

Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade na clínica psicanalítica: uma revisão narrativa

Attention-Deficit Hyperactivity disorder in the psychoanalytic clinic: a narrative review

Juliana Mistrini Veríssimo

jumistrini@gmail.com

Maria Elizabeth Barreto Tavares dos Reis

bethtavaresreis@gmail.com

Resumo

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) tem sido a descrição diagnóstica mais utilizada para explicar os comportamentos considerados inadequados das crianças, sendo o uso do medicamento oferecido como principal meio de intervenção, apesar das possíveis consequências ao desenvolvimento infantil. Realizou-se uma revisão narrativa sobre o tema, do ponto de vista da psicanálise, com o objetivo de compreender como tem sido o olhar dos profissionais que se utilizam da teoria psicanalítica no atendimento à criança que recebe o diagnóstico de TDAH. Foi possível perceber a necessidade de melhor compreender as questões emocionais subjacentes à manifestação dos sintomas. Além disso, verificou-se que a clínica psicanalítica tem sido utilizada como uma alternativa favorável, pois considera a subjetividade da criança e suas relações parentais e sociais.

Palavras chave: Psicanálise; TDAH; Diagnóstico; Medicalização.

Abstract

Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) has been the most used diagnostic description to explain the behaviors that are considered inadequate in children and the foremost mean of intervention offered has been the use of the medication, despite all the possible consequences for children's development. A narrative review on the subject was carried out, from the point of view of psychoanalysis, with the purpose of understanding how has been the view of the professionals who use psychoanalytic theory in the care of the child receiving the diagnosis of ADHD. It was possible to perceive the requirement of better understanding the emotional issues underlying the manifestation of symptoms. In addition, it has been verified that the

psychoanalytic clinic has been used as a favorable alternative, once it considers the child subjectivity and its parental and social relationships.

Key words: Psychoanalysis; Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD); Diagnostic; Medication.

Introdução

Considerado um processo inevitável que busca conhecer, discernir e explicitar a compreensão de um fenômeno, o diagnóstico, do grego “diagnōstikós”, pode ser aplicado a diversas áreas do conhecimento. No entanto, ao ocupar-se do campo científico, este se utiliza de conceitos teóricos e científicos que podem possuir compreensões distintas, a depender da base que os referenciam, considerando os diversos pontos de vista capazes de existir sobre um mesmo fenômeno (Ancona-Lopes, 1984).

O processo diagnóstico no campo da psicologia varia consideravelmente, pois, são diversos os contextos em que pode ser aplicado, assim como são diversas as teorias existentes que o respaldam. O elemento primordial do psicodiagnóstico se refere ao fato de não ser um conhecimento acabado, pois, ao investigar um determinado momento da vida do indivíduo este estabelecerá sempre uma hipótese diagnóstica (Ancona-Lopes, 1984).

Na clínica psicanalítica um elemento de grande importância no processo psicodiagnóstico é a captação dos fatores perturbadores e das angústias básicas do paciente, bem como os mecanismos utilizados para lidar com as mesmas (Safra, 1984). Se trata de um método psicodinâmico que se inicia desde o primeiro contato estabelecido com o paciente e/ou seu responsável até a finalização do caso (Trinca, 1984). Nesse aspecto, Winnicott (1983/1962) destaca a importância essencial do diagnóstico enquanto guia da ação terapêutica a ser utilizado durante o tratamento.

Apesar de se tratar de um processo necessário para a compreensão de um fenômeno, o diagnóstico, como tem sido realizado na atualidade, tem gerado inquietações, pois, conforme aponta Kupfer (2011) a infância vem sendo alvo de um modelo diagnóstico que transforma as manifestações típicas das crianças em disfunções neurológicas e bioquímicas, e imediatamente como respostas a estas, o medicamento é apresentado como principal recurso. A preocupação com o amplo movimento de medicalização do sofrimento humano tem impulsionado discussões em diversas áreas do saber, na qual inclui-se a psicanálise (Serralha, 2010).

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) tem sido a descrição médica mais utilizada para explicar as dificuldades apresentadas pelas crianças (Legnani &

Almeida, 2009). Trata-se de um tema amplamente debatido na contemporaneidade que está diretamente ligado ao modelo psiquiátrico atual sustentado pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) (Kyrillos Neto & Santos, 2013).

A clínica psicanalítica tem-se mostrado contrária a este modelo de diagnóstico e ao consequente tratamento medicamentoso, pois ao se pautar na ética do desejo não tem por objetivo a adaptação à realidade, não visa dar explicações generalistas sobre um fenômeno, mas sim oferecer um espaço de escuta que possibilite ao sujeito fazer uma escolha subjetiva entre seu desejo singular e a submissão ao discurso e desejo do Outro. Desta forma, a leitura psicanalítica do TDAH acontece atrelada à premissa de que a objetivação dos quadros psicopatológicos proposto pelo DSM tem reduzido a criança ao saber médico, de tal modo suas manifestações, ao ser comparadas com as manifestações catalogadas, passam a ser enquadradas para uma melhor adaptação e recondução do que é esperado pelo ideal parental e social (Lacet, 2014). Na contramão desse processo, a clínica psicanalítica tem como proposta valorizar a escuta do sintoma da criança, assim se mostra como uma alternativa ao modelo vigente adepto à medicalização das manifestações das crianças tidas como desatentas e hiperativas (Kyrillos Neto & Santos, 2013).

Embora seja apresentado um ponto de vista sobre o TDAH, este estudo não pretende apresentar uma nova interpretação acerca do mesmo, uma vez que o objetivo da psicanálise não deve ser o de acrescentar uma nova etiologia para o transtorno e sim de compreender os sintomas apresentados de forma singular (Lacet, 2014), trata-se, todavia de questionar o modelo reducionista e generalista do processo diagnóstico que tem levado e elevado o quadro de TDAH.

