idéia de, antes do dia marcado, não contar nada à Mariana sobre o passeio que iria acontecer, mas na estória que ela tinha me contado, Mariana já sabia que iria acontecer um passeio e não conseguia pensar ou fazer mais nada, só pensava no passeio, então, neste caso, pergunto: “– *Como a mãe de Mariana poderia ajudá-la?*”.

Sofia concorda comigo, Mariana já estava sabendo do passeio. Então, neste caso, explica Sofia, a mãe deveria procurar um médico e ele iria dar a Mariana um remédio para ajudá-la. Reafirmo que sendo assim, ela acreditava que o médico e o remédio fossem a solução. Sofia complementa: “– *Sim, mas ela precisa procurar acreditar que o remédio vai ajudá-la*”. “*Então essas três coisas é que poderiam ajudar Mariana: médico, remédio e a crença neste remédio?*”, pergunto. Sofia mais uma vez complementa: “– *É, o médico também poderia mandar Mariana para uma psicóloga, que iria conversar com ela, dizer que não é para ela ficar tão agitada e que ela precisa acreditar que o remédio vai ajudá-la*”. Assim que Sofia termina a frase, pergunto: “– *Mas e a Mariana, Sofia?*”. De pronto, ela responde: “– *Ah, ela sozinha não consegue, não*”. Insisto: “*Então você acredita que só com estas coisas de que falamos seria possível para Mariana não ficar tão agitada?*”. E Sofia confirma: “– *Acho sim*”.

Agradeço a Sofia pelo desenho, pela estória e pela conversa, digo que ela me ajudou muito e que foi um prazer conhecê-la. Sofia sorri e diz que ela também gostou muito. Eu, então, a acompanho até a porta da sala de aula, onde nos despedimos.

5.10 Nossas Descobertas durante o Passeio...

Como já destacamos em nossos pressupostos metodológicos, iremos considerar o conteúdo da entrevista com os pais e as produções gráficas da criança¹⁹, desenho e estória, para compormos, por meio da teoria psicanalítica, nossas reflexões e considerações a respeito das vivências e percepções da criança frente o diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. Para tal procedimento, adotaremos como referências básicas as teorias dos psicanalistas Melanie Klein e D. W. Winnicott.

Em Sofia, observamos os sintomas de déficit de atenção e agitação como complementares a uma inibição intelectual. Antes de iniciarmos nossas reflexões a respeito destas questões, gostaríamos de esclarecer o que estamos considerando por sintomas de déficit de atenção, agitação, e definir inibição intelectual.

Em “O Sentido dos Sintomas” (1917), Freud aponta para a diferente concepção psicanalítica de sintoma, considerando-o primeiramente como um portador de sentido que se relaciona com as experiências do paciente. Deste modo, a doença tem um sentido para quem sofre, sentido este que não está na consciência. Será, portanto, a partir desta concepção de sintoma, que estaremos nos referindo às dificuldades de concentração e agitação de Sofia.

No ano de 1926, em “Inibições, Sintomas e Ansiedades”, Freud irá compreender a inibição como o decréscimo, a restrição de uma função, enquanto o sintoma seria a mudança desta função. Para Freud (1976, p. 108), a relação entre inibição e ansiedade seria evidente: “Algumas inibições obviamente representam o abandono de uma função porque sua prática produziria ansiedade”. Ao consideramos que para Sofia o conhecimento representa um perigo e uma proibição, entendemos haver um impedimento para o aprendizado. Seriam, portanto, sua representação a respeito de aprender, conhecer, que ocasionariam suas dificuldades escolares. Ela estaria usando de forma restrita seus recursos (presentes) para o aprendizado. Quanto a seus sintomas de déficit de atenção e agitação, estes se portam como defesas estruturadas que buscam evitar o contato com o conhecimento, principalmente o conhecimento a respeito de si mesma.

Iniciaremos nossas reflexões a partir das conjecturas de Melanie Klein, para as questões do conhecimento, mais especificamente do desejo de conhecer. Em sua teoria, a psicanalista postulou a existência de um instinto epistemofílico (do grego: *episteme* =

¹⁹ Nesta ocasião optamos por utilizar o termo: as produções gráficas da criança, por compreendermos, que muito embora a pesquisadora tenha redigido a estória, esta o fez mediante o ditado da criança.

conhecer, e *filo* = gostar), e referia-se a este como o impulso da criança de satisfazer sua curiosidade, penetrando no objeto. Nos primeiros anos de uma criança, seu primeiro objeto será a mãe, mais especificamente o corpo da mãe (SIMON, 1986). Dito de outra forma, a criança terá grande interesse em saber e compreender seu primeiro ambiente. Melanie Klein, no início de seu trabalho, se apoiou em algumas concepções freudianas e em trabalhos de Jones e Ferenczi; para refletir sobre a questão da inibição intelectual de algumas crianças, e buscava compreender por que razão estas se viam impossibilitadas de usarem seus recursos.

Freud, em 1905, ao discorrer sobre a sexualidade infantil, mostra a relação desta com a curiosidade da criança e refere-se ao “instinto de saber”, presente inicialmente quando a criança se questiona a respeito das origens dos bebês; e a partir de então, a criança irá pesquisar e formular hipóteses, que serão transformadas de acordo com a sua fase de desenvolvimento. Além desta questão inicial, as crianças buscam respostas para o nascimento dos bebês, a relação sexual entre os pais, o papel paterno na concepção e as diferenças anatômicas. Freud, nesta época, entendia que impedir essas pesquisas infantis poderia acarretar sérios bloqueios ao desenvolvimento (SOUZA, 1995).

Já os trabalhos de Jones e Ferenczi, faziam considerações sobre o “interesse primordial da criança pelo seu próprio corpo e entendiam a origem da capacidade de fazer símbolos em uma curiosa necessidade de se estabelecer relações entre partes do corpo e aspectos do ambiente” (CINTRA; FIGUEIREDO, 2004, p. 43). E foi com este interesse, denominado “pulsão epistemofílica”, para expressar a maneira como as ansiedades infantis poderiam perturbar a curiosidade intelectual, que Klein inicia seus trabalhos, os quais a levam, posteriormente, a sustentar uma teoria do desenvolvimento infantil:

Costuma-se prestar homenagem à ‘coragem’ do pensador que, opondo-se ao costume e à autoridade, consegue levar avante pesquisas inteiramente originais. No caso das crianças, elas precisam não só dessa coragem, mas também de estar dotadas de um espírito muito especial que lhes permita resolver por si mesmas, contra a oposição das “altas autoridades”, os assuntos melindrosos que lhe são, em parte, ocultos e, em parte proibidos. (KLEIN, 1970, p. 43).

