



**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO – UNICAP**

**PRÓ-REITORIA ACADÊMICA – PRAD**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA**

**COORDENAÇÃO GERAL DE PÓS-GRADUAÇÃO**

**LINHA DE PESQUISA PSICOPATOLOGIA FUNDAMENTAL E PSICANÁLISE**

**LUIZ FELIPE OLIVEIRA DE ANDRADE**

**CRIANÇAS E O CAPSi : DO IMPERATIVO AO HIPERATIVO.**

**QUAL O TRATAMENTO?**

**RECIFE**

**2013**

**LUIZ FELIPE OLIVEIRA DE ANDRADE**

**CRIANÇAS E O CAPSi:  
DO IMPERATIVO AO HIPERATIVO  
QUAL O TRATAMENTO?**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da UNICAP como exigência parcial para a obtenção do título de MESTRE em PSICOLOGIA CLÍNICA, na linha de pesquisa de Psicopatologia Fundamental e Psicanálise.

**Orientação:** Profa. Dra. Nanette Zmeri Frej  
**Coorientação:** Profa. Dra. Maria de Fátima Vilar de Melo.

**RECIFE**

**2013**

*“Agir, logo existir. O agir é o imperativo categórico na contemporaneidade.” Birman (2012).*

*Este trabalho é dedicado às profissionais da saúde mental que ofereceram suas falas e através delas, a todos os outros que oferecem seu esforço e dedicação ao crescimento de nossas crianças na contramão dos imperativos que as consomem.*

## AGRADECIMENTOS

À minha família por acreditar e valorizar minha trajetória. Em especial: À minha mãe Stela pelo investimento nessa missão. À minha avó Izabel pelo testemunho de sua fé que abre o horizonte. À tia Edite pelo olhar prático com carinho. À Conceição pelo afeto, pelo dengo. À minha irmã Maristela pela crítica cuidadosa, valorizadora e estimuladora. Ao Alberto Souza meu cunhado e Louisa Maria minha sobrinha pelo inglês e muito mais.

À Nanette Zmeri Frej. Pela sabedoria, dedicação e delicadeza com que conduziu nossa pesquisa e a orientação da escrita da dissertação. Pelas reflexões inesquecíveis proporcionadas e finalmente, pela leitura mais original do texto freudiano que conheci em minha formação. À Fátima Villar pela excelente coorientação com questões cruciais na pesquisa e pelo rigor de sua leitura que me ofereceu segurança para avançar.

À Edilene Queiroz e Ivo de Andrade Lima pelo entusiasmo clínico com que marcaram este trabalho de pesquisa e escrita, pela perspicácia na arguição e pelos valiosos comentários.

À Mônica Palácio pela travessia na contramão do imperativo e a favor do desejo que possibilitou esta escrita e outras...

À Anamaria Vasconcelos, Ana Izabel Correa, Cristina Mendonça e Andrea Echeverria cada uma, com seu estilo próprio e em diferentes momentos me ajudaram a construir as ferramentas e afinar minha escuta para a prática psicanalítica e institucional.

Aos colegas do CAPSi pela generosidade, pelo exemplo de trabalho, pelo dia-a-dia maravilhoso e honroso compartilhado. Eliane Farias, gerente e amiga que favoreceu de diversas maneiras a confecção deste trabalho e é parte importante da minha formação por ter aberto minha visão da Saúde Mental Infanto-Juvenil. A Viviane Alves gerente, pela segunda aposta e pelo zelo com o CAPSi em meio a todas as adversidades e mudanças. Nelsa Plácido, Yani, Vitória Aparecida, Juliana Maranhão, Tereza Amélia, Samuel Abath, Roberval Almeida, Maria José, Maria do Rosário, Alba Valéria, Elinaldo Dias, Beto, Renato, Paulo, José Inargel, Fátima, Silvana, Sílvia, Cristina, Gleidson, Joana, Auxiliadora, Viviane, Valquíria, Polyana e todos os residentes e estagiários que por lá passaram. A Joelma Faye amiga e funcionária. Lídio Alexandre e Lucas Alves amigos, estagiários em nosso serviço e atualmente psicólogos de que tanto me orgulho. Geane Mendes, amiga e funcionária. Estes três últimos ficaram vários sábados trabalhando no levantamento dos prontuários para esta dissertação. À amiga que foi excelente estagiária e atualmente psicóloga Verônica Santa Cruz que em muitos assuntos é minha mestra.

Aos colegas do Mestrado: Julianne Gomes, Débora Rocha, Rebeka Gomes, Scheila Speck, Jackeline Martine, Vivian e as colegas do programa: Paula Barros, Lélis Marinho, Veridiana Alves, e a tantos outros que trouxeram momentos inesquecíveis e muita contribuição ao que aqui foi tecido. Às professoras: Cristina Amazonas, Cristina Brito e Suely de Melo Santana que contribuíram de modo valioso com a revisão desta dissertação e sua adequação à APA.

Aos Mestres Ivan Correa e Lúcia Queiroz e aos demais colegas do Centro de Estudos Freudianos do Recife pela formação.

Alexandre Gomes amigo querido contribuiu com a parte estatística da dissertação, os gráficos, organização e apresentação dos dados, além de muitos momentos bons. A Ana Lucia Falcão, Zélia Alves, Luiza Bradley, Genildo Cordeiro e Alduísio Moreira de Souza pelo percurso nas veredas psicanalíticas.

## **CRIANÇAS E O CAPSi: DO IMPERATIVO AO HIPERATIVO. QUAL O TRATAMENTO?**

### **RESUMO:**

Partimos da evidência no discurso contemporâneo do excesso de diagnóstico de hiperatividade. Nossa pesquisa realizada em CAPSi (Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil) constatou a utilização do termo “Imperativo” ou “criança imperativa” para nomear essas crianças. O funcionamento hiperativo pode se beneficiar da leitura da psicanálise, que destaca os diversos níveis em que o imperativo atinge o sujeito. Isto foi possível a partir de nossa adesão a sublinha de pesquisa Limites, fronteiras e endereçamentos entre mãe e criança de Nanette Zmeri Frej. Conforme o movimento da *Aufhebung* freudiana apresentado por Frej (2003), as primeiras fronteiras vão estruturar o eu como algo distinto do objeto e as funções da Atenção e da Motricidade (eixos no diagnóstico do transtorno da hiperatividade). Outro limite ao movimento pode ser situado no Complexo de Édipo que interdita o incesto e regula as relações humanas. Este limite também terá influência na Atenção, na Motricidade e, sobretudo na conduta, que pode ser transgressiva. (Forma outro eixo diagnóstico). Essas considerações contribuíram para nos aproximar do modo como os profissionais do CAPSi entendem uma criança hiperativa e seu tratamento. A aproximação se deu também através de entrevistas semi-estruturadas às profissionais que trabalham com as crianças que têm o diagnóstico pesquisado sobre a concepção que têm dessas crianças e o tratamento realizados com elas. Constatamos que a hiperatividade das crianças está relacionada aos problemas das primeiras fronteiras que distinguem o eu do mundo externo. Eu-outro como se vê em sua ausência de endereçamento, já que “*não param*” e que muito da hiperatividade e dos transtornos de conduta representam conflitos da criança e do adolescente com a Lei Edípica, exemplificados nas falas reportadas pelas profissionais: “*Me ensine a ficar quieto!*” “*A obedecer!*” Isso nos permite identificar que, ao lado das intervenções disciplinares, expressas no “dar limites” às crianças, as profissionais tentam dar conta dos limites constitutivos em suas intervenções, fazem hipóteses nas crianças de sujeito e consideram também os endereçamentos nas relações delas a seus Outros. Ao final, constatamos a importância do próprio CAPSi não ceder aos imperativos de produtividade e de esquecer dos limites de suas intervenções que precisa considerar a interdisciplinaridade e a atuação em Rede a fim de que ele próprio não fique hiperativo.

**Palavras-chave:** Crianças hiperativas, CAPSi, psicanálise, imperativo, endereçamento, limites e fronteiras.

## CHILDREN AND THE CAPSi: FROM THE IMPERATIVE TO HYPERACTIVE. WHAT'S THE TREATMENT?

### ABSTRACT

It is evident nowadays the over-diagnosis of hyperactivity. Our survey in CAPSi (Center of Psychosocial Care of Children and Adolescents ) found the using of "imperative " or "imperative child " to name these children . The hyperactive functioning can be elucidated by psychoanalysis reading which highlights the various levels at which the imperative reaches the subject. This can be done by the adherence to the sub - line search: Limits, boundaries and addressments between mother and child of Nanette Zmeri Frej. As the Freudian *Aufhebung* movement presented by Frej (2003), the first boundary will structure the self as distinct from the object and the functions of Attention and Motricity (axes in the diagnosis of hyperactivity disorder). Another limit to this movement can be situated on the Oedipus Complex that interdicts the incest and regulates human relationships. This limit will also have influence on Attention, Mobility and above all on the conduct, which could be transgressive. (Another diagnosis axe). These considerations have approached us the way professionals understand the CAPSi, a hyperactive child and its treatment. This approach was also possible through semi-structured interviews to professionals who work with children diagnosed asking these professionals about their concept about the problem and how they treat them. We found that hyperactivity of children deal with the problems of the first boundaries that distinguish the self from the external world and self-other as seen in the absence of addressment, since " *they don't stop* " and many of the hyperactivity and conduct disorders represent conflicts of children and adolescents with Oedipal Law, exemplified in the statements reported by professionals: " *Teach me to be quiet !* " " *to be obedient!* " We identify in one hand the disciplinary interventions, expressed in " *setting limits* " to the children and on the other hand the CAPSi's staff attempting to account for the constitutive limits of children, making a subject hypothesis to them and also considering their addressments to their Other. Finally, we note how important is the CAPSi not be guided through imperatives of productivity up to the point of forgetting the limits of their interventions and the need of interdisciplinary and territory networking performance otherwise the CAPSi could become hyperactive itself.