No intuito de apresentar a psicanálise como campo de contribuição para as reflexões acerca do TDAH e da medicalização na infância, este trabalho versa sobre o diagnóstico do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) com o objetivo de compreender como tem sido o olhar dos profissionais que se utilizam da teoria psicanalítica no atendimento à criança que recebe o diagnóstico de TDAH.

Método

Empregou-se da revisão narrativa, que consiste em fornecer sínteses narrativas de informações publicadas anteriormente (Ribeiro, 2015), para abordar o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) sob uma perspectiva psicanalítica. Para tanto, foi realizado um levantamento bibliográfico sobre o que tem sido produzido acerca da temática em materiais

impressos e online, atribuindo maior ênfase aos trabalhos disponibilizados em sítios eletrônicos pela facilidade de acesso e maior disseminação das informações, o que possibilita também a priori, obter uma dimensão do conteúdo existente acerca do tema.

A busca se deu inicialmente por bibliografias impressas que abordassem conteúdos relativos ao TDAH e a Psicanálise concomitantemente, posteriormente, realizou-se um levantamento dos artigos brasileiros publicados em periódicos científicos, nas bases de dados do portal de Periódicos Eletrônicos de Psicologia (PePSIC), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS) utilizando-se dos seguintes descritores: Psicanálise + TDAH; Psicanálise + TDAH + diagnóstico; Psicanálise + TDAH + medicalização; Psicoterapia + TDAH; Psicoterapia + TDAH + diagnóstico; Psicoterapia + TDAH + medicalização; TDAH + Diagnóstico + Medicalização.

A fim de delimitar os artigos oriundos da pesquisa ao objetivo do estudo, realizou-se uma análise a partir dos respectivos títulos e resumos, utilizando-se enquanto critério de inclusão os artigos que abordassem a prática clínica com crianças diagnosticadas com o TDAH sob o ponto de vista psicanalítico.

Resultados e discussão

Resultantes da pesquisa empreendida, inicialmente foram encontrados “O livro Negro da Psicopatologia contemporânea”, organizado por Jerusalinsk e Frenndrik (2011), bem como a tese de doutorado “A escuta psicanalítica da criança e seu corpo frente ao diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH)” desenvolvida por Cristine Costa Lacet (2014), em seguida foram localizados e selecionados 25 (vinte e cinco) artigos nas bases de dados pesquisadas. Destes, 12 (doze) artigos apresentavam características que atendiam ao critério de inclusão, sendo 10 (dez) disponibilizados na íntegra e 2 (dois) disponíveis para acesso apenas os seus respectivos resumos. Para a construção deste estudo foram considerados os 10 (dez) artigos disponibilizados na íntegra resultantes da pesquisa realizada, datando do período entre 2009 e 2016, os quais estão listados na Tabela 1.

Verificou-se que os artigos excluídos da análise que não corresponderam ao critério de inclusão são oriundos de diversos campos de conhecimento que abordam a temática do TDAH, dentre os quais estão a medicina (psiquiatria e pediatria), fonoaudiologia, educação, psicologia com ênfase na terapia cognitivo comportamental e na Gestalt terapia.

Através da análise dos artigos selecionados, observou-se que a maioria apresenta uma crítica ao diagnóstico e ao tratamento médico, seguida por um estudo de caso sobre o atendimento clínico, fundamentado na psicanálise, de crianças que receberam o diagnóstico e tratamento médico de TDAH.

Alguns trabalhos como os de Legnani (2012) e França (2012) apontaram para a importância de não desconsiderar uma possível base biológica para explicação dos sintomas correspondentes ao TDAH, porém são contundentes em afirmar que mesmo quando observada alguma disfunção, o diagnóstico, bem como o tratamento devem considerar a subjetividade e a singularidade de cada criança, de modo a respeitar suas relações e sua história. Para A. Jerusalinsky (2011) a crítica não é formulada a fim de desconsiderar a hipótese de existirem crianças com problemas de atenção específicos como o de uma diminuição do sensorio, mas sim para questionar o discurso de que o TDAH é causado por configuração específica do sistema nervoso, da qual não se tem provas. Assim como Kupfer (2011) salienta que não se trata de negar a possível base neurológica ou genética observada pelas pesquisas médicas, trata-se, porém, de questionar a característica deste discurso em excluir a subjetividade da criança e destituir o saber familiar, promovendo conseqüentemente a anulação do saber inconsciente dos pais, que mesmo sendo capazes de entender os descompassos com seus filhos, procuram o médico.

Em todos os trabalhos verificou-se que o procedimento diagnóstico pautado na disfunção orgânica do TDAH tem afetado a subjetividade das crianças de forma considerável, uma vez que ao excluí-las do processo diagnóstico e ter como único tratamento o uso de medicamentos, este impossibilita qualquer elaboração simbólica singular por parte delas.

Sendo assim, dada a relevância com que estes elementos aparecem no estudo e a posição que ocupam, optou-se por analisar de forma mais específica o processo da medicalização e as manifestações emocionais das crianças, bem como as contribuições da psicanálise à busca de compreensão do TDAH.

O diagnóstico de TDAH e sua conseqüente medicalização: onde fica a criança?

Segundo o DSM-V (2014), o TDAH é um transtorno do neurodesenvolvimento definido por níveis prejudiciais de desatenção, desorganização e/ou hiperatividade, manifestados antes dos doze anos e que persistem na vida adulta, resultando prejuízos no âmbito pessoal, social, acadêmico e profissional. Na lógica do diagnóstico médico, o DSM surge com um dispositivo capaz de dar respostas objetivas e conclusivas, neste sentido, “a proposta é entender a

sintomatologia como geneticamente determinada, cujas reações biológicas ou fisiológicas devem ser simplesmente medicadas e não compreendidas dentro de um contexto e de uma história” (Serralha, 2010, p. 81).