Desde então, suas considerações possibilitam importantes reflexões, também, para questões denominadas “inibição intelectual”, como nos aponta Souza (1995), ao refletir a respeito do que compreende ser uma impossibilidade em dispor de seus recursos (presentes). Ou seja, no caso de crianças que não apresentam qualquer existência de fatores orgânicos ou de déficits intelectuais que possam justificar suas dificuldades no processo de aprendizagem.

Nesse sentido o autor comenta que:

[...] melhor compreensão do motivo latente presente nas queixas de inibição intelectual, dentre eles as angústias relativas às coisas perigosas, que podem estar acontecendo dentro de seu corpo ou no de sua mãe, que podem suprimir toda a investigação sobre eles. Tais perigos se referem aos efeitos que, em sua fantasia, imagina poder causar com sua agressividade, além do conseqüente medo de retaliação. (SOUZA, 1995, p. 32).

No caso de Sofia, são suas dificuldades escolares que levaram Juliana a procurar por especialistas, apesar de a menina também apresentar um grande temor de dormir sem a presença da mãe no quarto. São as suas dificuldades escolares, apontadas por suas primeiras professoras (inversão de letras), e entendidas por estas e pela médica pediatra, como uma imaturidade de Sofia; e atualmente suas dificuldades em registrar, reter na memória os conteúdos das aulas, que a levaram a receber do médico neurologista o diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. Dessa forma, com este diagnóstico, recebe o tratamento comumente prescrito, a substância metilfenidato (Ritalina) e, também, psicoterapia.

No caso de Sofia, embora a mãe nos relate um diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade, acreditamos que o neurologista tenha considerado como um caso em que haja predomínio do déficit de atenção, uma vez que entre as queixas escolares de Sofia está a de uma grande dificuldade de concentração e ausência de comportamentos hiperativos²⁰. Por este motivo, consideraremos como sintomas apresentados por Sofia sua dificuldade em concentrar-se nos conteúdos escolares e sua agitação; o que se relaciona, para nós, com ansiedade, que possivelmente provoque reações de inquietude e agitação na criança. Contudo, não acreditamos que esta inquietação possa se caracterizar como um comportamento hiperativo.

Souza (1995) enfatiza a importância de a criança explorar a sua curiosidade em relação à vida familiar, seus impulsos, suas fantasias, para que, em outro momento, seja capaz de deslocar essa curiosidade para outros conteúdos, o que será possível na fase de latência (entre 5 e 10 anos de idade). A autora acrescenta que

[...] utilizar-se dessa energia, antes dirigida aos conteúdos sexuais e à família, para um novo objeto, dessexualizado e socialmente aceito, a leitura e a escrita. É nesse momento que a criança está mais apta para a aprendizagem escolar. No entanto, a

²⁰ Nosso olhar neste ponto é em relação ao diagnóstico dado a Sofia, que a mãe denominou como sendo com hiperatividade, acreditamos que para esta mãe não exista diferenciação entre Déficit de Atenção com ou sem Hiperatividade.

possibilidade de bem exercer seu desejo de conhecer o mundo depende, em grande parte, de como anteriormente foi acolhida em sua ânsia de conhecimento. (SOUZA, 1995, p. 111-112).

Sendo assim, é preciso que a criança explore o ambiente em que ela está inserida e formule hipóteses para suas questões, ou seja, aprenda sobre si mesma e sobre esta família, para que, posteriormente, possa dirigir a energia deste momento para a alfabetização. Pois bem, uma família que possa acolher as questões da criança e, com isso, permitir suas investigações valiosas, como pode-se perceber, contribui para o desejo e a possibilidade de conhecimento.

E quando a família tem algo a ocultar? A mãe de Sofia nos narra uma história na qual uma verdade inevitável é encoberta: trata-se de uma questão a respeito da paternidade da menina. Enquanto conversamos, fica claro que se trata de uma verdade muito dolorosa para a família. A dor está no passado, com todas as lembranças de momentos muito difíceis, ao passo que no presente há um grande temor de perder Sofia; perdê-la de fato para o pai biológico, o qual, conforme relata a mãe, anuncia que ainda irá encontrar a filha e, com isso, a mãe teme perder também seu afeto.

A mãe apresenta um episódio que demonstra o quanto este medo de perder Sofia ronda a todos: ao invés de ir para a casa dos avós paternos²¹, Sofia muda de idéia e vai para sua própria casa, a avó que a aguardava se desespera, imaginando que neta havia sumido. Existe aqui, portanto, a ameaça real deste pai biológico e as fantasias que se originam a partir de toda esta situação não revelada: o segredo em torno da origem de Sofia.

Ante a estas concepções, entendemos que o termo imaturidade, utilizado pelas professoras e pela médica pediátrica, para justificar as primeiras dificuldades escolares de Sofia esteja adequado, desde que, se dirigido a uma criança para quem ainda não foi possível explorar seu ambiente familiar e, conseqüentemente, saber mais a respeito de si mesma. Não partilhamos, neste caso, de qualquer aproximação do termo imaturidade com questões de ordem neurológica. Acreditamos, sim, que não estava (como ainda não está) sendo possível para Sofia explorar e conhecer questões sobre a sua história, ou seja, sobre si mesma. Em conseqüência deste impedimento não lhe é possível explorar e conhecer os conteúdos escolares de forma satisfatória. Desse modo, tanto as dificuldades iniciais de Sofia, quanto suas dificuldades atuais, entendemos como decorrentes do impedimento em explorar a sua própria história.

²¹ Estamos aqui nos referindo aos avós paternos, como progenitores do pai que Sofia conhece, ou seja, o marido de sua mãe, quando fizermos referência ao pai biológico, tratar-se-á do pai “desconhecido” por Sofia. Portanto avós biológicos referem-se aos pais deste último.

Se para qualquer família, responder a questões infantis a respeito da origem da criança pode gerar embarços e dúvidas sobre o quê e quanto dizer, imaginemos, neste caso, que para esta família, as questões de Sofia não produzem apenas tais dúvidas, mas também mobilizam muito mais, despertam sentimentos, fantasias e dor. Possivelmente, Sofia pode ler nas reações dos adultos diante de seus questionamentos, que algo de muito perigoso acontecia e, sendo assim, explorá-lo poderia acarretar danos. Em seu desenho, existe uma mãe muito preocupada com a filha, o que se dá por conta de sua agitação relacionada a um passeio escolar. Ambas são retratadas no desenho com os olhos fechados, e, na estória, a mãe pede à filha que não fique tão agitada por esse passeio.