**Keywords :** Hyperactive children , CAPSi , psychoanalysis , imperative , addressing, limits and boundaries .

**SUMÁRIO:**

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>1-HIPERATIVIDADE.....</b>	<b>15</b>
<b>1.1A hiperatividade: uma patologia contemporânea?.....</b>	<b>15</b>
<b>1.2 Uma história da hiperatividade.....</b>	<b>22</b>
<b>2- PSICANÁLISE E HIPERATIVIDADE.....</b>	<b>36</b>
<b>2.1- Considerações e questões preliminares.....</b>	<b>36</b>
<b>2.2. Atenção e Motricidade.....</b>	<b>41</b>
<b>2.3- A pérola e o grão de areia.....</b>	<b>46</b>
<b>2.4 – Agitação, Imperativo, Intervenções.....</b>	<b>51</b>
<b>2.5 - Rumo às primeiras fronteiras.....</b>	<b>54</b>
<b>2.6 – <i>Aufhebung</i>.....</b>	<b>56</b>
<b>2.7-Imagem, corpo, significante e intervenções.....</b>	<b>61</b>
<b>2.8-Caso Roberto de Rosine Lefort e “o imperativo” precoce.....</b>	<b>69</b>
<b>2.9- Recalque , Forclusão e intervenções.....</b>	<b>73</b>
<b>2.10 - Supereu, novos limites, fronteiras e intervenções possíveis.....</b>	<b>82</b>
<b>3- CAPSi.....</b>	<b>92</b>
<b>3.1 – Panorama da Saúde Mental brasileira.....</b>	<b>92</b>
<b>3.2 - Breve história de um CAPSi.....</b>	<b>95</b>
<b>3.3- Alguns dados e sua discussão clínica.....</b>	<b>99</b>
<b>3.4-Interdisciplinaridade.....</b>	<b>109</b>
<b>3.5- Entre cuidado e tratamento.....</b>	<b>113</b>
<b>3.6-“A hiperatividade no CAPSi” – questões e metodologia da pesquisa.....</b>	<b>118</b>

<b>3.7- Entrevistas.....</b>	<b>122</b>
<b>4- CRIANÇAS E O CAPSI : DO IMPERATIVO AO HIPERATIVO.QUAL O TRATAMENTO?.....</b>	<b>124</b>
<b>4.1-Escutar os profissionais. Do imperativo ao possível.....</b>	<b>124</b>
<b>4.2-Concepção.....</b>	<b>127</b>
<b>4.3- Tratamentos.....</b>	<b>149</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>175</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>181</b>

## INTRODUÇÃO

“Imperativo”, “Criança imperativa!” e “imperatividade”, são nomes que escutamos e que chegamos a ver grafados nos encaminhamentos das crianças ao serviço ambulatorial e ao CAPSi (Centro de Atenção Psicossocial Infante-Juvenil). A insistência com que vemos esses “erros” nos intriga e passou a fazer parte de nosso questionamento com relação às muitas crianças que chegam ao serviço.

Especialmente as que apresentam quadro de agitação psicomotora permanente e chegam às vezes a colocar em risco a própria vida. Outras absolutamente agressivas. Crianças extremamente exigentes, que não suportam a espera nem tampouco serem frustradas nas solicitações, e o que nos surpreende mais, sem nem saber o que querem, pois não ficam satisfeitas quando têm o que pareciam querer insistindo num deslizamento por novas exigências que só encerra muitas vezes numa grande explosão de cólera, em que se machucam e as outras pessoas, danificando os objetos também. Em meio a esses casos extremos que não são poucos, não podemos deixar de observar que recebemos também muitas crianças “imperativas” em que a queixa da escola, por exemplo, é “falta de limites” e onde verificamos mais uma dificuldade dos pais em conduzir a educação.

De um modo geral nos discursos dos que se ocupam de todas essas crianças ouvimos muitas palavras de ordem: “fique quieto!”, “não faça isso!”, “não, não, não” e uma série de punições e reprimendas como se verá descrito nesta dissertação.

O sentido do desafio que seria trabalhar com essas crianças, pode ser medido ainda ao lembrarmos aqui do que ouvimos nas escolas com que realizamos contatos. “Dê-me dez autistas, mas não quero um imperativo em minha sala!” Da mesma forma, os pais ou outros responsáveis diziam estar vivendo um inferno para o qual tínhamos que encontrar soluções ou senão, compensações através dos benefícios assistenciais.

Em termos das classificações diagnósticas para além da expressão “imperativo”, que como todo ato falho é bem sucedido, o termo “hiperativo” principal incômodo no nosso espaço de atuação é utilizado em um manual americano que não é o manual que utilizamos oficialmente nos CAPSi’s. Trata-se do DSM-IV (Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais- Versão IV). O manual que utilizamos nos CAPSi’ s é a CID-10 (Classificação Internacional das Doenças – Versão 10) que classifica as crianças com F90

Transtornos Hipercinéticos em que encontramos os subtipos em nosso CAPSi F90.0 Distúrbio da atividade e da Atenção e o F90.1 Transtorno Hipercinético de Conduta.

Desse modo verificamos que o incômodo maior nas demandas que chegam ao nosso serviço refere-se mais a um dos eixos do diagnóstico nos dois manuais que é o eixo da “hiperatividade”, os outros dois sendo o da atenção e da impulsividade. A “conduta” opositora, desafiadora e transgressora compõe referências importantes num dos subtipos do CID -10, o F 90.1. Nossa questão de pesquisa encontra-se, portanto, referida a escuta clínica das situações do CAPSi, sem deixar de estar envolvida com discussões nos meandros do diagnóstico como é realizado hoje em dia pela psiquiatria e podemos dizer que isso é o que nos filiou ao campo de pesquisa da Psicopatologia Fundamental e Psicanálise deste Mestrado em Psicologia Clínica. Assim, sem descuidar dos norteadores psicanalíticos de nossas questões e leitura dos resultados, acolhemos este campo, não como ecletismo acrítico, mas como “uma psicopatologia que se transformou pelas trocas com outras abordagens e que dispõe hoje de meios conceituais e reflexivos para sustentar novas pesquisas sobre as perturbações psíquicas cuja representação evoluiu.” (Pereira, 2004, p. 50)

Desse modo, temos um capítulo que discute toda a problemática do diagnóstico dessas crianças ao longo da história com ênfase no momento atual. Estaríamos vivendo um tempo hiper (imper) ativo? Que considerações, podemos fazer entre o aumento de diagnósticos de hiperatividade ou o aumento da preocupação com estes sintomas hiperativos e o modo de subjetivação em que vivemos hoje?

No capítulo dois vamos preparar o terreno em que nossa análise será feita. Trata-se de considerar o tema da hiperatividade, do imperativo e dos diagnósticos que envolvem a atenção, a motricidade e a impulsividade com leitura psicanalítica. É neste momento em que tornaremos clara nossa filiação com a Sublinha de pesquisa “Limites, Fronteiras e Endereçamentos entre mãe e criança” da Profa. Dra. Nanette Zmeri Frej.

A própria palavra “limite” ocorre frequentemente no vocabulário do senso comum com relação às crianças hiperativas. Mas “limite” encontra sentido específico na literatura psicanalítica, articulando-se aos momentos originais do aparelho psíquico. Como naquele em que organismo sofre seu impacto, apoiando-se aí para transmutar-se em corpo e assim, poder com o auxílio de outro limite passar a ocupar um lugar e a se apropriar desse lugar na cultura

dos seres humanos. Estes limites são constituídos no e pelo movimento da *Aufhebung*<sup>1</sup> freudiana que como veremos nos possibilita pensar o aparelho psíquico composto por fronteiras que podem indicar por sua vez as modalidades de circulação energética e de funcionamento psíquico que produzem tipos de endereçamento como questão que concerne o sujeito. Fronteiras que pensamos poderem nos ajudar a explicar as manifestações das crianças hiperativas a partir do que elas colocam em fala e ação e também do que colocam seus pais e os profissionais que delas cuidam. Mas, da mesma forma que essas fronteiras, limites e endereçamentos que estudamos ao longo de autores como Freud, Lacan, Bergès e Balbo e principalmente Frej (2003) nos ajudam a explicar e acompanhar o que as profissionais colocam das crianças hiperativas, pensamos que a experiência destas serve para tornar mais claro, elucidar ou mesmo questionar aspectos desse estudo teórico.

É neste intuito que no terceiro capítulo iremos adentrar no tipo de trabalho que é proposto e realizado num CAPSi. Essa instituição tem uma história que acompanha a história de muitas crianças, dentre elas, as hiperativas. Como esses locais que estão no Centro da Política, dos Cuidados e do Tratamento podem trabalhar com essas crianças e suas famílias e o que podem fazer por elas em termos de seu sofrimento é o que tentaremos trazer para discussão.

No mesmo capítulo, vamos expor e desenvolver como selecionamos as profissionais que participaram de nossa pesquisa e que dão voz à problemática das crianças hiperativas, bem como os modos de abordá-las. Também desenvolveremos as questões que colocamos às profissionais do CAPSi pesquisado afim de salientar a lógica que direcionou nosso pensamento e os problemas esperados para podermos apreciar depois com a análise dos resultados da entrevista como a realidade encontrada aproxima-se e distancia-se da intenção inicial oferecendo novas perspectivas sobre o problema.

Nosso objetivo principal foi **Analisar a concepção de hiperatividade, bem como as modalidades de tratamento dos profissionais no CAPSi e sua eficácia.** Vale salientar que as próprias profissionais entrevistadas nos ofereceram ideias importantes sobre o que seria a

---

<sup>1</sup>Termo alemão cuja tradução proposta por Padre Paulo de Menezes foi adotada por Frej (2003) e por nós aqui como “suprassunção”. Esta palavra em português para nossos fins não deve guardar apenas o sentido de superação de um estado de energia ou de funcionamento, mas o de um movimento que conserva um estado ou algo de um funcionamento ao mesmo tempo em que produz outro estado ou entra num outro funcionamento, estabelecendo fronteiras onde os estados e funcionamentos energéticos, por exemplo, convivem e diferenciam-se. Veremos mais detalhadamente sobre este conceito no capítulo 2, item 6 desta dissertação.

eficácia de suas intervenções e foi através desta fala que tecemos nossas análises, questões e considerações. Como objetivos específicos, buscamos:

- 1) Realizar um levantamento dos casos F90.0 Perturbação da atividade e atenção, F90.1 Transtorno de conduta hipercinético, F90.8 Transtorno hipercinético não-especificado e F90.9 Outros transtornos hipercinéticos conforme CID-10 nos prontuários do CAPSi.
- 2) Investigar as concepções que têm os profissionais sobre a hiperatividade.
- 3) Identificar as modalidades de tratamento aplicadas, observando aspectos facilitadores e impeditivos.

A partir do que ouvimos e discutimos nas entrevistas com as profissionais que nos revelam das crianças hiperativas e de seus tratamentos, tentamos conforme sugestão de análise metodológica encontrada em Barros (2009), inscrever essas falas numa escrita - capaz de falar sobre o tratamento realizado num CAPSi e seus pontos de impasses e questões - que chamamos: “CRIANÇAS E O CAPSI: DO IMPERATIVO AO HIPERATIVO. QUAL O TRATAMENTO?”

Por fim, realizamos uma retomada dos pontos mais significativos da pesquisa sobre as intervenções a fim de ousarmos lançar algumas contribuições a esta clínica com crianças hiperativas no CAPSi bem como questões para futuras pesquisas neste domínio.