As informações apresentadas pelo DSM acerca das disfunções das crianças mostram-se pouco operacionais, pois, além de ignorarem o sujeito, as mesmas disfunções descritas em um quadro podem ser encontradas em demais estruturas clínicas e posições subjetivas. As disfunções descritas no TDAH podem ser encontradas na psicose, autismo ou debilidade intelectual, deste modo, “pode, por exemplo, diagnosticar a agitação psicomotora de uma criança psicótica como sendo transtorno de hiperatividade” (Legnani & Almeida, 2009, p. 15).

Pautada na lógica médica de diagnóstico, a prescrição medicamentosa tem sido utilizada como primeiro procedimento adotado para o tratamento de TDAH (Lacet, 2014). Segundo os dados do Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados (SNGPC) o consumo de metilfenidato – composto farmacológico comercializado no Brasil com os nomes de *Concerta* e *Ritalina* – teve um aumento real médio mensal de 28,2% entre os anos de 2009 e 2011, um aumento que, tanto pode ser explicado pelo alto número de prescrições para tratamento de TDAH, quanto pelo uso associado a aprimoramento cognitivo e recreação (Anvisa, 2012). Nesta perspectiva, A. Jerusalinsky (2011) aponta a existência de uma intrigante relação entre o surgimento de um medicamento para o tratamento de TDAH e o aumento de diagnósticos do suposto transtorno.

Com a inexistência de exames clínicos laboratoriais que comprovem que as dificuldades são de origem orgânica (França, 2012), no modelo psiquiátrico, a avaliação diagnóstica é realizada a partir de entrevistas com os adultos que convivem com a criança, no qual são coletadas informações sobre os comportamentos manifestados pelas crianças, onde é obrigatória a ausência ou presença de sintomas (Legnani, 2012). Ao realizar a discussão acerca do diagnóstico do TDAH, Silva, Serralha e Laranjo (2013) assinalam que a confirmação deste pode ser considerada embaraçosa, tendo em vista que além dos elementos apontados, este envolve outros fatores que vão desde a quantidade de sintomas ao tempo que estes se apresentam e permanecem nas crianças.

Para Frenndrik (2011), o uso do DSM escapa ao controle da American Psychological Association (APA), pois, o que a princípio tinha como objetivo auxiliar profissionais da área de saúde, passou a ser utilizado em novos espaços e instituições, como escolas, consultórios psicopedagógicos, tribunais, hospitais e serviços sociais, permitindo aos leigos saberem os nomes técnicos dos transtornos e diagnosticarem previamente, na observação dos sinais dado

pelo manual, os transtornos que aparecem em seus campos. Neste sentido, com a expansão das informações para além do campo psiquiátrico, médicos de outras especialidades e até mesmo o público leigo, como pais e professores, inferem frequentemente hipóteses diagnósticas quando se veem diante de determinados comportamentos manifestados pelas crianças (Barbosa & Paro, 2014), readequando sua prática a partir deste. A escola, por exemplo, ao se utilizar do conhecimento científico difundido no contexto da saúde mental tem se instrumentalizado do discurso e de orientações médico-psicológicas, e por esse motivo, tem reduzido o que se espera da criança em padrões de comportamentos, de ensino e aprendizagem, entre outros, sustentados pela premissa médica de déficit ou disfunção neurológica (Legnani & Almeida, 2009). Da mesma forma, Kyrillos Neto e Santos (2013) indicam que,

As noções de responsabilidade, vontade ou culpa perdem espaço se tomarmos um desequilíbrio em certos neurotransmissores como causa para os comportamentos de desatenção/hiperatividade. [...] vemos crianças com comportamentos que fogem a alguns padrões socialmente almejados sendo diagnosticadas com TDA/H e “concertadas” (em alusão ao medicamento *Concerta*) com doses de metilfenidato. Isso nos permite compreender o consumo exacerbado dessa substância na atualidade, assim como a tendência à medicalização da infância (Kyrillos Neto & Santos, 2013, p. 43).

Nota-se que é partir do conflito com adultos em contextos específicos, em casa ou na escola, que a manifestação dos sintomas relacionados ao TDAH têm início (D. Jerusalinsky, 2011). O contexto escolar tem sido referenciado como lugar principal de surgimento do diagnóstico de TDAH, onde a nomeação diagnóstica passa a ser considerada quando a criança não corresponde ao esperado pelos professores, seja no âmbito da aprendizagem ou dos comportamentos. A partir de então, inicia-se um ciclo de encaminhamentos, no qual a escola sugere aos pais que busquem atendimento de especialistas da área médica – psiquiatras neurologistas – para que a criança receba o diagnóstico conciso e o devido tratamento, na expectativa que este se realize pela via medicamentosa (Lacet, 2014). Para França (2012) esse tipo de diagnóstico e tratamento não beneficia a criança, pois ao se atentar aos sintomas e medicalizá-los não se busca a compreensão da função destes, mas sua extinção, suscitando a falsa impressão de que se apreende o que acontece com a criança. De acordo com D. Jerusalinsky (2011),

O diagnóstico de TDAH parece ser simplesmente uma lista dos comportamentos que mais comumente causam conflito ou perturbação em uma classe, especialmente aqueles que contrariam normas que demandam um alto grau de conformidade. Com este diagnóstico, a responsabilidade pelo conflito é atribuída à criança. Em vez de examinar o contexto – procurando compreender, por exemplo, porque uma criança é inquieta ou desobediente na escola ou em casa -, o problema é atribuído ao cérebro alterado da criança. Assim, tanto a família quanto à escola estarão se despojando de responsabilidade

no conflito, enquanto a criança fica estigmatizada como fonte de problemas (D. Jerusalinsky, 2011, p. 251).