Geralmente, passeios escolares são organizados em torno de um intuito: o conhecimento. A agitação, como coloca Sofia, logo quando inicia sua estória, era motivada por tal passeio. Como acabamos de considerar, este se relaciona ao conhecimento e, portanto, sua agitação provinha do desejo, da ânsia de aprender e de conhecer. Mariana, a personagem de sua estória, não sabia o que fazer: se jogava futebol, se jogava vôlei ou pensava no passeio; não havia possibilidade de acontecer uma coisa e outra ao mesmo tempo, é como se sua agitação tomasse conta de tudo, de todos os seus pensamentos, impossibilitando outras ações.

Quando começamos a conversar a respeito do desenho e da estória, digo a Sofia o quanto me parecia difícil para Mariana se concentrar em qualquer outra coisa que não fosse o passeio. Uma vez que para o verbo concentrar, temos por definição: aplicar, empregar, dirigir (o pensamento, a atenção, o sentimento etc.) de modo intenso ou exclusivo (FERREIRA, 2004, p. 514), podemos afirmar que Mariana se concentrava exclusivamente no passeio. Sofia sorrindo, concorda, e me diz que também achava difícil, pois até ela própria fica assim preocupada quando, por exemplo, tem um jogo. “Preocupada com o quê?”, pergunto. “O professor pode ficar bravo”, responde Sofia.

Neste momento, Sofia, que antes sorria com facilidade, não olha mais diretamente para mim, começa a remexer no material (lápiz, folhas sulfite) sobre a mesa e agita as pernas. Pergunto se esta preocupação a que se referia seria com a possibilidade de perder o jogo e, por isso, imaginava uma reação desfavorável por parte do professor. Ela afirma que sim. A agitação das pernas, e mãos que remexiam o material sobre a mesa, vai diminuindo gradualmente, até se tornar esporádica. Na medida em que voltamos a conversar sobre a personagem do seu desenho e estória, ou seja, Mariana, essa agitação de Sofia, bem como a ausência de seu sorriso, parecem demonstrar, para além da inquietação aparente, visível, sua angústia. Assim que digo imaginar que estaria muito difícil para Mariana se concentrar, Sofia começa a falar de suas dificuldades, ou seja, não está mais falando em nome de uma

personagem, ou a partir desta, agora falava dela mesma, sem se apoiar em Mariana para proteger-se desta exposição clara de seus próprios conteúdos. Sofia estava, assim, falando em seu próprio nome, tratando de sua preocupação com a reação de um professor; desta forma, está se “pré-ocupando”, se ocupando com algo que ainda não aconteceu, ou seja, se preocupa com a possibilidade de o professor ficar bravo.

Em uma escola, em uma sala de aula e, também, em passeios escolares, o professor é aquele que conduz o aluno a um aprendizado, ao conhecimento, o que se dá por meio das informações que irá fornecer. As fantasias de Sofia vão ficando mais claras para nós: o que ela teme é a reação deste professor, ou seja, teme saber, conhecer...; jogo este que pode, de fato, ser perigoso. Pode ser que, com seu desejo de conhecer e com sua curiosidade, tenha perdas e faça suscitar reações intensas. Pode acontecer, ainda, que aquele possuidor de informações para lhe fornecer fique muito bravo com seu desejo de saber, afinal, há coisas, que não estão sendo ditas, informações estão sendo ocultadas, encobertas.

Quando voltamos a falar da personagem Mariana, comento que sua mãe ficava muito preocupada com tanta agitação e indago a Sofia sobre o que esta mãe poderia fazer para ajudar a filha. Imediatamente, a menina responde: “*não contar*”. Quando investigo mais a respeito desta “solução” para a agitação de Mariana, Sofia vai detalhando como ocultariam esta informação sobre o passeio: mãe e professora acertariam os detalhes após terem ordenado que Mariana fosse brincar, e, somente no dia do passeio, após ela ter dormido, a mãe lhe comunicaria que naquele dia ela teria um passeio para ir. Poderíamos aqui completar as percepções de Sofia a respeito destas questões presentes em seu ambiente familiar, em sua vida: ‘existe algo que a todos perturba que diz respeito a mim, que anseio por saber, mas tenho muito medo, do que posso causar com minhas questões, do quanto vou perder ou destruir’.

Lembro a Sofia que na estória que ela me contou, Mariana já sabia do passeio e não conseguia pensar em outra coisa; pergunto o que, então, a mãe faria para ajudar a filha; Sofia responde que esta deveria levá-la a um médico, que ofereceria um remédio para que Mariana não ficasse agitada. Mas Sofia complementa sua resposta, era preciso procurar acreditar que aquele remédio fosse ajudá-la e o médico também poderia encaminhar Mariana a uma psicóloga, que diria para que não se agitasse e acreditasse no remédio. Quando pergunto por Mariana, Sofia me responde que ela sozinha não iria conseguir melhorar sua agitação. Sabemos, pelo relato da mãe da criança, que ao oferecer a Ritalina para ela, o médico disse tratar-se de um medicamento mágico, que faria com que ela enxergasse melhor. Sofia está nos

contando que busca acreditar que este remédio a livrará da agitação, da ansiedade, busca externa que consideramos como uma defesa.

Winnicott, pediatra e psicanalista, reuniu, em 1958, diversas de suas audiências científicas na obra intitulada “Da Pediatria à Psicanálise”. Em um dos muitos momentos – texto de 1941 – em que faz considerações a respeito do tema ansiedade, ele considera:

Ensina-se que a ansiedade pode ser percebida através da palidez ou pelo vômito ou por diarreia ou taquicardia. Foi muito interessante, porém, descobrir em minha clínica que existem diversas formas alternativas para a manifestação da ansiedade, seja qual for o órgão ou a função que examinamos... Do meu ponto de vista, a fim de entendermos o que está acontecendo quando nos deparamos com esses sintomas, é necessário que saibamos algo sobre o sentimento e as fantasias da criança, e portanto sobre as quantidades de raiva e de excitação ali misturadas, bem como sobre as defesas erguidas contra as mesmas. (WINNICOTT, 2000, p. 123).