## 1-HIPERATIVIDADE

### 1.1.A hiperatividade: uma patologia contemporânea?

Nunca se falou se viu ou se discutiu tanto sobre hiperatividade! Qualquer um que acesse os vídeos do Youtube para “hiperatividade” vai se deparar com centenas de reportagens e palestras da mídia televisiva e outras nos últimos três anos dessa década. A quantidade de acessos é de centenas e milhares de pessoas. Podemos pensar que o transtorno quando é caracterizado pelo DSM- IV como Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é um dos que mais desperta a curiosidade, a pesquisa e a adesão de muitos leigos, inclusive filiando-se a comunidades específicas na Internet (Lima, 2005).

Por outro lado, dizer transtorno, já é ser polêmico, pois há cientistas e profissionais dizendo que se vai absurdamente à mídia “provar que não existe o que nunca ninguém provou que existe.” (Moysés; Collares, 2010, p.106)

No Jornal Hoje (2010), o apresentador inicia sua fala partindo da hiperatividade como evidência e revela como pais, professores e, qualquer um de nós poderia estar confuso até então, trazendo finalmente a promessa na reportagem de uma compreensão maior através das palavras dos cientistas. “Agora a gente vai falar de um assunto que afeta muitas crianças: a hiperatividade! Tem pai que confunde criança hiperativa com criança levada. O diagnóstico realmente não é simples.”

Mas se afeta “muitas crianças”, então estaríamos diante de uma epidemia? É o que pergunta a pediatra da penúltima referência Maria Aparecida Moysés da Unicamp em outro vídeo, numa entrevista que concede a Globonews. Ela diz ainda:

“Se um dia eu estiver convencida de que essa doença existe - porque é controversa! - eu não daria Ritalina, porque eu não daria esse remédio pra o meu filho! –A sra. daria o quê? Pergunta a entrevistadora. –Eu daria Rita Lee ! (risos) (...) Na verdade, estamos descontextualizando e tratando da criança, quando na verdade o problema está em todo o entorno, na família, na escola.” (Globovideos, 2010).

Num dos maiores veículos de informação internacional, o The New York Times (Schwarz & Cohen, 2013) de 1º. De Abril deste ano, encontramos os próprios pesquisadores em psiquiatria preocupados com o índice de medicalização das crianças e com sua rotulação como TDA/H's. A matéria apresenta uma lista de efeitos colaterais que a administração de estimulantes, inclusive o mais famoso deles o metilfenidato, mais conhecido como Ritalina,

pode trazer às crianças diagnosticadas, dentre eles uma maior propensão cerebral ao consumo de outras substâncias químicas no futuro. A respeito da rotulação das crianças, há claras possibilidades de que isso contribua com o fracasso escolar. Dentre os inúmeros pesquisadores e psiquiatras que participaram, destacamos a opinião de Dr. Hallowell, um grande Best-seller nos EUA que argumentava para os pais que a medicação estimulante era mais segura do que a aspirina e que agora, diante do novo quadro, se retrata dessa postura, alertando para os perigos do modismo no diagnóstico e na administração da medicação, que é usada inclusive por pessoas e crianças normais para aumentar o desempenho acadêmico.

O interesse da mídia por esse tema nos oferece um panorama que podemos entender por comparação ao estudo do momento atual de nossa cultura. Lima (2005) nos lembra que muitas das características apresentadas por alguém supostamente TDA/H estão presentes de algum modo em todos nós e naquilo que é exigido de nós também no mundo atual. Assim, a inquietação, a incapacidade de se concentrar em um objeto ou atividade e em adiar uma satisfação imediata no curso de um processo em prol de realizações posteriores e o descontrole dos impulsos poderiam aqui ser lidos como características do homem contemporâneo.

A propósito do “adiamento da satisfação”, o filósofo Zygmunt Bauman (2009) em seu capítulo “*hurried life*” (vida apressada) diz que na era moderna de produção, esse era o modo de funcionamento principal. Vemos aqui a aproximação com o discurso do mestre de que fala Lacan(1969/1992)em seu seminário O avesso da psicanálise, onde ele distingue o mestre antigo que se apropria do saber do escravo que domina a produção e o mestre moderno, o universitário que age a partir desse saber expropriado do trabalhador e onde ambos renunciam de certo modo ao gozo dos bens em prol da produção industrial. Acontece, segundo Bauman (2009) que a cultura atual não é mais de renúncia à satisfação, mas aquela em que a própria satisfação e seu “adiamento” tornam-se uma “falácia”. É assim que ele pode dizer: “A maior ameaça para uma sociedade que anuncia ‘satisfação do freguês’ como sendo sua motivação e finalidade é um consumidor satisfeito. (...) Não ter mais o que desejar? Nada para buscar? (...) Isso é o tédio” (idem, p.148) Se a ênfase é no **consumo** e não mais na produção que é cada vez mais automatizada, tecnológica, onde o próprio saber antes expropriado do escravo e sistematizado pelo mestre torna-se uma mercadoria lançada no mercado e este último cada vez mais desregulado e veloz, entra em cena outro discurso elaborado tardiamente por Lacan (1972) apud Soueix, (1999) e Souza (2003) como discurso do capitalista.

O discurso do capitalista é extremamente judicioso, diz Lacan. Ele é judicioso pelo menos no fato de que não se dá como projeto integrar o gozo, ao inverso do capitalismo de estado, que procura integrar tudo conforme a lógica do discurso universitário. Quando temos o gozo, é preciso gastá-lo ou então isso tem consequências, diz Lacan (1972) apud Soueix (1999, p.47)

Funciona como se estivesse sobre rodinhas, não pode funcionar melhor mas, justamente anda rápido demais, se consome tão bem que se consuma. (idem)

Este discurso é algo flagrante no social. Bauman (2009) no capítulo referido dá uma série de exemplos da velocidade com que os *looks* propostos, as tendências que mudam aceleradamente devem ser assimiladas e imediatamente trocadas pelos antenados consumidores, do contrário, esses deixam de inspirar confiança, sensibilidade, inteligência, já que não puderam perceber e acompanhar as sutilezas das mudanças. Isso tem consequências sérias sobre a subjetividade, pois transforma esses consumidores em desatualizados e fracassados. Não se tem a satisfação nem a insatisfação como referências!

Na verdade, essa tendência observada por Bauman, reflexo do discurso do capitalista recebe a influência também do que Freud (1930/2011) destacou como os avanços das ferramentas humanas que servem para aperfeiçoar seus órgãos, inclusive o órgão cerebral! Neste sentido é que perguntamos com Sérgio de Campos (2013) se a invenção da televisão, do computador, da internet e outras mídias, não tiveram uma influência generalizada sobre nossa Atenção? Será que o nível de exigência para com ela não aumentou noutra direção? Segundo Freud no mesmo texto, para cada ganho de utilidade, novas exigências surgem.

Como exigir a atenção de uma criança ao professor e sua exposição, quando a tela de um *tablet* está repleta de ícones e atividades simultâneas elaboradas para despertar cada vez o máximo de sensações diferentes e interessantes na esteira do discurso capitalista? Além do que ela pode estar ali com o professor, mas conectada a centenas de outras pessoas.

Se, por um lado, vive-se num mundo que exige uma atenção flutuante, fragmentada, hipervigil, que captura o objeto num instante para depois perdê-lo num momento seguinte, por outro, a atenção se volta para dentro, refugiando-se no mundo interno, na medida em que a subjetividade não encontra mais espaço para se expressar em palavras. (Campos, 2013, p.71)

Seriam estas descrições a de um TDA/H ou de um indivíduo qualquer a que temos fácil acesso hoje? Vale retomar a afirmação de Luis Rohde no Folhauol (2013) psiquiatra e pesquisador brasileiro na área de TDA/H e um dos responsáveis pela nova publicação do DSM em sua quinta versão, de que esta doença é dimensional e que o ponto de corte entre os que teriam dificuldades e aqueles que efetivamente poderiam ser diagnosticados como

TDA/H's é arbitrado de acordo com a quantidade de prejuízos observados na clínica. Ponto este que na nova versão favorecerá o aumento de pessoas incluídas no transtorno, pois a idade mínima de diagnóstico subirá de sete anos para doze anos – ponto em que segundo os pesquisadores pode se avaliar melhor as dificuldades, pois a exigência à atenção na escola é colocada à prova de forma mais patente - crescendo as chances de crianças que ainda não tinham sido diagnosticadas possam ser incluídas. Isso tudo não impede que o autor adira e valorize toda a gama de pesquisas e explicações neurocientíficas que embasam a existência do transtorno.

Lima (2005) demonstra como o empréstimo que as descrições do comportamento próprias ao transtorno faz das observações psicológicas, sociológicas e, arriscaríamos nós aqui, do próprio senso comum evidencia o quanto sua existência pode depender menos do jogo discursivo próprio das ciências médicas apoiado nas pesquisas neurocientíficas, fisiológicas e genéticas do que de um amplo arranjo cultural como esse que esboçamos do discurso capitalista.

É notável, por exemplo, a semelhança entre as tarefas das funções executivas "planejar e prever meios de resolver problemas complexos"; "antecipar consequências", "mudar as estratégias de modo flexível" etc. ou os critérios diagnósticos do TDA/H no adulto proposto por Thomas Brown (...) e os princípios do trabalho nas empresas do novo capitalismo. (Lima, 2005, p.133)

Os indivíduos TDA/H's ou os hiperativos funcionam numa mais imediata busca de estímulo e sensação, perfeitamente dentro do discurso capitalista que ordena gozar, consumir, neste sentido é que pudemos ler outra denominação nos serviços da saúde mental que se ocupam dele, a de **imperativo**. Aquilo que não admite concessão nem dialetização. E é disso que ele padece, conforme Barkley (2008): da desorganização das atividades e das dificuldades na administração do tempo de sua realização, pois não pode postergar a obtenção de recompensas entre um segmento e outro e, ao mesmo tempo, posterga as respostas necessárias e esperadas em termos de funcionamento, diríamos aqui, pra fazer a máquina rodar e a engrenagem continuar. O lado consumista do TDA/H, da ação imediata se coaduna bem ao discurso capitalista, mas o lado produção é precário e fonte de todas as queixas e demandas que nos chegam ao serviço. Veremos neste sentido que enquanto as queixas pululam, há por outro lado dificuldade em articular uma demanda de tratamento por parte dos pais e, principalmente, da própria criança no sentido da implicação subjetiva no problema e de um esboço de responsabilização.

Lima (2005) coloca que em outras realidades discursivas como a da Grécia Antiga, por exemplo, o “cuidado de si” era de responsabilidade de cada cidadão e da família, no sentido de que manter a “vontade” era da máxima relevância e não resistir a seus desvios era interpretado como fraqueza e imaturidade. Na sociedade atual sob as múltiplas formas de valorização do corpo e sua ascense através do *fitness*, das dietas e outras disciplinas, surge a valorização do cérebro como algo eminentemente corporal e responsável pelos mais diversos funcionamentos e efeitos. Assim é que o indivíduo com TDA/H e seu contexto familiar e social, encontram fundamento hoje para desresponsabilização com relação a suas dificuldades de adaptação ao meio por sua desatenção, impulsividade e hiperatividade.