Segundo Lacet, (2014), este modelo de intervenção atende prioritariamente à demanda dos pais e da escola que não conseguem controlar os comportamentos da criança, porém ao silenciar a agitação da criança que incomoda, retira também dos pais a responsabilidade de questionar suas implicações nos sintomas do filho e eximi a escola do seu papel de questionar as maneiras e estratégias de lidar com a criança (Lacet, 2014).

muitas crianças medicadas hoje em dia possivelmente seriam brilhantes, criativas, independentes, enfim, maravilhosas, se não fossem pressionadas pelos limites de um meio adulto desatento, conflituoso e estressado. TDA possivelmente não reflete pois déficit de atenção das crianças, mas a falta de atenção as suas necessidades por parte dos adultos (D. Jerusalinsky, 2011, p. 253).

O diagnóstico equivocado e a consequente intervenção medicamentosa para o tratamento do TDAH podem causar efeitos adversos muito graves às crianças. D. Jerusalinsky (2011) alerta que o uso de psicoestimulantes podem gerar diversas reações e assim provocar sintomas relacionados a outros transtornos. O uso do metilfenidato, por exemplo, pode ocasionar a interrupção da espontaneidade, dos comportamentos de exploração, da curiosidade, da socialização e do brincar, além de reduzir ou eliminar a expressão de sentimentos e emoções, principalmente o de angústia associada ao conflito. Deste modo, diante das diversas reações apresentadas, a criança recebe um novo diagnóstico, comumente de depressão e, conseqüentemente um novo medicamento para o tratamento, assim o que teve início com tratamento para falta de atenção e hiperatividade, termina sob o efeito de múltiplas drogas utilizadas por adultos.

Um diagnóstico pautado somente no conjunto de comportamentos que não considere a história da criança e suas relações com o ambiente, reduz as possibilidades de intervenções. Os efeitos causados pelo uso do medicamento refletem diretamente nas emoções necessárias à constituição da subjetividade da criança, pois caso o sintoma seja suspenso pela via da medicação torna-se praticamente impossível compreender as necessidades e/ou os cuidados específicos que a criança possa estar apresentando e requisitando, além do que *“a precisão diagnóstica e o tratamento da doença subjacente também ficam dificultados”* (Serralha, 2010, p.79).

A objetivação dos quadros psicopatológicos proposto pelo DSM tem reduzido a criança ao saber médico, assim suas manifestações são comparadas com às catalogadas e a criança passa a ser enquadrada, de modo a ser adaptada e reconduzida à normalidade esperada pelo

ideal parental e social. A criança fica excluída de todo o processo tendo a partir disso sua singularidade ocultada. Com a prevalência da nomeação diagnóstica reconhecida pelos pais e professores a criança permanece aprisionada na identificação com o diagnóstico e é impedida de acessar aspectos da sua constituição subjetiva e da sua identificação com as figuras parentais (Lacet, 2014). No intuito de promover um modelo de produção de conhecimento sobre a criança, a manifestação é substituída por uma linguagem codificada de descrição classificatória e para sustentar esse caráter objetivo, exclui-se a subjetividade (Vorcaro, 2011).

Considerada por Kyrillos Neto e Santos (2013) como uma alternativa diferente e divergente da proposta atual do manual classificatório, a clínica psicanalítica, por ser uma técnica fundamentada na palavra do sujeito, pode interferir no discurso e fazer um deslocamento entre a demanda apresentada e o sintoma da criança, e deste modo viabilizar a construção discursiva do próprio sujeito que pode desenvolver uma relação muito particular com o seu sintoma, pois trata-se de uma clínica que escuta o singular, uma vez que as manifestações sintomáticas não podem ser decifradas pelo olhar semiológico da psiquiatria, por esta não perpetrar a análise do discurso (Barbosa & Paro, 2014).

Contribuições da clínica psicanalítica à busca da compreensão do TDAH

A psicanálise e a psiquiatria discordam no campo da psicopatologia, tanto no aspecto diagnóstico quanto no clínico. Considerando a diferença entre os campos, a psicanálise, ao entender o sintoma como uma expressão da realidade psíquica constituída pela linguagem, fica impossibilitada de se utilizar do caminho pragmático do empirismo experimental proposto pela psiquiatria (Sibemberg, 2011).

Para A. Jerusalinsky e Fendrik (2011) a prática psicanalítica mantém-se contrária à psiquiatria, dado seu objetivo de resgatar a singularidade do sujeito. Fendrik (2011), ao realizar uma leitura histórica sobre o distanciamento da psicanálise e a psiquiatria, demonstra que a partir da terceira edição do DSM, com influência do cognitivismo e do behaviorismo, os termos psicanalíticos são suprimidos do manual para oferecer lugar aos sinais visíveis que não necessitam da palavra do paciente. Os critérios, por sua vez, foram sendo alterados para proporcionarem respostas cada vez mais objetivas, observáveis e mensuráveis, onde, quando um sintoma não se encaixa em uma descrição pode-se combinar vários outros itens e criar um novo transtorno.

O propósito do psicodiagnóstico clínico é a exploração e o estudo dos fatores intrapsíquicos, interpessoais e socioculturais que estejam causando desajustamentos ao

paciente. É um processo composto por diversas técnicas, como: entrevistas, anamnese, testes psicológicos e orientações, na qual a fundamentação teórica do profissional é base para escolha dos métodos que serão utilizados (Trinca, 1984).