Posteriormente (1954), Winnicott faria novas considerações a respeito deste tema, mas acrescidas de reflexões a partir do conceito de posição depressiva, desenvolvido por Klein (1934). Este conceito postulado pela autora, dito de forma breve, consiste na unificação e na integração das partes do sujeito, que estão dispersas devido às projeções. Klein percebeu que por volta do sexto mês, o bebê seria capaz de reconhecer a mãe, como um objeto total; ele não se relacionava mais apenas com o seio, mãos e voz da mãe como objetos separados, mas sim como pertencendo a um todo; percebe, então, que esta mãe pode às vezes ser boa e gratificá-lo, ou frustrá-lo tornando-se má para ele naquele instante; gradativamente vai reconhecendo a mãe como uma pessoa separada dele, com vida própria e com relações com demais pessoas. Diante de tais percepções e em vista da completa dependência desta mãe e de seu ciúme ao ter que dividi-la com os demais, o bebê encontra seu desamparo. Essas percepções são fundamentais para o crescimento psíquico de todo bebê, pois ao integrar-se à mãe e, conseqüentemente, às demais pessoas, promove-se uma mudança egóica, ou seja, o ego do bebê também vai se integrando. Embora estejamos considerando o psiquismo do bebê, é importante salientarmos que Klein usa o termo posição para designar um estado mental, ou seja, pode ocorrer em qualquer momento, tanto para uma criança, quanto para um adulto, em um estado de normalidade ou perturbação psíquica. Neste sentido, Segal (1975, p. 93) salienta que “A posição depressiva nunca é plenamente elaborada. Sempre estão conosco as ansiedades relativas a ambivalência e a culpa, bem como as situações de perda, que reavivam experiências depressivas”.

Em suas novas considerações a respeito do sintoma ansiedade, após enfatizar a posição depressiva de Klein como uma conquista do desenvolvimento normal, Winnicott

esclarece que o que antes denominava “agitação ansiosa comum”²²; “trata-se de um fenômeno clínico cuja característica central é a negação da depressão” (WINNICOTT, 2000, p. 368). A negação configura-se entre uma das formas de manifestação das denominadas defesas maníacas, estruturadas a partir de um ego mais integrado que, como já mencionamos, é capaz de perceber os demais como indivíduos independentes de si, mas é um ego ainda sem força o suficiente para confiar em sua capacidade de reparação, o que requer, portanto, que essas defesas sejam necessárias em um primeiro momento. Conforme Segal (1975, p. 95),

O sofrimento, muitas vezes, só pode ser superado pelas defesas maníacas, as quais protegem o ego do desespero total; quando o sofrimento e as ameaças diminuem, as defesas maníacas podem gradualmente dar lugar a reparação. Contudo, quando as defesas maníacas são excessivamente fortes, estabelecem-se círculos viciosos e formam-se pontos de fixação, que interferem no desenvolvimento futuro.

Ante essas colocações, consideramos a agitação ou a ansiedade de Sofia como defesas diante de suas angústias. Seus sofrimentos, conforme discorremos, originam-se do desejo de conhecer o que se percebe oculto e, também, do temor de fazê-lo. Agitar-se, desconcentrar-se, favorece a sua dispersão e não torna necessário entrar em contato com o conhecimento e, mais especificamente, com o conhecimento sobre ela mesma. Desta forma, parece não haver, no momento, possibilidade para a prontidão; Sofia não pode estar pronta para conhecer, aliás, conhecer pode lhe trazer tantos sofrimentos, que ela parece se concentrar em não se concentrar.

Quando Winnicott esclarece que esta agitação é uma negação da depressão – e depressão aqui corresponde à posição depressiva postulada por Klein, e não com o quadro clínico –, podemos pensar que trata-se de uma negação, em última instância, da integração, já que existem aspectos da história de Sofia e, portanto, dela mesma, não integrados, não unificados. Uma outra consequência desta não integração parece estar em sua dificuldade em dormir sozinha – quando não vê a mãe, não a sente presente.

Segal (1975) considera que quando as defesas maníacas são excessivamente fortes, ocorre um círculo vicioso, formando pontos de fixação que irão interferir no desenvolvimento futuro. Entendemos que além da agitação enquanto defesa, Sofia conta com outra defesa maníaca – o “remedinho mágico” oferecido pelo médico. Em nossa conversa, quando concordamos que Mariana já sabia do passeio e por isso se agitava, Sofia coloca o remédio como a solução e aponta que seria necessário acreditar que o remédio ajudaria, para que ele de

²² Em 1931, Winnicott esclareceu: “A agitação comum não possui base orgânica...” (2000, p. 77).

fato ajudasse. Dentro das reflexões de Winnicott para a defesa maníaca, o autor aponta sua característica de negar tudo aquilo que é sério: “A morte transforma-se em vitalidade exagerada, o silêncio é transformado em barulho, não há sofrimento nem preocupação” (WINNICOTT, 2000, p. 367). O remédio estaria, aqui, se portando como a introjeção de um objeto idealizado, uma vez que Sofia busca acreditar que ele lhe permitiria não pensar, negar toda sua angústia e sofrimento, como se não estivessem ali. De fato, uma solução mágica.

Olhar para as dificuldades de Sofia (que, como toda criança, tem uma história própria de vida), e apenas para elas, de forma recortada, como se essas dificuldades não fossem vividas, seria negar sua condição de sujeito e nos impossibilitaria de perceber o quanto de sofrimento está presente nestas manifestações de ansiedade, nesta agitação. As hipóteses aqui levantadas, no entanto, embora guiadas por uma teoria, não estavam prontas, foram construídas. Construídas por várias mãos: foi preciso uma mãe disposta e com coragem para falar de questões tão delicadas e dolorosas, e, também, Sofia, que, ora em nome de Mariana, ora em seu próprio nome, se pôs a falar de coisas tão angustiantes, tão complexas, para que, em outro momento, pudéssemos elaborar associações entre falas, relatos e teoria. A complexidade desta história confunde até aqueles que a escutam. É possível se identificar com Sofia e ter uma dimensão de sua angústia, quando ouvimos a mãe contar todo esse emaranhado de não-ditos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste ponto do trabalho, tenho a sensação de que trata-se de considerações “intermediárias”, pois diante do caminho já trilhado não poderia considerá-las iniciais, e em coerência com minhas percepções e com o paradigma de ciência que adoto, não poderia, absolutamente, considerá-las finais. Apresento considerações que têm o propósito de possibilitar e estimular novas reflexões.

Este trabalho não compreende o TDAH como uma categoria diagnóstica, mas sim, como diferentes formas de manifestações de sofrimento infantil, que merecem ter suas singularidades consideradas, ou seja, considerando a história de vida de cada criança, que esteja agitada, desconcentrada e/ou impulsiva. A partir desta perspectiva, tornou-se possível o encontro com Julio e Sofia, com suas histórias, produções, e com o sentido de seus sintomas. Certamente, se o comportamento de ambos fosse entendido como consequência de um distúrbio neurológico, não haveria muito a investigar, seriam apenas as manifestações de um distúrbio.