Eles são denominados e se auto-denominam um TDA ou TDAH e encontram nos seus médicos, na mídia e nas redes sociais toda legitimidade e apoio a suas novas “bioidentidades” (Lima, 2005). Assim, podem ser relativamente condescendentes com os atos impulsivos e por desatenção que cometem, pois se originam em último grau em sua personalidade ou cérebro TDA. Até as qualidades como inquietação, criatividade, bom-humor, são apontados como características comuns nos TDA/H’s e são dados vários exemplos de pessoas brilhantes com cérebro TDA como Einstein, Fernando Pessoa e Beethoven (Silva, 2009).

O fato da associação do transtorno com a medicação que modifica o funcionamento cerebral excitando-o e trazendo maiores ou menores efeitos a partir disso, colabora para aumentar o poder de convencimento das concepções biológicas na formação da “bioidentidade” do TDA/H. Medicação esta, que historicamente surgiu antes do aparecimento e consolidação da patologia, contribuindo na verdade com a “criação” da mesma para fins inclusive de justificar o aumento da produção capitalista da mesma medicação psicoestimulante. (Moysés & Collares, 2010)

No CAPSi, essa tendência de assumir uma bioidentidade “especial” pode ser observada e apoiada ainda por um outro fator de grande peso neste contexto de condições sociais pouco favorecidas. Assim, uma criança hiperativa ou “imperativa” ser considerada doente (corpo, cérebro doente, cérebro imperativo que não admite outra direção) pode ser uma chance para ela e para os pais de poder adquirir alguns benefícios assistenciais financeiros e outros, diminuindo a exclusão que eles vivem da sociedade de consumo capitalista, pois talvez só existam nessa sociedade como sua face “consumada” conforme Lacan (1972) apud Soueix (1999).

Essas tendências já apontam de certa forma para o que vamos encontrar na literatura atual como as intervenções mais indicadas para as crianças hiperativas, além da medicação que é a de primeira linha.

Barkley (2009) como um clássico desses estudos que propõe uma extensa revisão bibliográfica concebe o TDA/H como um distúrbio das funções executivas do indivíduo. Na base desse transtorno pode estar um distúrbio na capacidade atencional (ver F90.0), provavelmente de origem genética, mas seguramente orgânica. Este distúrbio contribui com impacto negativo no desenvolvimento da inibição comportamental, elemento essencial na execução das funções, através do qual a criança pode inibir as motivações, respostas motoras e estímulos que não têm a ver com uma execução complexa como utilização da linguagem e outras ferramentas e procedimentos da cultura. O organismo tem respostas predominantes à sua disposição que podem obter recompensas imediatas, mas elas precisam justamente ser inibidas a fim de que se alcance uma execução de complexidade maior. Por outro lado,

o indivíduo também deve incitar, manter e renovar as fontes internas de motivação que sustentam o comportamento rumo ao objetivo, na ausência de fontes externas de reforço ou motivação para fazê-lo. (p.329)

Para isso, é necessária a participação de um auto-controle e da sustentação por informações disponíveis na memória de trabalho, mas o essencial aí nesta visão é a função da Atenção. Diante de tarefas moldadas por contingências, a Atenção não parece envolver o córtex pré-frontal, mas a forma voltada para objetivos depende das funções executivas que o córtex e suas redes proporcionam.

Nisso tudo, Lima (2005) tem razão em fazer uma analogia com teorias de organização empresarial e seu gerenciamento. Para uma criança que não está desenvolvendo bem a sua capacidade de inibição comportamental, Barkley (2009) acredita ser de grande valia que possamos ajudá-la na sustentação de sua execução com mais signos e recompensas externos do que normalmente se oferece entre um momento da ação e outro para compensar a falta desses recursos internalizados nela. Não adianta, segundo o autor, forçá-la a lembrar ou deduzir informações desse tipo que elas poderiam ter e têm, em alguma medida, mas oferecer condições e oportunidades para ela poder dispor dessas informações e realizar. Isto seria a consagração do discurso do capitalista que faz apelo não ao sujeito, mas ao objeto? Ou poderia também, conforme veremos depois, ser uma sustentação gradual de inserção para o sujeito, sobretudo nas fases iniciais de constituição?

Neste caso, o autor é enfático ao dizer que nos ambientes de tratamento não se pode esperar uma cura, pois não está em questão a possibilidade de mudar de funcionamento definitivamente já que o transtorno tem uma causa orgânica, uma incapacidade atencional para certas condições. O que se espera é oferecer um ambiente permanentemente atento às necessidades de se estimular esse processo. E neste caso, Barkley (2009) recusa as críticas de se desresponsabilizar o sujeito, usando o TDA/H como uma desculpa com relação às consequências finais das ações, trata-se pelo contrário, “de aumentar essa responsabilidade, tornando-a mais contígua temporalmente com essas ações.” (p.337)

Como talvez tenha se percebido, essa substituição por um controle externo do controle interno que falta à criança têm amplas relações e semelhanças também com princípios da teoria cognitivo-comportamental de recompensas, com exceção da “punição” também conceituada nesta teoria, mas que não encontramos de modo explícito na pena desse autor e outros estudiosos da hiperatividade. A razão disso provavelmente teria mais uma vez a ver com a noção de déficit da Atenção que não encontra razões de caráter e vontade na criança acometida a ponto de justificar uma intervenção punitiva que viesse modificá-la. Barkley (2009) chega a propor justo o contrário, que a dificuldade de compreensão e punições a que são submetidas essas crianças com o déficit atencional é que as leva a se rebelar contra o meio e tornar-se mais hiperativa e opositiva, levando-a depois ao diagnóstico de F90.1 Transtorno hipercinético de conduta.

Barkley (2009) e outros autores, dentre os quais nos incluímos, mas por razões diferentes como teremos oportunidade de demonstrar neste trabalho, acredita que a “falta de limites”, tantas vezes defendida, principalmente na mídia – lembrar aqui da figura da Super Nany<sup>2</sup>- como a causa do funcionamento hiperativo, desobediente, opositor, desafiador e transgressor não pode ser seu único fundamento. O fundamento do funcionamento hiperativo estaria ligado ao déficit primário na Atenção e na Hiperatividade, mesmo que os problemas de atenção não sejam os maiores e estes déficits podem se acompanhar de dificuldades na educação e formação da criança, conseqüentemente, dando margem aos comportamentos de desobediência mais ou menos extremos que podem desembocar na co-morbidade com transtorno de conduta.

---

<sup>2</sup>Personagem de programa brasileiro transmitido pelo SBT que é “educadora” e atua indo até a casa das famílias que lhe solicitam auxílio na criação de suas crianças que apresentam diversos problemas de comportamento e crises de birras. Super Nany faz recomendações e orienta punições e castigos leves, bem controlados, dados com afeto, bem como monitora a aplicação dos mesmos junto aos pais até o desfecho feliz do caso, com a criança cedendo nos comportamentos impróprios e toda família agradecendo a ela o trabalho.

A mídia como realização do discurso capitalista e conseqüentemente nossa sociedade contemporânea estão plenas dessas discussões que vão pelo menos em duas direções. Uma de reafirmação da identidade bipolarizada do TDA/H e toda polêmica em torno da rotulação das crianças e da utilização da medicação ou não. Outra de alerta para a falta de disciplina e uso de limites por parte dos pais e da escola, fazendo com que as crianças sejam confundidas com doentes, quando na verdade seriam mal-educadas. Acreditamos que a psicanálise possa oferecer uma contribuição a esse cenário e debate.

Antes de verificarmos quais essas contribuições e como seriam as concepções e intervenções que ocorreriam num CAPSi com crianças neste diagnóstico é muito importante conhecer um pouco da história de como se viu e o que se propôs para essas crianças que hoje são chamadas “hiperativas” ou mesmo, “imperativas”.

## **1.2 Uma história da hiperatividade**

A criança se agita. Qualquer um se agita. E isso poderia ser normal quando evidenciamos um ambiente estressante, perigoso. Mas, houve e há aquelas pessoas em permanente estado de agitação. Isso, ao contrário, deixa um ambiente perturbado. E, com relação à criança, precisamos cuidar dela o mais cedo possível, quando os primeiros sinais aparecem, pois como já se disse: “a criança é o pai do homem”. Ao longo da história, com a industrialização da sociedade, essa preocupação vai se tornando maior, até que começa a interessar e ingressar no campo da psiquiatria propriamente dita, a partir do século XIX, pois antes disso, não encontramos referências a essa “agitação infantil” de modo tão particular.

Nos anos iniciais da idade média, percebemos uma influência da teologia moral cristã, sobretudo de Santo Agostinho com a ideia da criança símbolo do mal, fruto do pecado original e que deveria ser salva através de ameaças e castigos. (Bedin, 2009) A criança era um adulto em miniatura, portadora das imperfeições que todos deveriam evitar e não representava um valor. (idem). A continuidade geracional não parecia ser tão valorizada na pobreza, pois aumentava o fardo de seus pais, nem na aristocracia, onde os prazeres mundanos eram prevalentes e a criança podia vir a atrapalhá-los. Criança depois era *poupart* que é mais próxima do francês *poupet* (boneca), considerada um brinquedo para dar prazer na vida

doméstica, muito mais do que alguém que se gosta pelo seu bem. Ela deixava de ser interessante quando deixava de distrair. (idem)

Desse modo, podemos presumir que a “agitação infantil” da qual se ocuparão a pedagogia e depois a medicina do século XIX era considerada simplesmente um “fardo” e um “estorvo” (idem) que podia ser desprezado, o que explica em parte o abandono e mesmo o infanticídio de muitas crianças. “Infanticídio que era tolerado e camuflado através de acidentes e da falta de cuidados.” (p.6). Segundo Badinter (1985) apud Bedin (2009), “os médicos da época recusavam-se frequentemente a ver crianças doentes.” (idem) Pois afinal que valor teria a infância num mundo que não sentia tanta falta delas, nem reconhecia sua importância? De que adiantaria tratá-las?

Não foi senão com o século XVII e a ênfase na educação das crianças que deveriam ser escolarizadas, ao invés de adquirirem a instrução na prática do dia-a-dia em que viviam de modo indiferenciado com os adultos que puderam ser introduzidos os ideais da disciplina junto com o autoritarismo e certa dose de humilhação quando necessária. Depois no século XIX, ainda principalmente através do âmbito escolar, constituiu-se a necessidade de “despertar na criança a responsabilidade do adulto, o sentido de sua dignidade.” (p.7) Esta responsabilização da criança junto com o reconhecimento da necessidade de sua educação especializada veio de par com a industrialização crescente das cidades.