O diagnóstico baseado na teoria psicanalítica investiga o sentido dos sintomas e se atém a noção de estrutura, assim, implica a subjetividade e possibilita hipóteses de trabalho, convocando o sujeito a escutar seu próprio discurso e a protagonizar sua problemática. Quanto as questões referentes ao TDAH, entende-se que os discursos sociais criam possibilidades de regularização de certas estruturas, assim, tanto o social está representado no sujeito, quanto o sujeito está representado no social, portanto são consideradas as dimensões do sujeito e do social. Não se trata, desta forma, de um olhar clínico para uma problemática individual, mas de um olhar ampliado para o ambiente no qual o indivíduo está inserido (Legnani & Almeida, 2009).

O processo psicodiagnóstico, bem como a intervenção em psicoterapia com crianças transcende a individualidade infantil, pois, envolve a participação de outros elementos, como pais, escola, médico. A escuta precisa identificar movimentos que estão além da história do indivíduo, precisa dialogar e provocar o surgimento da lógica inconsciente que está movendo o que é anunciado no espaço terapêutico. A ferramenta principal do psicólogo é a observação do que ocorre ou surge do campo relacional (Tsu, 1984). O processo facilitará à criança a aproximação com suas experiências profundas e temidas, assim, pode ser considerado também terapêutico, pois ao criar um vínculo de confiança com o psicólogo, a criança pode aproximar-se de suas vivências e integrar aspectos da vida emocional, o que permitirá se desvencilhar de bloqueios que paralisavam o seu desenvolvimento (Safra, 1984).

Os impasses no processo de subjetivação advindo das funções materna e paterna ficam demonstrados na clínica de crianças que recebem o diagnóstico de TDAH, uma vez que os sintomas colocam em risco a antecipação imaginária da criança-sujeito na subjetividade dos pais (Legnani & Almeida, 2009). Os pais atribuem à criança o lugar discursivo de filho, consequentemente transmitem ao filho uma herança simbólica, que está ligada à transmissão do conhecimento da sociedade. A constituição da subjetividade acontece sob os efeitos articulados do social e do familiar. *“A maternidade e a paternidade são lugares discursivos em que se articulam componentes libidinais, sociais e políticos”* (Lacet, 2014, p. 60).

Atualmente, a criança é projetada para o futuro para ser um adulto ideal (Vorcaro, 2011). A criança precisa se posicionar para ser lugar personalizado de desejo dos pais, desejo este abarcado pelo ideal da cultura, onde a falta, os limites do gozo, são imaginariamente

preenchidos pelos objetos do campo social. *“Os adultos buscam resgatar o narcisismo perdido através dos filhos, sendo estes últimos considerados como esperança de imortalidade e perfeição numa cultura do narcisismo e individualismo”* (Lacet, 2014, p. 62).

No momento atual, os pais não se sentem autorizados para exercer suas funções, mostram-se impossibilitados de impor limites aos filhos e buscam nas especialidades, comumente na medicina e na psicologia, respostas para o desempenho de seus papéis (Lacet, 2014). Os pais, pessoas responsáveis pelas condições facilitadoras ao desenvolvimento, apresentam o sentimento de culpa com relação aos sintomas ou a doença do filho. A maneira como o profissional abordará a problemática determinará se eles poderão calmamente assumir as suas responsabilidades ou se de forma ansiosa as delegarão ao profissional (Winnicott, 1988/1942). Nesta perspectiva Aberastury (1982) destaca a importância da entrevista inicial com os pais ao apontar que esta não pode ser semelhante a um interrogatório julgador, mas ter como foco aliviar os sentimentos de angústia e culpa despertados pelo conflito do filho. Assim, o analista deve assumir, desde o primeiro momento, o interesse pelo problema ou sintoma da criança.

Na clínica de crianças que recebem o diagnóstico de TDAH os sintomas são explanados de diferentes maneiras. Partindo do referencial winnicottiano, Serralha (2010) aponta que os sintomas relacionados ao suposto transtorno de déficit de atenção e hiperatividade podem ser ancorados ao conceito de tendência antissocial, uma vez que se apresentam a partir das falhas do ambiente em prover os cuidados necessários a continuidade do desenvolvimento saudável do ser que nele se encontra. Para a autora muitos casos compreendidos como sendo de TDAH apresentam complexo de privação, no qual falta para a criança a presença de um ambiente acolhedor, confiável e estável, gerando um aumento na ansiedade que pode originar os sintomas levantados e descritos como critério diagnóstico pelo DSM.

Por outro lado, Lacet (2014), partindo do referencial teórico de Lacan, analisou os sintomas motores descritos para o TDAH como uma produção singular da criança em sua relação com o Outro cujas manifestações evidenciavam o excesso de gozo no corpo pulsional. Legnani (2012) também ancorada na teoria de Lacan, os entendeu como uma forma de expressão de conflitos psíquicos resultante de uma configuração de significantes com a qual a criança se constitui e é constituída, não simplesmente como uma doença orgânica, assim considerou, que a ocorrência sintomatológica no campo orgânico seria um efeito do posicionamento subjetivo da criança e não uma causa originária da problemática do TDAH. Ainda na perspectiva lacaniana, Barbosa e Paro (2014), pautados no conceito de que o sintoma

é uma das possíveis manifestações da pulsão, apontam que os sintomas do TDAH descritos pelo DSM representam a expressão de uma pulsão que se transforma, e questionam se a medicalização impediria essas manifestações. Segundo os autores,

A presença do sintoma e do sinal aponta para existência de um discurso não dito, da porta entreaberta, a qual manifesta o inconsciente. Inserir esse conceito no raciocínio técnico é abrir a via da possibilidade. A via da possibilidade no sentido de que ela nos leve a respostas. A via da impossibilidade no sentido dos obstáculos que ela nos impõe para analisá-la (Barbosa & Paro, 2014, p. 17).