E este é um ponto crucial: quantas crianças deixam de existir ao receberem o diagnóstico de TDAH, uma vez que toda e qualquer movimentação, torna-se apenas mais uma manifestação do TDAH? Como por exemplo uma professora, diante de sua sala, que ao saber de nossa pesquisa, apontou para uma criança dizendo: *“Esse aqui, olha só não para, é hiperativo! Não me dá sossego um minuto...”*

Quando apontamos para uma criança, mesmo que não seja de forma literal, como fez essa professora, e lhe atribuímos um diagnóstico, acabamos por nos livrar de grandes angústias - a angústia de não saber o que fazer, ou até mesmo de não saber o que pode estar acontecendo. Pronto, temos um nome: TDAH, que se trata de uma doença, um transtorno que é daquela criança, não temos nada a ver com isso. Assim, nada podemos fazer, a não ser ter um pouco mais de paciência, afinal, é uma criança doente! Também podemos recorrer a um remédio mágico, ao menos para nós, que não temos mais nada a ver com os seus comportamentos inadequados. O que será que nos impede de atender e perceber tais comportamentos como um pedido de ajuda? Seria a nossa crescente dificuldade de sobreviver à angústias, de elaborar, e até mesmo pensar sobre e apesar delas?

Elaborar, pensar, buscar o outro em seu sofrimento não demandam apenas tempo; demandam angustiar-se com o outro, com seus movimentos e desatenções. Birman (2006) considera que os indivíduos contemporâneos possuem imensa dificuldade em transformar dor

em sofrimento, entendendo a dor como uma experiência individual que não necessita do outro para reconhecê-la enquanto tal, já o sofrimento requer o outro. Segundo o autor:

Sem a presença de mediação, a subjetividade pós-moderna se restringe a pura negação, afirmando-se simplesmente pelos murmúrios do negacionismo impotente. Com isso, a dor de existir não se transforma em sofrimento, não podendo ser endereçada ao outro como demanda, de maneira a constituir um mundo de iguais. Em decorrência de todos esses impasses, ficamos, enfim, amesquinados como sujeitos, mas nos exercitando nas ginásticas e massagens exóticas, atribuindo valores mágicos às dietas, quando não francamente intoxicados por drogas, incapazes de criar mediações de mundo. (BIRMAN, 2006, p. 193).

Para além de dificuldades pessoais, estes comportamentos não corresponderiam ao protótipo proposto por nossa sociedade? Uma modernidade líquida, como denominou Bauman (2001), com uma temporalidade cada vez mais veloz e mais distante de nossa capacidade humana de absorção e retenção. Aqui poderíamos nos questionar como Fernandez (2001): medicamos o que produzimos?

Um ser humano constitui-se em sua relação com os demais. Impossível pensá-lo de forma isolada. Todo sujeito vai se moldando a si mesmo em um entorno e em um tempo, construindo uma história. A família e a escola são instituições que, fundamentalmente, influem nessa construção. Instituições marcadas, por sua vez, pela sociedade a qual pertencem. Neste contexto, não podemos considerar os sintomas como provenientes de uma única causa. Júlio e Sofia mostram-nos que suas dificuldades não estão ligadas às bioquímicas cerebrais, e mesmo que estivessem, teriam de ser escutadas, contidas em suas angústias, pois quem pensa e sente é a criança e não seu cérebro.

Júlio e Sofia fazem parte de uma estatística, em constante crescimento, de crianças que em suas manifestações de agitação, desatenção e/ou impulsividade são “atendidas” por meio de uma lista de sintomas a serem assinalados. Provavelmente, aquele que porta a lista encontra o esperado – uma classificação –, pois já parte de uma concepção definida que o impede de olhar para a criança à sua frente. Como Júlio, que recebeu seu diagnóstico, enquanto brincava, como nos contou a mãe. Nesse caso, o que para nós é um indicativo de saúde mental, para o médico tornou-se a confirmação de um quadro (o médico apenas olha para a criança e complementa: “– *Percebi*”). Com Sofia, a constatação de um diagnóstico, sem o olhar, foi dela própria, já que a menina relembra o aviso do primo que lhe diz para não ir até o médico, pois se tratava, segundo ele, de um médico de louco. Sofia, então, comenta com a mãe, após sua consulta: “*Este médico não é de louco, nada, ele nem olhou a minha cabeça.*”

O que deveria ser o início de um diálogo, de uma transferência, um vínculo que permitiria conhecer os problemas da criança, acaba sendo um ato mecânico e instantâneo de encontrar o que se procura. A instantaneidade diagnóstica e medicamentosa vai ao encontro das necessidades de uma sociedade líquida, que não dispõe de tempo para elaborações.

O presente trabalho fora mobilizado, também, por uma experiência clínica, por meu encontro com uma criança que entendia a medicação como uma forma de lhe manter obediente. Um estudo de caso deste paciente certamente seria muito rico, haja vista sua percepção com relação ao assunto. Mas, traria o risco de um olhar incrédulo em virtude de uma relação prévia, podendo dar a falsa sensação de que tudo o que ali fora destacado só fora assim possível como consequência de vários encontros. Indiscutivelmente, os inúmeros encontros no decorrer de uma relação terapêutica trazem um número maior de questões a serem consideradas.

Os encontros com Júlio e Sofia foram únicos, no sentido quantitativo e de singularidade: não os conhecia; comecei a ser apresentada a história de cada um através de suas mães, e posteriormente, munida de papel, lápis de cor, e angústia, me encontro, primeiro com Julio, e em outra ocasião com Sofia. Temores acumulados diante de tantas negativas no caminho deste pesquisar me influenciam a ponto de revelar a ambos apenas parte de minha história. Digo que estava estudando desenhos, ao invés de revelar que estudava desenhos de crianças agitadas e medicadas, de modo que, tanto Júlio como Sofia, puderam confiar a mim, apesar de minha meia revelação, suas questões, seus desenhos e suas histórias. Possivelmente lhes era clara a minha intenção de ouvi-los.

E o que vemos são crianças medicadas e em intenso sofrimento por seus conflitos, e também por sentirem-se incapazes sem a medicação. Pois, o remédio de Júlio e Sofia, além de funcionar como um mecanismo de negação da realidade psíquica, negação de seus conflitos - uma vez que propõe efeitos de forma mágica, imediata, sem a elaboração por parte do sujeito - também favorece uma dependência psíquica, pois ao remédio são atribuídos os “bons desempenhos”. Júlio acredita que sem remédio, sem o seu chão, ele voa, e não é capaz de relacionar-se, de fazer amigos. Sofia verbaliza com tamanha convicção que será somente por meio da medicação que sua personagem conseguirá não se agitar tanto.