Este último panorama constituiu provavelmente uma humanização da infância com reflexos sobre seus abandonos e descuidos por parte dos pais, favorecendo a que às crianças agitadas fossem dadas atenção e educação diferenciadas, juntamente com a provável necessidade de internação e tratamento das agitadas doentes.

Na história da Psiquiatria, lemos na seleção feita por Foucault (2002) que o pavilhão dos “agitados” foi o primeiro ao qual Pinel teria conduzido Couthon em sua visita que precederia a libertação dos loucos acorrentados. Esses agitados quando necessitassem permanecer dentro dos hospitais, seriam alocados, segundo a leitura de Roy e Roy (2013), no exato oposto do pavilhão dos trabalhadores tranquilos. Essa “agitação” era então submetida ao tratamento moral e intimidação coercitiva pineliana, encarregados de levar o louco a reconhecer toda a falta de fundamento racional de seu comportamento. E houve aqueles que se curaram, e foram gratos aos membros da equipe, o que na verdade, apenas revelava segundo Foucault, a possibilidade de se alienarem ao discurso médico. Quando houve

aqueles que resistiram a todo este aparelho racional-jurídico, ficou demonstrado que “a loucura afinal, não passa de loucura” (p.502), ou seja, que aquilo que escapava ao alcance da influência institucional, poderia assumir outras causas:

a agitação se refere à movimentação de um corpo, quer seja o corpo em sua unidade ou corpos mais sutis, que seguem o traçado dos nervos, infiltram-se no cérebro, contaminam os pensamentos e os misturam. (Roy; Roy, 2013, p. 29)

Na psiquiatria infantil, podemos verificar a construção de uma concepção sobre a qual se assenta a observação da agitação na criança, com seus episódios de cólera, instabilidade da atenção e psicomotora. (Ajuriaguerra, 1981) No século XIX, sobretudo sob a influência de Esquirol, vemos “a idiotia ou retardamento” como “o único transtorno mental infantil” nas palavras de Paul Bercherie (1983), este historiador da psiquiatria que aponta Itard como o educador que nessa época mais se destacou com seu caso da criança selvagem.

De fato, ao nos reportarmos ao filme de François Truffaut (*L’ Enfant Sauvage*), percebemos Victor como uma criança que desconhece qualquer coisa da linguagem humana, assemelhando-se a um pequeno lobo, desconhecendo todas as regras de convívio social e insistindo em “burlá-las” quando das tentativas de seu mestre de ensiná-las. Vemos exemplificado o tratamento do que se pode chamar de uma criança deficitária através de todos os treinamentos de palavras e boas maneiras que foram tentados, lembrando um modelo comportamental ortodoxo, sem conferir nenhuma importância aos sons e às outras iniciativas do próprio Victor, tidos como insignificantes. (Lajonquière, 2000).

A Atenção já era uma função bastante valorizada e Itard (1806) menciona-a em vários momentos de seu relatório, desde o primeiro exame de Victor, em que o médico “não conseguiu que esta criança fixasse por um momento a atenção, e procurou em vão extrair das suas ações e determinações algum ato de inteligência” (p.77), até o instante em que o próprio Itard constatou que Victor “não prestava atenção a nenhum objecto que provocasse nos seus sentidos uma impressão duradoura. Os seus olhos viam, mas não olhavam; os seus ouvidos não escutavam.” (idem). Depois disso, Itard com insistência verificou que Vitor se entregou a partir de exercícios de comparações de objetos e letras cada vez mais próximas por alguma semelhança, a progredir na função da Atenção, chegando a notá-lo com “um ar (...) sério, calmo e meditativo” (p.85) nesta atividade. Isso pode falar em favor de certa instrumentalização nas intervenções que visam ao desenvolvimento da Atenção.

No entanto, quando diante de um formato novo de dificuldade Vitor recomeçou a distrair-se, a dispersar a atenção e dar gargalhadas. Este ciclo foi mais ou menos constante no

Relatório de Itard. Portanto, não deveríamos antes perguntar pelas dificuldades de Vitor para além da observação estrita das provas que Itard o submetia? Afinal Vitor acenava com aspectos subjetivos importantes. Ele dava gargalhadas; podia entrar num mutismo demorado, após esgotarem os esforços de Itard e quando este menos esperava, irrompia com uma palavra ou frase; chorava de diferentes maneiras, dentre outras coisas. Era assim, que Itard tentava ligar a atenção e a agitação de Victor a uma deficiência que pouco a pouco podia ser passível de domaçoão e aprendizagem, mas que aqui e acolá, era atrapalhada pelo seu lado “selvagem” e incoercível. Aliás, não podemos esquecer, conforme a parte anterior que as últimas teorias sobre hiperatividade (compiladas e revistas por Barkley (2008)), revelam o mesmo tipo de raciocínio, refrear as tendências que buscam resposta imediata em prol de aperfeiçoamento do auto-controle e do pensamento.

A questão que se coloca para nós no tocante à “agitação” de Victor, que já teria cedido bastante desde as primeiras convivências e que deveria passar pelo programa elaborado por Itard que usava de métodos disciplinadores e punitivos como castigos físicos e privações é de se essa agitação deveria ser vista como tão negativa no processo de tornar-se sujeito e, se tentar discipliná-la a todo custo, não poderia acabar por levar com ela também certa possibilidade de autonomia e curiosidade? É isso que nos diz Lajonquière (2000) em palavras mais precisas: “Não se trata de “curar” o estado selvagem de Victor, mas de germinar a possibilidade de que viesse a produzir a ideia diretora de pai para, assim, centrar a pergunta pelo desejo do Outro. (p.115) Essas considerações podem servir para pensar quando o CAPSi se torna mais disciplinador e imbecilizante, sobretudo quando aponta a dificuldade e o retardo do lado da criança apenas e fica pouco atento enquanto instituição às pistas dadas pela criança que já a orientam de algum modo.

Num segundo período da história da psiquiatria infantil, na segunda metade do século XIX, Bercherie (1983) diz que a clínica se torna diacrônica e preocupada mais em descrever doenças do que os diversos estados por trás da ideia de retardamento. É aí que surge a concepção das demências infantis, inspiradas nos trabalhos de Kraepelin. Estas ocorreriam aos 3 ou 4 anos de idade após período de desenvolvimento normal, numa apresentação inicialmente depressiva e morosa, seguida por quadro que se assemelha a muitas crianças diagnosticadas como hiperativas hoje: “oposição, transtornos afetivos (cólera, ansiedade), seguidos de uma desagregação da linguagem e de diversos transtornos motores bastante característicos: agitação, esteriotipias, maneirismos, catatonia, impulsões.” (p.135). Mesmo observando que a criança após isso, cai num estado de “idiotia”, “Heller destaca a persistência

de uma certa capacidade de atenção e de focalização e, sobretudo, a conservação de uma fisionomia inteligente, que diferencia nitidamente essas crianças dos verdadeiros retardados” (idem). É a ideia de psicose e autismo infantil que começa a ganhar terreno e consistência na cena psiquiátrica desse período.

Outra categoria nosológica que começa a ganhar espaço por essa época diferenciando-se da psicose, é a de “personalidade psicopática” ou “as diversas manifestações de tipo caracterial”. Ana Beatriz Silva (2009), em seu Best Seller, *Mentes Inquietas*, numa preocupação em que as crianças TDA’s (Transtorno de Déficit de Atenção) e TDAH’s (Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade), sejam desvinculadas da ideia pejorativa que as acompanha dá destaque em seu levantamento histórico a Still - 1902, como sendo o representante de uma época negra na psiquiatria de crianças hiperativas.

Still falou sobre crianças que eram agressivas, desafiadoras, resistentes à disciplina, excessivamente emotivas e passionais, mostravam pouca ‘inibição à sua própria vontade’, tinham dificuldades de seguir regras, eram desatentas, hiperativas, propensas a acidentes e ameaçadoras a outras crianças devido a atitudes hostis. De acordo com Still, essas crianças tinham um defeito maior e crônico ‘**no controle moral**’. (...) Em harmonia com as ideias dominantes da época, Still rotulou os pais dessas crianças como portadores de um ‘**defeito de controle moral**.’ (Silva, 2009, p.203, realces nossos)

Queremos destacar nesse recorte histórico que essas concepções por trás da agitação, desatenção, hiperatividade e impulsividade infantil são extremamente importantes na discussão atual de muitos autores sobre o problema. Não parecem ter ficado totalmente para trás. Trata-se de ver sempre o que pode explicar este imperativo da ação nessas manifestações das crianças. Assim, podemos exercitar raciocínios diferentes de funcionamento global, combinados ou não entre si. Pode ser que uma criança com o cognitivo nitidamente deficitário, apresente desatenção e intolerância às tarefas do dia-a-dia e mais ainda àquelas mais sofisticadas como são as da escola, podendo tornar-se conseqüentemente, agitada - conforme vimos um pouco em Victor de Itard - e quando sucessivamente repreendida, pode tornar-se também mais ansiosa e rebelde. Por outro lado, uma criança “louca”, que tenha um comprometimento global da personalidade, da percepção e do juízo, pode reagir com agitação ao ambiente percebido como invasor e hostil ou fragmentário. Ainda pode ser que uma criança que se sinta desafiada constantemente pelos outros ou convocada à transgressão como algo estrutural de sua personalidade, desenvolva agitação e hiperatividade características.

Diferentes autores (Barkley, 2008; Bergès, 2008; Silva, 2009) destacam a pandemia de encefalite que assolou a Europa e América no início do século XX como marco na história do

interesse pelo TDA e TDAH. As crianças doentes apresentavam sintomas de hiperatividade, impulsividade, dificuldades de aprendizagem e comportamento perturbador, o que levou alguns estudiosos a postularem uma base orgânica para tais distúrbios, mais propriamente uma ‘lesão cerebral’. E a partir daí, tornou-se tendência na década de 30 a se considerar que crianças hospitalizadas com esse quadro deveriam apresentar algum tipo de lesão que justificasse aqueles sintomas tão semelhantes aos das crianças descritas com encefalite. Com o decorrer das investigações e sem base para afirmarem tais lesões, pois essas crianças não haviam sofrido intoxicação, infecções, traumas, encontraram uma saída com o termo ‘lesão cerebral mínima’. Era o início da crença no cérebro como portando em si as causas dos problemas mentais e da “hiperatividade” e “hipercinesia” das crianças. A expressão de lesão cerebral mínima continuou sem comprovação, o que fez surgir nova denominação, agora descompromissada com uma localização precisa, mas apostando ainda no cérebro: “Disfunção Cerebral Mínima.”