França (2012) apresenta a visão de diversos autores da psicanálise, entre os quais estão Freud, Winnicott, Bick, Maltzer, Bion, Tustin, Ogden, e analisa que o conhecimento sobre a constituição do psiquismo primitivo colaboram para o entendimento do sintomas relacionados ao TDAH, chegando a compreensão de que os prejuízos na construção subjetiva são resultantes das falhas no desenvolvimento primitivo, sendo essas falhas as causas da desatenção, da hiperatividade e da impulsividade.

O sintoma desempenha um papel na dinâmica subjetiva (Matos, 2013). Partindo da posição subjetiva da criança diagnosticada com TDAH, a intervenção do psicanalista focaliza e analisa os efeitos das relações familiares, institucionais e sociais; escuta o infantil no sujeito, fazendo com que a criança também se responsabilize e se implique com seus sintomas e sofrimento, para assim, produzir seu próprio saber a respeito de sua história e encontrar uma saída diferente do lugar designado pelo diagnóstico (Legnani & Almeida, 2009). Segundo Coutinho e Carneiro (2016, p. 117) o sintoma é uma forma que a criança encontra para manifestar sua fala, “se a criança tem a impressão de que todo acesso a uma fala verdadeira lhe é vedado, pode, em certos casos, procurar na doença uma possibilidade de expressão”.

Sob o ponto de vista da psicanálise, a articulação das funções psicológicas, cognitivas se formam pela organização subjetiva de cada sujeito que é constituído na relação com o Outro, portanto o sintoma apresentado pela criança não será visto com déficit ou desordem, mas como produção singular, no qual, partindo da ética do desejo, a psicanálise não objetivará uma adaptação à realidade e conclusões generalistas, mas considerará o sintoma a partir da produção subjetiva, que para além da lógica da interpretação, está no drama ético, político e pulsional do sujeito, ou seja, no laço social (Lacet, 2014).

Serralha (2010), analisou o caso clínico de uma criança de cinco anos com queixa de agressividade, cujo processo psicoterápico teve início antes da consulta médica e da formulação de um diagnóstico médico. No entanto, posteriormente, os pais sentindo-se pressionados pela escola decidiram por consultar um neurologista, onde a criança recebeu o diagnóstico de TDAH

e indicação do tratamento medicamentoso. Os pais ministraram o medicamento por dois dias, mas decidiram suspender em função dos efeitos colaterais causados na criança. A mãe relatou que a criança ficou apática e sem vida.

Tal situação ilustra a função do medicamento sobre os modos de lidar com a criança, uma vez que ao observar seus efeitos no filho os pais decidiram parar de ministra-lo porém não comunicaram o fato aos profissionais da escola, e estes, por sua vez, relatavam que a criança estava bem melhor a partir do uso da medicação. A autora avalia que os pais, por se sentirem culpados e com medo dos efeitos colaterais da medicação, modificaram o modo de se relacionar com a criança, algo que ainda não haviam tentado. Enquanto na escola, o medicamento, que imaginavam estar sendo ministrado à criança, foi sentido como auxílio para as professoras, que também modificaram o olhar sobre a criança. Neste sentido, infere-se que os comportamentos agressivos manifestados pela criança em casa e na escola representavam as necessidades da criança de atenção e cuidado do ambiente.

Considerando o diagnóstico, a medicalização e o mal-estar no contexto escolar, Coutinho e Carneiro (2016) relatam um breve relato do caso de uma criança de seis anos do sexo masculino com queixa de agitação, agressividade e dificuldades de aprendizagem. As autoras acompanham, em um processo interventivo, os pais, a criança e o contexto escolar, concluindo que existem outras maneiras de compreensão e tratamento das questões apresentadas no processo de escolarização, que estão além das explicações organicistas. Nota-se que a partir dos novos discursos produzidos pela família e o novo olhar por parte da escola e dos especialistas sobre a criança, houve novas possibilidades de respostas da criança.

Lopes (2012) apresenta o caso de uma criança de doze anos do sexo masculino diagnosticada pelo saber médico como TDAH, com demanda associada a agitação, nervosismo, desobediência, oscilação de humor e falta de motivação. Ao observar a história subjetiva da criança e a dinâmica familiar, a autora interpreta que a criança estava aprisionada ao desejo materno e o sintoma representaria um pedido da entrada representativa do pai na vida da criança, que exercendo sua função possibilitaria a simbolização da castração.

Legnani (2012) considerou no atendimento de uma criança de oito anos que as manifestações sintomatológicas apresentadas se davam pela forma com que a mãe e o pai cumpriam a função simbólica parental, bem como, pelo modo com que a criança lidava com a castração e com a lei. Também foi considerado que os discursos produzidos pelo saber médico e educacional podem aprisionar a criança à dimensão imaginária de criança portadora de problemas neurológicos. A intervenção teve como objetivo, já nas entrevistas iniciais, retirar o

caráter de culpa conferido aos pais, dando lugar a responsabilização dos mesmos pelos impasses do filho, além de proporcionar à criança a indagação sobre o sentido dos sintomas atribuídos a ela, para que se implicasse e se responsabilizasse com sua própria produção.

Os casos apresentados por Lacet (2014) demonstram que agitação no corpo da criança que recebe o diagnóstico de TDAH evidencia uma necessidade de capturar o olhar do outro. A autora chama a atenção ao fato da demanda surgir por parte dos adultos, que atribuem à criança diversos significantes como desobedientes e incontroláveis. Já por parte das crianças os incômodos não são aparentes e quando questionadas sobre suas movimentações ou sobre as queixas dos pais não demonstram angustias, apenas silêncios prolongados, principalmente quando questionadas sobre seus sentimentos.