E nós, quando conseguiremos atender verdadeiramente às necessidades destas crianças? Júlio nos dá uma importante dica sobre o que, de fato, “concerta” a agitação: o outro, capaz de se vincular, de fazer uma parceria para dar conta de sofrimentos, capaz de sobreviver às angústias.

REFERÊNCIAS

- ABERASTURY, A. *Psicanálise da criança-teoria e técnica*. 8. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- ABRAM, J. *A Linguagem de Winnicott*. Dicionário das palavras e expressões utilizadas por Winnicott. Tradução Marcelo Del Grande da Silva. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.
- ABRÃO, J. L. F. *A história da psicanálise de crianças no Brasil*. São Paulo: Escuta, 2001.
- AGUIAR, A. A. de. *A psiquiatria no divã: entre as ciências da vida e a medicalização da existência*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2004.
- AIELLO-VAISBERG, T. M. J. Investigação de Representações Sociais. In: TRINCA, W. (Org.). *Formas de Investigação em Psicologia Clínica, procedimentos de desenhos-histórias: procedimento de desenhos de famílias com estórias*. São Paulo: Vetor, 1997. p. 255-288.
- ALVES-MAZZOTTI, A. J.; GEWANDSZNAJDER, F. As Ciências Sociais são Ciências? In: _____. *O método nas ciências naturais e sociais: pesquisas quantitativa e qualitativa*. São Paulo: Pioneira, 1998. p. 70-85.
- AMARAL, A. H.; GUERREIRO, M. M. Proposta de avaliação neuropsicológica para diagnóstico. *Arquivos neuropsiquiatria*, São Paulo, v. 4, n. 59, p.884-888, 2001.
- ANDREOTTI, A. L. *O Projeto de Ascensão Social Através da Educação Escolarizada na Década de 1930*. HISTEDBR, 2006. Disponível em: <http://www.histedbr.fae.unicamp.br/navegando/artigos_frames/artigo_023.html>. Acesso em: 15 jan. 2008.
- ANGELL, M. Doutores sabem nada. *Super Interessante*, São Paulo, 2006, n. 228, p. 14-16, jul. 2006.
- ARIÈS, P. *História social da criança e da família*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1981.
- ASSEMBLÉIA Legislativa do Estado de Minas Gerais. *Comissões discutem políticas para Déficit de Atenção e Hiperatividade*. 28/06/2007. Disponível em: <http://www.almg.gov.br/not/bancodenoticias/not_641608.asp>. Acesso em: 19 fev. 2008.
- BARKLEY, R. A. *Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH): guia completo e atualizado para os pais, professores e profissionais da saúde*. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- BARROS, J. C. A. *Políticas farmacêuticas: A serviço dos interesses da saúde?* Brasília: Unesco/Anvisa, 2004.

BAUMAN, Z. *Amor Líquido*. Sobre a fragilidade dos laços humanos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2004.

_____. *Globalização as conseqüências humanas*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.

_____. *Modernidade Líquida*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

_____. *O mal-estar da pós-modernidade*. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1998.

BENASAYAG, L. (Org.). *ADDH*. Niños con déficit de atención e hiperactividad. Una patología de mercado? Buenos Aires: Novadades Educativas, 2007.

BIBLIOTECA Virtual Carlos Chagas. Disponível em:

<www4.prossiga.br/chagas/traj/links/textos/rockefeller.html>. Acesso em: 19 jan. 2008.

BIGNONE, I. M. I.; SERRATE, M.; DIEZ, R. A. Farmacovigilância de las drogas usadas en niños com diagnóstico de ADD/H o ADHD. In: BENASAYAG, L. (Org.). *ADDH*. Niños con déficit de atención e hiperactividad. Una patología de mercado? Buenos Aires: Novadades Educativas, 2007. p. 75-87.

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

_____. *Mal-estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

BRANDÃO, A. C. C. *Desafio*: Controlar a droga antiagitação. Disponível em

<http://comvisa.anvisa.gov.br/tiki-read_article.php?articleId=1137&highlight=ritalina%20na%20cesta%20basica%20de%20medicamentos>. Desde: 04 de out. de 2006. Acesso em: 29 nov. 2007.

_____. *Medicamento*. Disponível em: <http://comvisa.anvisa.gov.br/tiki-read_article.php?articleId=369&highlight=crinaças%20obedientes%20atraves%20de%20receita%20medica>. Desde: 22 de fev. de 2005. Acesso em: 29 nov. 2007.

BUCHALLA, A. P. Ritalina, usos e abusos. *Revista Veja*, São Paulo, 2004, ed., 1877, p. 68, dez. 2004.

CALDERARO, R. S. dos S.; CARVALHO, C. V. Depressão na infância: um estudo exploratório. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 10, n. 2, p. 181-189, maio/ago. 2005.

CASTAÑEDA, L. A. Eugenia e Casamento. *Hist. Cienc. Saúde - Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702003000300006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 jan. 2008.

CID 10. Classificação Internacional de Doenças. Organização Mundial da saúde. Genebra: Artes Médicas, 1993.

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

_____. *Melanie Klein*. Estilo e pensamento. São Paulo: Escuta, 2004.

CLARK, J. U. *A primeira república. As escolas graduadas e o ideário do Iluminismo Republicano*. HISTEDBR, 2006. Disponível em: <www.histedbr.fae.unicamp.br/navegando/textos>. Acesso em: 15 jan. 2008.

COSTA E SILVA, J. A. Psiquiatria S. A. *Revista Veja*, São Paulo, ano 34, n. 25, p. 11-15, jun. 2001.

CYPEL, S. *A criança com déficit de atenção e hiperatividade: atualização para pais, professores e profissionais de saúde*. São Paulo: Lemos, 2001.

DILLER, L. H. Extreme Ritalin. The drug should not become the moral equivalent of, better parenting and schools. *Salon Health & Body*. Disponível em: <<http://archive.salon.com/health/feature/2000/03/31/ritalin/index.html>>. Acesso em: 30 nov. 2007.

DSM IV - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais. American Psychiatric Association, 1994.

FAVREAU, A. et al. Benefit of the extended-release methylphenidate formulations: a comparative study in childhood. *Arch Pediatr*, v. 13, n. 5, p. 442-448, maio/2006.

FERNANDEZ, A. *Os idiomas do aprendente*. Análise das modalidades ensinantes com famílias, escolas e meios de comunicação. Porto Alegre: ArtMed, 2001.