Barkley (2008) destaca o trabalho clássico de Strauss e Lehtinen -1947- que fizeram recomendações para nortear o processo educativo das crianças que apresentassem a síndrome da lesão cerebral mínima. Salas de aula com a menor quantidade de estímulos possível para evitar distraí-las, paredes livres de ornamentos e qualquer coisa que tirasse o foco das crianças, inclusive a própria maneira dos professores se vestirem sem colares e roupas coloridas. Segundo Barkley (2005), essas recomendações ainda hoje repercutem em muitos programas escolares, apesar de não haver nenhuma comprovação de sua eficácia em termos científicos.

Em Barkley (2008) e Silva, (2009), podemos perceber que não obstante as falhas na metodologia científica desses estudos sobre lesões, eles puderam começar a deslocar o acento das relações familiares e do ambiente social da criança para fatores orgânicos e cerebrais dela. Isso caminha para uma desculpabilização dos pais e para uma re-orientação nas pesquisas. Estas continuam a avançar principalmente na compreensão funcional do transtorno e também na caracterização genética e na identificação de regiões cerebrais no mesmo (especialmente a rede frontal- estriatal- cerebelar) com dificuldades na inibição e no funcionamento executivo cerebral, apesar desses domínios segundo outros autores, franceses (Gono; Guilé & Cohen, 2010), estarem sujeitos a críticas e não apresentarem resultados conclusivos.

Na década de 60 do século passado começou a sair de cena cada vez mais a ideia de disfunção cerebral mínima, considerado muito vago pelos pesquisadores. A ênfase foi dando

lugar ao sintoma comportamental mais característico e incômodo de crianças como aquelas. Chess (1960, apud Barkley, 2008) definiu: a criança hiperativa como “aquela que conduz suas atividades em uma velocidade acima da normal observada na criança média, ou que está constantemente em movimento ou ambos.” (p. 20). Ainda segundo Barkley, o trabalho de Chess teve a virtude de chamar atenção para as evidências objetivas do transtorno, ao invés de apoiá-lo no relato e conclusão de pais e professores, tirar dos pais a culpa pelo problema da criança e desvincular a síndrome de hiperatividade do conceito de lesão cerebral, mas sem diminuir a importância dos fatores biológicos.

Apesar da posição de Chess tirar a ênfase da educação familiar das crianças, Lima (2005) ressalta a tendência por outro lado das teorias psicanalíticas na cultura americana, segundo as quais conflitos poderiam estar por trás das manifestações sintomáticas das crianças, influenciando ainda segundo Lima o próprio uso do termo ‘reação’ na segunda edição do *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders* (DSM-II), da Associação Psiquiátrica Americana (APA) que nomeou “reação hipercinética da infância” o quadro descrito por Chess.

Com a década de 70, o foco das pesquisas começou a mudar, pois começaram a surgir maior número de descrições como a de Wender para quem havia crianças “hipoativas e lânguidas, mas apresentavam perturbações da atenção” (Barkley, p.22), casos que hoje poderiam se considerados TDA’s, os predominantemente desatentos ou sem sintomas de hiperatividade conforme o DSM IV.

Virgínia Douglas pesquisadora americana deste período defendeu a ideia de que os déficits na atenção prolongada e no controle dos impulsos eram mais importantes para explicar as dificuldades das crianças observadas. (Barkley, p.24; Silva, p.206) Ela e sua equipe concluíram ainda através de amplas pesquisas com baterias de testes objetivos que outras dificuldades antes associadas ao transtorno, não eram mais presentes nessas crianças que em outras: dificuldade de aprendizagem, distúrbios na lateralidade, fazendo com que o déficit de atenção pudesse realmente se desvincular da ideia de déficit intelectual. Os problemas com a atenção podiam surgir mesmo em condições que não houvesse distrações significativas e, assim, Douglas com sua equipe puderam demonstrar que “as crianças com hiperatividade nem sempre se distraíam mais do que crianças que não eram hiperativas.” (Barkley, P.24)

Os estudos de Douglas e sua equipe puderam concluir que a hiperatividade não seria específica daquelas crianças, mas estava presente em muitos outros transtornos, que seria, na verdade, multidimensional e de sintomas, muitas vezes situacionais, variando com a mudança do ambiente de casa para a escola ou vice-versa. Mas já na década seguinte, essas mesmas preocupações começaram a ser levantadas com relação à atenção (multidimensional, situacional, variável). (Barkley, p.25)

Todavia, foi influenciado por esses estudos de Virgínia Douglas que o DSM III (1980), renomeou a síndrome para TDA (Transtorno do Déficit de Atenção), identificando a forma adulta, na época classificada como tipo residual, advinda da infância, com a diminuição dos sintomas hiperativos e a persistência dos sintomas atentos e impulsivos, conforme Douglas e sua equipe de pesquisa. (Barkley, p.24-25; Silva, p 206)

Começa a se construir a noção de um déficit de base, constitutivo, na Atenção e na atividade motora, sobretudo devido à utilização de psicoestimulantes que cresceu bastante e se comprovou em várias pesquisas como tendo efeitos “drásticos” (p.25) nestes sintomas. Mas vale ressaltar que esta visão tornou-se preponderante em uma parte de nosso planeta apenas.

A visão de que os pais participariam no estabelecimento deste quadro clínico por outro lado foi se estabelecendo como predominante na Europa, onde muito dos diagnósticos eram na verdade de transtorno de conduta e onde a ênfase interventiva começou a ser dada em trabalhos com a família e na psicoterapia. (Gono; Guilé & Cohen, 2010) Na América, ao contrário, a visão era de que “grande parte do controle e comportamento negativo dos pais era resultado e não a causa do baixo autocontrole e desatenção das crianças.” (Barkley, 2008, p.29) Neste sentido, as pesquisas americanas puderam observar que a utilização de medicação psicoestimulante contribui no arrefecimento dos sintomas de base e tem efeitos na diminuição da diretividade e aflição dos pais, contribuindo por fim na redução dos desvios de comportamento da criança. Noutros casos, em que a aflição e diretividade dos pais não se veem tão diminuídas, outros estudos de mesma linhagem norte-americana foram utilizados e demonstraram que os próprios pais são TDAH e foram subdiagnosticados na infância, reforçando a ideia de hereditariedade na constituição do déficit de base.

Uma revisão dos próprios estudos e pesquisas americanos realizados por pesquisadores franceses (Gono, Guilé & Cohen, 2010) questiona se a própria categoria diagnóstica de TDAH em si mesma seria defensável clinicamente. Ela geralmente tem

comorbidade superior a 70%, conforme Rohde (2005) o maior pesquisador da área no Brasil, o que inclusive, dificulta a escolha dos esquemas medicamentosos. Desse modo, os franceses verificam muitas combinações neste diagnóstico como é o caso de crianças em que o déficit de atenção é bastante visível, mas que cursa com depressões e ansiedade (quadro comum em meninas) e a de crianças (mais meninos) em que a hiperatividade está presente, mas cursando com as oposições e os transtornos de conduta, isso de tal modo intrincado que fica difícil eleger o TDAH como categoria diagnóstica principal e determinante.

Gono, Guile e Cohen (2010) trazem ainda de pesquisas americanas em neurociências que o desenvolvimento da massa cinzenta cortical pode acontecer de forma máxima dos sete até os treze anos de idade e que inúmeros fatores ambientais podem perturbar esse desenvolvimento, incluindo aí a precariedade do nível sócio-econômico dos pais. O raciocínio dos autores é que, mesmo com grande quantidade de estudos de gêmeos feitos para comprovar a hereditariedade do transtorno na conformação cerebral, eles são altamente questionáveis em seus controles. Se fôssemos nos guiar por essas estatísticas, dizem os autores, teríamos que dizer que a tuberculose seria igualmente hereditária, quando na verdade, esse fator não é isolável do ambiente infeccioso oferecido por ela. Ainda contra a corrente americana que aposta que a ciência e a descoberta da hereditariedade do transtorno podem servir para desculpabilizar os pais, os autores franceses fazem uma ponderação bastante original:

Todavia, pode-se questionar se esta atitude desculpabilizante serviria de algum modo ao interesse da criança. Se pode parecer justificado desculpabilizar certas mães, pode não ser o caso com relação aos outros familiares e em particular com os pais. Com efeito, contrariamente à influência da mãe, a influência do pai na ocorrência e tratamento do TDAH foi pouco estudada na literatura norte-americana. Constata-se que a mera presença do pai diminui o risco de TDAH. Ademais, a atitude paterna tem uma incidência sobre o TDAH e o funcionamento social da criança. Enfim, um engajamento do pai num programa de apoio à criança que sofre de TDAH contribui para melhorar o funcionamento social dela. (Gono, Guilé & Cohen, 2010, p.277, tradução nossa)

Na década de 80, com a continuidade das pesquisas e das controvérsias, temos a proposta do DSM-IV firmando o diagnóstico como baseado em observações clínicas definidas por critérios empíricos e não mais baseada de modo vago na observação de pais e professores. O transtorno passou a ser TDAH e não mais TDA com subtipos que apresentavam ou não o H, ou seja, a hiperatividade a fim de poder diminuir as confusões que se podia fazer e que, segundo Barkley (2008), ainda se faz do transtorno com a hiperatividade e desta com a agressividade e outras condutas. Todo esse trabalho tinha o intuito de se atingir uma objetividade em oposição à tendência de pesquisas de amostras comunitárias, dos tipos

que se recolhem em serviços de saúde mental em que se observa predominantemente a conduta agressiva como fazendo parte do transtorno, ou seja, tipos “não- puros” de TDAH, conforme Barkley (2008). Não pudemos deixar de pensar no CAPSi que provavelmente não possui em sua população de crianças “tipos puros” de TDAH, mas recebe crianças sobretudo pelos incômodos que causam na família, comunidade e na escola, principalmente pelas suas condutas agressivas. O fato é que na apresentação deste autor americano, a agressividade deveria ser desvinculada da categoria TDAH que apresenta conforme os estudos desta década **uma ênfase no transtorno motivacional** além do atencional. (p.36) O TDAH poderia surgir “por causa de uma insensibilidade a consequências (reforço, punição ou ambos).” Isto coincidiu com pesquisas que sugeririam “menor ativação dos centros de recompensas cerebrais e seus circuitos de regulação cortical-límbica.” (p.37)

Talvez pelos desenvolvimentos acima, na visão deste autor, os avanços prometidos pelas terapias cognitivos comportamentais nessa década não foram comprovados. Quando a amostra de crianças consideradas puras de TDAH foi submetida às avaliações, os resultados obtidos com amostras de crianças da comunidade consideradas “agressivas” não se repetiram. Isto nos sugeriria pensar que se há insensibilidade às consequências dos movimentos, por conseguinte deve haver também aos reforços de diversos tipos que possam ser manipulados pelas TCC’s. Desse modo, muitos estudos concluíram que no máximo, as diversas práticas da TCC como “controles de contingências” e de “desenvolver a fala autodirigida (...) para orientar (...) definição e atenção a situações problemáticas imediatas” (p.40-41) só poderiam alcançar resultados razoáveis se fossem acompanhadas de medicação psicoestimulante.