Ao analisarem cinco casos clínicos que apontavam para os diagnósticos de TDAH e dificuldades de aprendizagem, Silva et al., (2013), consideraram que cada criança possuía uma história de vida própria, com características e demandas diferentes, assim, concluíram que as intervenções para além dos sintomas manifestos do TDAH, atenderam as demandas de cuidados das relações familiares, possibilitando uma visão integral da criança.

Arelado à lógica social contemporânea de oferecer respostas prontas para qualquer situação que venha a ocorrer, o uso do diagnóstico pautado em categorias de transtornos pode ser compreendido como um dispositivo capaz de diminuir as manifestações particulares dos sujeitos, bem como de diminuir o espaço para a compreensão e a escuta da particularidade daquilo que se manifesta. Toma-se assim o corpo da criança como alvo, sem implicar o sujeito, as relações familiares, institucionais e seus respectivos desdobramentos (Lacet, 2014), e ao estabelecer um diagnóstico pautado somente no conjunto de comportamentos que não considere a história da criança e suas relações com o ambiente, perde-se a possibilidade de intervenções que facilite o desenvolvimento emocional da criança (Serralha, 2010).

Considerando os estudos apresentados, observa-se que a contribuição da psicanálise está em proporcionar ao sujeito – mesmo quando os sintomas são acentuados ou incapacitantes – a compreensão da constituição de seus sintomas (Barbosa & Paro, 2014). Quando inserida na escola, pode possibilitar uma participação mais efetiva dos pais, dos profissionais, dos especialistas do campo médico e da criança sobre a demanda em questão, pois ao implicar todos os envolvidos pode promover outras formas de intervenções, que comumente se contrapõem a lógica da medicalização (Coutinho & Carneiro, 2016). Neste ponto pode ser caracterizada como uma possibilidade de transformação do atual processo de patologização e medicalização (Barbosa & Paro, 2014).

Considerações finais

O alto índice de diagnósticos de TDAH demonstra a hegemonia existente do discurso médico científico pautado pelo DSM. Ao investigar o processo diagnóstico verifica-se que este modelo se caracteriza pela preservação dos elementos estritamente objetivos e mensuráveis, desconsiderando os aspectos subjetivos, intrapsíquicos, relacionais, ambientais, entre outros, ao reduzir o sujeito e seu sofrimento a um conjunto de sintomas expressos pelo comportamento.

Geralmente realizado pela psiquiatria, o processo do diagnóstico médico, frequentemente, não acompanha um levantamento da história de desenvolvimento das crianças, deste modo, reduz a criança e seu sofrimento a processos neuroquímicos, no qual se enxerga na medicalização uma via de intervenção imediata para eliminação de sintomas, o que tem preocupado diversos autores, pois o aumento do consumo de metilfenidato podem gerar efeitos danosos na constituição da subjetividade da criança.

Na contramão da lógica psiquiátrica, percebeu-se a partir deste estudo a clínica psicanalítica como um espaço de escuta e acolhimento onde a criança possa se sentir segura em falar sobre seus sentimentos e dificuldades, sejam elas no âmbito familiar, social e individual e, ainda, como uma alternativa distinta e divergente do modelo classificatório de lidar com os sintomas. A teoria contribui consideravelmente nos debates sobre TDAH, e a técnica pode favorecer o desenvolvimento da subjetividade da criança, pois garante em seu processo, diagnóstico e terapêutico, o respeito a singularidade do sujeito. De tal modo, foi percebido como um método capaz de prevenir os diagnósticos rígidos e classificatórios e o uso indiscriminado de medicamentos na infância.

Os casos clínicos ilustrados nos trabalhos analisados mostram que comumente a criança chega ao consultório com o diagnóstico médico de TDAH recebendo tratamento medicamentoso, porém quando a criança e os pais recebem o direito da fala e da produção subjetiva na clínica psicanalítica e o sintoma é compreendido a partir de suas funções, cada caso passa a ser visto como singular, tanto pela manifestação do sintoma, quanto na resolução dos conflitos gerados por este.

Percebe-se que a clínica psicanalítica apresenta-se como uma alternativa diferenciada e favorável para o acompanhamento da criança diagnosticada com TDAH, uma vez que o processo diagnóstico e o acompanhamento interventivo favorece a implicação de outros elementos para além da criança, possibilitando assim, sua compreensão e integralidade, onde os sintomas são percebidos, não como decorrentes do transtorno em si, mas como expressões

que exercem uma função que geralmente anuncia uma desorganização subjetiva, seja ela interna ou externa. Ou seja, Compreende-se que ao ser classificada como doente ou portadora de síndromes e transtornos há um apagamento da criança como sujeito, pois ela passa a ser objeto de cuidados especializados em detrimento do seu saber subjetivo. Em contrapartida, ao receber o direito de fala na clínica psicanalítica, que vai além dos aspectos do desenvolvimento e da adaptação ao ambiente, a criança é tida enquanto sujeito e passa a ser autora de sua própria história