FERREIRA, A. B. H. *Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa*. 3. ed. Curitiba: Positivo, 2004.

FERRO, A. *A técnica na psicanálise infantil: a criança e o analista da relação ao campo emocional*. Rio de Janeiro: Imago, 1995.

FIGUEIREDO, L. C.; CINTRA, E. M. U. *Melanie Klein*. São Paulo: Publifolha, 2008.

FOUCAULT, M. *História da sexualidade I: A vontade de saber*. Tradução de M. T. Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

_____. *O nascimento da Clínica*. Tradução de Roberto Machado. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

FOUCAULT, M. *Vigiar e Punir*. Tradução de Raquel Ramalhete. 13. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2002.

FREUD, S. (1905). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: *Obras psicológicas completas: Edição Standart Brasileira*. v. VII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. (1909). Análise de uma fobia em um menino de cinco anos. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1990. v. X. p. 11-154.

FREUD, S. (1917). O Sentido dos Sintomas. In: *Obras Completas*. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1976. v. XVI. Conferência XVII, p. 323-336.

_____. (1923). Dois verbetes de enciclopédia. In: *Obras Completas*. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1988. v. XVII. p. 253-275.

_____. (1926). Inibições, Sintomas e Ansiedade. In: *Obras Completas*. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1976. v. XX, cap.2, p. 95-201.

GOLDSTEIN, S.; GOLDSTEIN, M. *Hiperatividade: Como desenvolver a capacidade de atenção da criança*. Campinas: Papyrus, 1994.

GRANATO, T. M. M.; AIELLO-VAISBERG, T. M. J. Tecendo a pesquisa clinica em narrativas psicanalíticas. In: _____. *Mudanças. Psicologia da Saúde*, v. 12, n. 2, p. 253-271, jul./dez. 2004.

GROLNICK, S. *Winnicott. O trabalho e o brinquedo. Uma leitura introdutória*. Porto Alegre: Artes Medidas, 2003.

GUITMANN, G.; MATTOS, P.; GENES, M. O uso da venlafaxina no tratamento do transtorno do déficit de atenção e hiperatividade. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v. 28, n. 5, p. 243-247, 2001.

HERRMANN, F. Pesquisando com o método psicanalítico. In: HERRMANN, F.; LOWENKRON, T. (Orgs.). *Pesquisando com o Método Psicanalítico*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. p. 43-83.

HINSHELWOOD, R. D. *Dicionário do pensamento kleiniano*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

HORA, D. M. *Medicalização, Escola Nova e Modernização da Nação: 1930-1945*.

JANIN, B. (Org.). *Ninõs desatentos e hiperactivos, ADD-ADHD: reflexiones críticas acerca Del trastorno por déficit de atención com o sin hiperactividade*. 1. ed. Buenos Aires: Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico, 2007.

KLEIN, M. (1935). Uma Contribuição À Psicogênese dos Estados Maníaco-Depressivos. In: ____ *Amor, Culpa e Reparação e outros trabalhos (1921-1945)*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 301-329.

KLEIN, M. (1937). Amor, Culpa e Reparação In: ____ *Amor, Culpa e Reparação e outros trabalhos (1921-1945)*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 346-386.

KLEIN, M. (1946). Notas Sobre Alguns Mecanismos Esquizóides. In: ____ *Inveja e Gratidão e outros trabalhos*. Rio de Janeiro: Imago, 1991. p. 17-43.

____. *Amor, Culpa e reparação e outros trabalhos*. Obras Completas. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 1.

____. *Contribuições à Psicanálise*. São Paulo: Mestre Jou, 1970.

KLUGER, J. Medicando mentes jovens. *Time*. 26 out. 2003. Disponível em: <<http://noticias.uol.com.br/time/ult640u476.jhtm>>. Acesso em: 26 out. 2006.

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

LOMBARDI, J. C.; SAVIANI, D.; NASCIMENTO, M. I. M. (Orgs.). **Navegando na História da Educação Brasileira**. Campinas: Graf. FE; HISTEDBR, 2006. Disponível em: <www.histedbr.fae.unicamp.br/navegando/artigos.html>. Acesso em: 15 jan. 2008.

LOWENKRON, T. A investigação psicanalítica está ameaçada de extinção? *Revista Brasileira de Psicanálise*, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 159-168, 2005.

MATOS, E. G. et al. A importância e as limitações do uso do DSM IV na prática clínica. *Revista Psiquiatria*, Rio Grande do Sul, v. 27, n. 3, p. 312-318, set./dez. 2005.

MEZAN, R. *Psicanálise e pós-graduação: notas, exemplos, reflexões*. In: ____ *Interfaces da Psicanálise*. São Paulo: Companhia das Letras, 2002. p. 317-392.

MORAIS, J. Viciados em remédios. *Superinteressante*, São Paulo, n. 185, p. 42-49, fev. 2003.

MOYSÉS, M. A. A. *A institucionalização Invisível*. Crianças que não-aprendem-na-escola. Campinas: Mercado de Letras, 2001.

MOYSÉS, M. A. A.; COLLARES, C. A. L. A história não contada dos distúrbios de aprendizagem. In: ALMEIDA, M. J. *O sucesso escolar: um desafio pedagógico*. *Cadernos Cedex*, Campinas, n. 28, p. 31-47, 1992. p. 18-23.

NAGLE, J. *Educação e Sociedade*. Na Primeira República. 2. ed. Rio de Janeiro: DP & A, 2001.

NEWMAN, A. *As idéias de D. W. Winnicott: um guia*. Rio de Janeiro: Imago, 2003.

PALLARES-BURKE, M. L. G. Entrevista com Zigmunt Bauman. *Tempo Soc.*, São Paulo, v. 16, n. 1, jun. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-20702004000100015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 08 jul. 2008.

PASTURA, G.; MATTOS, P. Efeitos colaterais do metilfenidato. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 1-9, 2004.

PATTO, M. H. S. Ciência e Política na Primeira República: Origens da Psicologia Escolar. *Mnemosine*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 0, p. 1-28, 2004.

REIS, C. M. C. Escrever relatório & escrever tese. In: HERRMANN, F.; LOWENKRON, T. (Orgs.). *Pesquisando com o Método Psicanalítico*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. p. 415-422

RIBEIRO, D. P. S. A. *Transacionalidade e uso do Procedimento de Desenhos-Estórias com tema nas Primeiras Entrevistas Clínicas*. 2007. Tese (Doutorado Psicologia) - Centro de Ciências da Vida, Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2007.