As controvérsias estão presentes nas próprias classificações diagnósticas. No CID-9 contemporâneo ao DSM- III já encontramos uma ênfase nos sintomas hipercinéticos, mais do que na Atenção que será retomada pelo DSM-IV como eixo importante e que não terá tanta relevância no atual CID –10 (Classificação Internacional das doenças) utilizados nos CAPS. Este manual esclarece que prefere não utilizar a categoria “déficit de atenção” porque ela “implica um conhecimento de processos psicológicos que ainda não está disponível e sugere a inclusão de crianças ansiosas, preocupadas ou ‘sonhadoras’ apáticas, cujos problemas são provavelmente diferentes.” (OMS, 1993, p. 256) O fato de essa Classificação ser a utilizada atualmente nos CAPSi’s deve ter alguma relação com a ênfase que existe e é posta em nosso trabalho sobre a “hiperatividade”.

Desse modo há uma atitude científica do DSM-IV em tentar separar três eixos da Atenção, da Hiperatividade e da Impulsividade o que provavelmente segue uma lógica em análise fatorial de reduzi-los ao máximo de objetividade e exclusividade na circunscrição dos sintomas que eles podem conter. Essas descrições de sintomas por sua vez vão admitir o mínimo de equívoco, oferecendo o nível almejado de excelência na avaliação de um indivíduo TDAH. Sem confusão com os sintomas como aquele da agressividade, geralmente muito associado à hiperatividade e até bem difícil de discernir dela, conforme a experiência de tantos outros, principalmente os franceses (Gono, Guilé & Cohen, 2010). Essa objetividade seria uma demonstração de que se está trabalhando no máximo de eficácia científica e com o mínimo de valoração moral na identificação de uma anormalidade. Mas, ao preço, certamente de desligar o sujeito de sua realidade subjetiva pela alienação de parte importante de sua vida às categorias objetivas de análise e determinação.

O DSM –IV avalia sintomas de desatenção em que o destaque é dado à incapacidade de manter o foco da atenção, não por razões de compreensão da tarefa ou da atividade lúdica, mas porque essas logo se tornam para o indivíduo, monótonas e mesmo, aversivas. Sintomas de hiperatividade em que o indivíduo revela pouca capacidade de manter-se numa atividade sentado, levantando-se várias vezes, movimentando-se de modo inquieto e agitado. Sintomas de Impulsividade: nesse caso, o indivíduo responde antes do outro concluir sua pergunta e tem ações precipitadas, sem pensar ou calcular riscos e perigos por exemplo. O Manual salienta ainda que os sintomas devem estar presentes em pelo menos dois contextos diferentes, pois algumas vezes esses sintomas ocorrem ou só em casa ou só na escola.

O CID -10 apesar de preferir não falar em “transtorno de déficit de atenção”, reconhece, mesmo assim, alguma importância aos problemas de atenção quando a criança não consegue terminar uma atividade ou passa de uma a outra ininterruptamente. Dá ênfase ao fato de que muitos dos atos da criança podem ser impulsivos, mas também conterem algo de transgressão às regras sociais e agressividade, sendo assim colocados na categoria de transtorno de conduta hipercinética (F 90.1).

A objetividade dos manuais, parte assim, de descrições e critérios empíricos e está cada vez mais referida às inúmeras pesquisas daquilo que se pode chamar de MEB – Medicina Baseada em Evidência. A MEB ganha relevo nos manuais, artigos e reportagens

através de pesquisas relacionadas à anatomia, neurofisiologia e bioquímica cerebral, incluindo a atuação dos medicamentos psicoestimulantes, bem como de pesquisas em genética.

Com relação à forma e disposição do cérebro de pessoas diagnosticadas com TDA/H não há pesquisas conclusivas conforme podemos ver na literatura de revisão, apesar dos adeptos de um localizacionismo cerebral não esconderem seu interesse no mesmo.

Esses estudos formaram uma base mais firme [portanto, não conclusiva] para a consideração de que o TDAH de fato envolve limitações no desenvolvimento do cérebro, em particular nas regiões pré-frontal-estriatal, e que essas limitações provavelmente originam-se no desenvolvimento embrionário. [que poderia dispensar muito a ideia da participação ambiental no desenvolvimento dos sintomas do “TDAH”] Os avanços na tecnologia neurológica continuam a trazer novas descobertas excitantes [aqui o autor não esconde seu entusiasmo com o localizacionismo] e reveladoras na busca pelas diferenças estruturais que causam esse transtorno. (Barkley, 2008, p. 45, comentários entre colchetes nossos.)

O aumento da Atenção de pessoas que tem diagnóstico de TDAH ou transtorno hiper-cinético (CID-10) quando utilizam os psicoestimulantes, sobretudo o metilfenidato (Ritalina) é incontestável seja pelo depoimento dos próprios sujeitos ou pela observação clínica e de pesquisa. As pesquisas indicam que esses psicoestimulantes “inibem a recaptura neuronal da dopamina. Eles aumentam assim a taxa extracelular da mesma e favorecem assim a neurotransmissão através dela.” (Gono, Guilé & Cohen, 2010 p. 274). O problema dessa hipótese é que ela extrapola a explicação verificável para concluir que as crianças “com TDAH” sofrem de um déficit de dopamina, mas isso não pode ser dito, já que “os psicoestimulantes aumentam a atenção das crianças que sofrem de TDAH, mas também a de crianças saudáveis, os estudantes, os adultos.” (idem) Podemos não nos dar conta, mas o raciocínio empregado por essa medicina baseada em evidências é o mesmo que segundo Laurent (2012) autorizaria concluir que “todas as dores estão ligadas a um déficit de ópio, posto que o ópio alivia e que a causa da dor de cabeça é a aspirina.”

Do lado da genética, a melhor hipótese é a de que o TDAH está associado a um polimorfismo do gene codificador para o receptor dopaminérgico D4, responsável pela inibição da dopamina nas transmissões sinápticas. (Barkley, 2008) Essa hipótese, é muito improvável, segundo os estudiosos franceses, já que “este gene está presente em 23% das crianças com TDAH e em 17% das crianças saudáveis.” (Gono, Guilé & Cohen, 2010, p.275). No entanto, trabalhos de divulgação do transtorno dirigido a pais, professores e o público leigo são taxativos em afirmar que: “Em torno de 90% do TDAH é devido à genética, o que é muitíssimo em medicina.” (Mattos, 2005, p.42)

De fato, essas conclusões apressadas sobre dados científicos são muito mais comuns nos meios de comunicação de massa e nos materiais “pseudocientíficos”, conforme Lima (2005), do que nos materiais científicos que consultamos e essa falta de cuidado conforme vimos no capítulo anterior responde ao imperativo do discurso capitalista que é o consumo e a adaptação das pessoas à lei de mercado de consumo de medicamentos e terapias rápidas como a TCC se propõe. Neste sentido é que se coloca a necessidade deste capítulo crítico em relação às “descobertas” e “inovações” no campo do diagnóstico e da terapia.

O DSM – V que acaba de ser lançado traz, após levantamento ainda mais exaustivo de sintomas e da concordância de inúmeros *experts* em cada categoria diagnóstica sobre os critérios adotados na avaliação psiquiátrica, a possibilidade de um diagnóstico ainda mais objetivo (Folhauol, 2013), no caso do TDAH, com a possibilidade de inclusão de número maior de indivíduos. Além disso, toda essa objetividade entra no bojo de um desejo muito mais amplo de boa parte dos psiquiatras contemporâneos, ou conforme Laurent (2012), na “angústia dos sábios” de “levarem em conta os sintomas mesmo que estes se encontrem em nível subclínico.” Conforme Luis Augusto Rohde, o psiquiatra brasileiro mais influente da atualidade, participante do grupo de trabalho do DSM V em recente entrevista:

Quando entrei no esforço de revisão do DSM, eu tinha o desejo e a fantasia de que seria possível ter uma modificação de paradigma na forma de se fazer diagnóstico psiquiátrico. Nós queríamos a inclusão de marcadores neurobiológicos [sinais físicos do funcionamento do cérebro e do sistema nervoso] na prática clínica. Queríamos aproximar a psiquiatria de um estágio de desenvolvimento onde está a oncologia, por exemplo. Então, o desejo entre 2000 e 2005, quando entramos no processo, era que, em algumas situações, o diagnóstico pudesse se basear em **marcadores neurobiológicos**. O que aconteceu foi que, ao revisar o que existia de evidência científica dentro da área de psiquiatria, constatamos claramente que **ainda** não estamos prontos para uma mudança de paradigma. (Folhauol, 2013, realces nossos)

Neste sentido, a própria ideia de observação e escuta clínica, grande ferramenta dos estudos da psiquiatria ao longo de sua existência tende a ser substituída por marcadores subclínicos que evitam ao máximo a entrada da subjetividade do clínico na avaliação. Se estes critérios ainda não foram adotados foi por falta de evidência científica suficiente da medicina que em sua busca de objetividade e neutralidade científica, na verdade tende a ocultar pressupostos essencialistas que tornam os sujeitos apartados de sua responsabilização para fazê-los reféns da biologia e genética num plano a serviço do capital. Isto é flagrante por parte de uma empresa farmacêutica (dentre muitas) que além de defender em suas publicações os fundamentos genéticos e bioquímicos desse transtorno, promove seu produto não apenas junto aos médicos, mas à escola:

Em 2010, a Novartis e a ABDA (Associação Brasileira de Déficit de Atenção) promoveram o concurso “Atenção Professor”, que tinha como objetivo “ajudar os educadores a conhecer e lidar melhor com o TDAH”. Para levar o prêmio de R\$7 mil era preciso apresentar as melhores propostas de inclusão de portadores de TDAH na sala de aula. Além do valor, as escolas ganhavam um kit contendo uma champagne, um Certificado da Escola de Projeto de Inclusão e um troféu. O líder do projeto iria receber nominalmente apoio para participar de um Congresso Nacional na área de educação, “contemplando passagem, hospedagem e inscrição no valor máximo de R\$4.000,00”. Três escolas foram sorteadas. A Novartis negou qualquer tipo de envolvimento com projetos educacionais dentro e fora de escolas, apesar de o projeto buscar auxiliar no reconhecimento e condução do transtorno e de a página oficial do concurso exibir a assinatura da empresa como uma das responsáveis pela iniciativa. (Medeiros, 2013)

As intervenções propostas às dificuldades com o TDAH no campo da divulgação científica e pseudocientífica são, portanto, em primeiro lugar a medicação psicoestimulante, seguida de diversas modalidades de intervenções orientadas, em sua maioria, por abordagem cognitivo-comportamental, visando trabalhar os pensamentos e as ações do paciente para torná-los mais baseados na realidade. (Mattos, 2005)

É assim que são propostos os “treinos em solução de problemas” e “habilidades sociais”, através de técnicas de relaxamento e habituação para reduzirem a ansiedade e a impulsividade típicas, aumentando o nível de tolerância à frustração juntamente com o auxílio terapêutico cognitivo com foco na formulação racional dos problemas do dia-a-dia trazidos à sessão. A construção de agendas funcionaria para impedir que o TDAH se enredasse em sua desorganização e “ficasse pulando de uma atividade inacabada para outra.” (Silva, 2009, p. 249). Os auto-conceitos negativos também seriam conduzidos com ajuda do terapeuta a se confrontarem com a realidade a fim de serem substituídos por crenças mais compatíveis com a realidade e ao mesmo tempo, com um reconhecimento mais positivo de suas habilidades.