Referências

- Aberastury, A. (1982). *Psicanálise da criança: teoria e técnica*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Ancona-Lopes, M. (1984). Contexto geral do diagnóstico psicológico. In: Trinca, W. (org.) *Diagnóstico psicológico – a prática clínica*. (pp. 1-13) São Paulo: EPU.
- ANVISA - Agência nacional de Vigilância Sanitária (2012). Prescrição e consumo de metilfenidato no Brasil: identificando riscos para o monitoramento e controle sanitário. *Boletim de farmacoepidemiologia do Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados - SNGPC*. Brasília. Ano.2, n. 2. Disponível: http://www.anvisa.gov.br/sngpc/boletins/2012/boletim_sngpc_2_2012_corrigeo_2.pdf.
- American Psychiatric Association - APA. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 5. ed. - Revista (DSM-V)*. Porto Alegre: Artmed.
- Barbosa, A. O. & Paro, C. A. (2014). Barrar a pulsão ou ouvir o grito de alerta?. *Reverso*, 36(68), 15-19. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-73952014000200002&lng=pt&tlng=pt.
- Coutinho, L. G., & Carneiro, C. (2016). Infância, adolescência e mal-estar na escolarização: interlocuções entre a psicanálise e a educação. *Psicologia Clínica*, 28(2), 109-129. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652016000200007&lng=pt&tlng=pt.
- França, M. T. B. (2012). Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH): ampliando o entendimento. *Jornal de Psicanálise*, 45(82), 191-207. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352012000100014&lng=pt&tlng=pt.

- Jerusalinsky, A., & Fendrik, S. (2011). Introdução. In A. Jerusalinsky & S. Fendrik (Orgs.), *O livro negro da psicopatologia contemporânea*. São Paulo: Via Lettera.
- Jerusalinsky, A. (2011) Gotinha e comprimidos para crianças sem história. Uma psicopatologia pós-moderna para a infância In: Jerusalinsky, J., & Fendrik, S. (Orgs). *O livro negro da psicopatologia contemporânea*. (pp. 231- 242) São Paulo, SP: Via Lettera.
- Jerusalinsky, D. (2011) Trata-se de caçar o caçador? In: Jerusalinsky, J., & Fendrik, S. (Orgs). *O livro negro da psicopatologia contemporânea*. (pp. 245- 258) São Paulo, SP: Via Lettera.
- Kyrillos Neto, F., & Santos, R. A. N. (2013). TDA/H e o Neurocentrismo: reflexões acerca dos sintomas de desatenção e hiperatividade e seu lugar no registro das bioidentidades. *Vínculo*, 10(1), 38-44.
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902013000100007&lng=pt&tlng=pt
- Kupfer, M. C. (2011) Educação Terapêutica para crianças com TGD: uma alternativa à medicalização da educação. In: Jerusalinsky, J., & Fendrik, S. (Orgs). *O livro negro da psicopatologia contemporânea*. (pp. 141-150) São Paulo, SP: Via Lettera.
- Lacet, C. C. (2014). *A escuta psicanalítica da criança e seu corpo frente ao diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH)*. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo, São Paulo. Disponível: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-03122014-150050/pt-br.php>.
- Legnani, V. N., & Almeida, S. F. C. (2009). Hiperatividade: o "não-decidido" da estrutura ou o "infantil" ainda no tempo da infância. *Estilos da Clinica*, 14(26), 14-35. Recuperado em 24 de abril de 2017, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282009000100002&lng=pt&tlng=pt.
- Legnani, V. N. (2012). Efeitos imaginários do diagnóstico de TDA/H na subjetividade da criança. *Fractal: Revista de Psicologia*, 24(2), 307-322. <https://dx.doi.org/10.1590/S1984-02922012000200007>.
- Lopes, A. C. D. (2012). Mamãe faz 100 anos: o TDAH e a atualidade da mãe devoradora. *aSEPHallus*; 7(13): 85-95. http://www.isepol.com/asephallus/numero_13/artigo_06.html.
- Matos, R. P. C. (2013). Elementos para entender o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade: TDAH. *Estilos da Clinica*, 18(2), 342-357.

- http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282013000200009&lng=pt&tlng=pt.
- Safra, G. (1984). Procedimentos clínicos utilizados no Psicodiagnóstico. In: Trinca, W. (Org.) *Diagnóstico psicológico – a prática clínica*. (pp. 51-66) São Paulo: EPU.
- Ribeiro, J. L. P. (2014). Revisão de investigação e evidência científica. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 15(3), 671-682. <https://dx.doi.org/10.15309/14psd150309>.
- Serralha, C. A. (2010). Tendência antissocial e novos diagnósticos: a medicalização como alternativa às falhas do ambiente. *Winnicott e-prints*, 5(2), 69-86. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-432X2010000200005&lng=pt&tlng=pt.
- Silva, C. G. C., Serralha, C. A., & Laranjo, A. C. S. (2013). Análise da demanda e implicação dos pais no tratamento infantil. *Psicologia em Estudo*, 18(2), 281-291. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722013000200009>
- Trinca, W. (1984). Referenciais teóricos do processo diagnóstico do tipo compreensivo. In: Trinca, W. (org.) *Diagnóstico psicológico – a prática clínica*. (pp. 25-33) São Paulo: EPU.
- Tsu, T. M. J. A. (1984). A relação psicólogo-cliente no psicodiagnóstico infantil. In: Trinca, W. (org.) *Diagnóstico psicológico – a prática clínica*. (pp. 34-50) São Paulo: EPU.
- Vorcaro, A. (2011) O efeito bumerangue da classificação psicopatológica da infância. In: Jerusalinsky, J., & Fendrik, S. (Orgs). *O livro negro da psicopatologia contemporânea*. (pp. 219-229) São Paulo, SP: Via Lettera
- Winnicott, D. W. (1983). Provisão para a criança na saúde e na crise. In. Winnicott, D. W. *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. (pp. 62-69) Porto Alegre: Artmed (Original publicado em 1962).
- Winnicott, D. W. (1988). Consultas do departamento infantil. In. Winnicott, D. W. *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*. (pp. 165-185) Rio de Janeiro: Francisco Alves (Original publicado em 1942).

Aceito em: 10/12/2020

Enviado em: 10/12/2020