RIBEIRO, P. R. M. História da saúde mental infantil: A criança brasileira da colônia à Republica Velha. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 11, n. 1, p. 29-38, jan./abr. 2006.

ROCHA, H. H. P. Educação escolar e higienização da infância. *Cadernos Cedes*, Campinas, v. 23, n. 59, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-32622003000100004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 jan. 2008.

RODRIGUES, J. T. A medicação como única resposta: Uma miragem do contemporâneo. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 8, n. 1, p. 13-22, jan./jun. 2003.

ROHDE, L. A.; HALPERN, R. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade; atualização. *Jornal de Pediatria*, São Paulo, v. 80, n. 2, p. 61-69, 2004.

RUSSO, J.; VENÂNCIO, A. T. A. Classificando as pessoas e suas perturbações: a “revolução terminológica” do DSM III. *Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental*, v. IX, n. 3, p. 460-483, set. 2006.

SEGAL, H. *Introdução à obra de Melanie Klein*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

SEGATTO, C.; PADILLA, I.; FRUTUOSO, S. Remédios demais? *Revista Época*, São Paulo, n. 446, p. 108-115, 2006.

SILVA, M. L. Pensar em Psicanálise In: _____. *Investigação e Psicanálise*. Campinas: Papirus, 1993.

SIMON, R. *Introdução à psicanálise: Melanie Klein*. São Paulo: EPU, 1986.

SOUZA, A. S. L. *Pensando Inibição a Intelectual*. Perspectiva Psicanalítica e Proposta diagnóstica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1995.

SOUZA, E. M. L.; INGBERGMAN, Y. K. Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade: características, diagnóstico e formas de tratamento. *Revista Interação*, Curitiba, v. 4, p. 23-37, 2000.

SUCUPIRA, A. C. S. L. Hiperatividade doença ou rótulo? In: _____. Fracasso escolar – uma questão médica? *Cadernos Cedes*, Campinas, n. 15, p. 18-24, 1985.

SUGIMOTO, L. Da Filantropia à pesquisa participativa. *Jornal da Unicamp*. Disponível em: <http://www.unicamp.br/unicamp/unicamp_hoje/ju/julho2004/ju259pag8b.html>. Acesso em: 20 jan. 2008.

TALLIS, J. Neurología y trastorno por déficit de atención: mitos y realidades. In: JANIN, B. (Org.). *Niños desatentos e hiperactivos, ADD-ADHD: reflexiones críticas acerca Del trastorno por déficit de atención com o sin hiperactividade*. 1. ed. Buenos Aires: Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico, 2007. p. 187-224.

TRACZ, L. B. *Psicanálise e Hospital Geral: A Trajetória de uma Escuta*. 2002. 102f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

TRINCA, W. (Org.). *Formas de investigação clínica em Psicologia: procedimentos de desenhos-histórias: procedimento de desenhos de famílias com estórias*. São Paulo: Vetor, 1997.

UNTOIGLICH, G. Los riesgos de vivir em tiempos de subjetividade líquida. In: Idem *La atención y el aprendizaje. Niños inquietos. Actividad o hiperactividad?* Buenos Aires: Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico, 2007.

VASEN, J. *La atención que no se presta: el “mal” llamado ADD*. 1. ed. Buenos Aires: Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico, 2007.

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

WINNICOTT, D. W. A integração do ego no desenvolvimento da criança. In: _____. *O ambiente e os processos de maturação*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 1990. p. 55-61.

_____. A Posição Depressiva no Desenvolvimento Emocional Normal. In: *Da Pediatria à Psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p. 355-373.

WINNICOTT, D. W. Distorções do ego em termos de falso e verdadeiro self. In: _____. *O ambiente e os processos de maturação*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 1990. p. 128-275.

ZAMETKIN, A. J.; ERNST, M. Problems in the management of attention-deficit-hyperactivity disorder. *N Engl J Med*, v. 340, p. 780-788, jan. 1999.

ZIMERMAN, D. E. *Vocabulário Contemporâneo de Psicanálise*. Porto Alegre: Artmed, 2001.

ANEXO

ANEXO 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pelo presente instrumentos às exigências legais, Sr^a _____ portadora da cédula de identidade _____ e Sr _____ portador da cédula de identidade _____, e responsáveis legais pelo menor _____, após leitura minuciosa deste documento e explicações fornecidas pela pesquisadora responsável, Ana Karina Barbosa (telefone: 14- 9701 3128), não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firmam seu Consentimento Livre e Esclarecido concordando em participar da pesquisa e autorizando a participação do menor, nesta pesquisa intitulada: “O significado do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade para crianças diagnosticadas”, protocolada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa –UNESP -campus Assis (telefone 18-3302 57 40). Esta pesquisa se justifica pela atualidade e relevância de seu tema, e tem por objetivo compreender como a criança com TDA/H se sente em relação a este diagnóstico; para isto irá se utilizar entrevista, com um total de cinco perguntas com os pais e/ou responsáveis e do procedimento de Desenho-Estória com tema com a criança. Espera-se que tais procedimentos não ofereçam nenhum tipo de desconforto aos participantes, contudo caso ocorra algum tipo de constrangimento ou mesmo sensação de desconforto por parte de algum participante, fica firmada a garantia de liberdade em se recusar a participar da pesquisa ou retirar seu consentimento, em qualquer momento, independente da fase em que a pesquisa esteja, sem que isso acarrete algum tipo de penalização ou prejuízo ao participante que assim decidir.

Também se firma as garantias de esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa, assim como, o sigilo quanto aos dados provenientes da entrevista, desenhos, e relatos fornecidos a pesquisadora. O anonimato será cuidado de todas as formas cabíveis, nomes originais não serão revelados, em nenhum tipo de comunicação a respeito de seus resultados, do mesmo modo que informações que possam levar a identificação de qualquer um dos participantes. A pesquisadora se responsabiliza em prestar assistência psicológica e / ou orientações desta ordem, caso a participação nesta pesquisa mobilize conteúdos psíquicos, que levem algum dos participantes a apresentar dificuldades, desconfortos.

Os dados da pesquisa serão expostos através de publicações e comunicações, sejam impressas e / ou em eventos científicos, mas sempre respeitando o sigilo e o anonimato dos

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

Barbosa, Ana Karina
B238e Era uma vez no encontro com crianças agitadas: o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade diagnóstico e medicação / Ana Karina Barbosa. Assis, 2008
101 f. il.

Dissertação de Mestrado – Faculdade de Ciências e Letras de Assis – Universidade Estadual Paulista.

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

CDD 153.1532

616.8917

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)