As intervenções mais direcionadas para as crianças podem se basear num sistema de recompensas mais imediatas, oferecidas no momento em que a criança realiza ação adequada ou mesmo num sistema de fichas que poderão ser trocadas por coisas do interesse da criança depois, elevando dessa forma sua capacidade preditiva e de planejamento com relação a um futuro. A substituição de ordens negativas através do “não pode; não faça”, que limitam o pensamento por ordens positivas, do tipo: - Você pode fazer tal outra coisa! São apontadas também como estratégias que ajudam na organização das condutas da criança TDAH. A punição, por sua vez, é recomendada com cautela porque, na verdade, o que as propostas aqui verificam, baseadas na concepção de um déficit de base na Atenção e Hiperatividade, é a frequente confusão que é feita pelos cuidadores e logo depois pela própria criança entre a dificuldade em seguir uma atividade- típica dos TDA/H's – e a desobediência, com toda sua carga moral.

Essas intervenções e outras que apresentamos oferecem aproximações e diferenças com o que a psicanálise tem a oferecer conforme veremos na próxima parte. A principal diferença, talvez, é que nas terapias comportamentais e medicamentosas temos intervenções programadas que elidem antes de tudo o sujeito já que consideram uma realidade que lhe é exterior (seja no sentido do mundo externo ou mesmo dos inacessíveis processos cerebrais internos, mas que acabam também sendo considerados externos) e também a condição para a condução do processo e para as intervenções, ou seja, os endereçamentos transferenciais entre os envolvidos no problema: crianças, seus Outros e os terapeutas.

## **2- PSICANÁLISE E HIPERATIVIDADE**

### **2.1- Considerações e questões preliminares**

O Distúrbio da Atividade e da Atenção (F90.0), o Transtorno Hiperativo de Conduta (F90.1), ambos pela CID-10 e o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) pelo DSM-IV não estabelecem categorias psicanalíticas, mas contém em sua nomeação elementos com os quais a psicanálise trabalha. A função da Atenção foi abordada por Freud em vários pontos de sua obra, principalmente no início. A motricidade, a impulsividade que forma com aquela os três eixos diagnósticos, também.

De acordo com Duarte (2009), em sua dissertação em Psicopatologia Fundamental e Psicanálise pela UNICAP, na leitura da função da Atenção pela psiquiatria, por exemplo, “não se consideram as determinações inconscientes” (p.31) que estão presentes em nossos atos cotidianos. Autora toma então fragmento clínico da psiquiatra Ana Beatriz Silva sobre uma jovem universitária chamada Diana que nos momentos de aula ou supervisão olhava para o rosto da supervisora e via muitas imagens e pensamentos passando como numa tela de computador, isso a distraía completamente do que estava sendo exposto.

No que diz respeito ao funcionamento da Atenção, sabemos a partir do nosso estudo que o desejo orienta a Atenção. No que a Atenção de Diana estava investida, quando a supervisora se transformava em tela de computador? O que comandava sua Atenção, quando conscientemente, ela queria prestar Atenção e não conseguia? (Duarte, 2009, p.98)

O que se propõe aqui é um pouco diferente. É bem verdade que em muitas dificuldades da Atenção podem estar presentes motivações inconscientes, o desejo inconsciente de representações recalcadas podendo interferir na consciência, no entanto, nossa

pesquisa clínica nos obriga a considerar outros aspectos. Colocaremos em evidência no capítulo que se baseou nas entrevistas crianças em plena constituição de seu aparelho psíquico, portanto, caberia questionar se podemos sempre falar em desejo inconsciente. Desse modo, a distração<sup>3</sup> e agitação da criança poderiam ser entendidas não como consequência de motivação inconsciente, mas como causa, como algo que diz de uma não inscrição ou de algo que busca se subjetivar. Isso guarda alguma semelhança com as teorias que vimos na parte anterior em que a Atenção e a Hiperatividade eram colocadas como déficits primários. É um modo clínico diferente de perceber que pretendemos desenvolver mais em outro estudo a partir de considerações maiores dos registros Lacanianos do real, simbólico e imaginário e de como a Atenção como função estrutura-se aí.

Segundo Chemama e Vandermerch (2007) quando Freud fala em ato falho, refere-se a uma intenção consciente perturbada por outra intenção que sofreu recalçamento. Se aproximarmos então as duas noções e falarmos na intencionalidade da criança, podemos julgar que em alguns momentos, algumas podem se distrair. Mas, quando se trata de uma criança que não concentra a atenção em quase nenhum objeto, agitando-se e passando de uma coisa à outra, verificamos estar diante de algo extremo e bem diferente de uma intenção definida, de um desejo inconsciente que irrompe provocando acidentes justamente porque sofreu um recalçamento e precisa lutar contra as forças intencionais da consciência. Assim, Jerusalinsky (2003) numa prática muito mais próxima àquela do CAPSi, coloca em uma conferência sobre o tema:

O que é um déficit de atenção? É não saber a que dirigir a percepção. Um déficit de atenção é não poder dar continuidade ao *perceptum*, não poder produzir no *perceptum* um ato de nomenclatura que lhe dê extensão simbólica. Se não tem extensão simbólica é porque este objeto não chega ao Outro, não passa pelo campo do Outro, carecendo assim de significação. É por isso que a criança não persiste. Nas crianças que apresentam déficit de atenção e hiperatividade é clinicamente comprovável que a extensão simbólica está reduzida e achatada sobre a coisa. Essa é a razão, e não outra, como dizem os investigadores, de que as crianças não desconheçam e não recusem a presença dos objetos, mas se limitem a manuseá-los até rompê-los.

Isso nos impõe a necessidade de considerar a atenção e a motricidade não apenas enquanto funções que podem estar sob a influência do inconsciente, mas como elementos da constituição subjetiva da criança e, de preferência que pudéssemos situar essa constituição conforme nos apresenta a teoria Lacaniana dos três registros: real, simbólico e imaginário. É assim que a intervenção nesses casos não pode se limitar a interpretar o desejo inconsciente

---

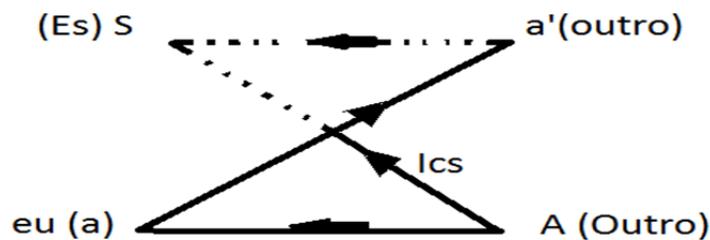
<sup>3</sup>Mais do que uma distração que é pontual e está presente em vários momentos de qualquer pessoa, a psicopatologia fala de distraibilidade como “dificuldade ou incapacidade para fixar-se ou deter-se em qualquer coisa que implique esforço produtivo.” (Dalgarrondo, 2008, p.106)

por trás de um sintoma como no exemplo dado acima do computador ou outro semelhante, mas vai em direção de interrogar a posição que uma criança ocupa no Outro gozo e na direção de favorecer que o sujeito possa se constituir. Veremos que Freud (1930/2010) fala neste sentido de um eu que precisa se desprender de uma “massa de sensações” para que reconheça um “fora”, um mundo externo, através das “frequentes, variadas e inevitáveis sensações de dor e prazer, que o princípio do prazer senhor absoluto, ordena [suprassumir] e evitar.” (p.46-47, colchetes nossos). Antes de expulsar imediatamente o que dói e “agarrar-se” ou introduzir imediatamente o que dá prazer o funcionamento que condiz com o surgimento do eu integra esses elementos (dor e prazer) e os transforma para operarem de outro modo nessa suprassunção, mais condizente com o pensamento, capaz de adiar respostas e criar novos caminhos.

Com relação à constituição do sujeito, na obra Lacaniana temos o escrito O estádio do espelho como formador da função do eu (1949/1998) em que ressaltamos ser “um drama cujo impulso interno precipita-se da insuficiência para a antecipação.” (p.100). Essa estrutura antecipatória pela imagem oferecida pelo Outro através de sua postura com a criança unifica as partes do corpo fragmentado da criança, partes antes sentidas isoladamente e sem função integrada, oferecendo uma totalidade, uma “armadura enfim assumida de uma identidade alienante, que marcará com sua estrutura rígida todo o seu desenvolvimento mental.” (idem) Esta estrutura antecipatória nós aproximamos ao que Freud (1911/2003) observou nos *Dois Princípios do Funcionamento Mental* quando fala da Atenção cuja função é de antecipar com a atividade tateante que vai ao encontro das impressões sensoriais ao invés de esperar a aparição de uma ação automática a partir da necessidade interna desprazerosa que aqui aproximamos da “insuficiência” de Lacan acima.

A esse escrito, Lacan e seus comentadores vão estar permanentemente retornando e fazendo-lhe referências. O próprio Lacan (1949/1998) faz questão de recomendar que com relação ao eu, este que é formado na experiência do espelho: “partamos da função de desconhecimento que o caracteriza em todas as suas estruturas.” (p.103). O eu enquanto precipitado das antecipações do Outro, desconhece a história do que lhe é atribuído desde aí, basta lembrarmos também que a estrutura da mensagem que lhe chega desde o Outro, é uma estrutura de mensagem invertida, conforme o esquema L. Assim o que vejo projetado no espelho (a-a’), diz do modo como sou sustentado por Outro (A-S) na diagonal inversa e da forma como me coloco e me tomo a partir da palavra de Outro, constituindo o meu

endereçamento. Aí já introduzimos que há o aspecto da imagem, mas que a imagem é formada desde um lugar simbólico inconsciente através da mensagem que lhe endereça o Outro, mensagem que em filigranas pode se preparar e se sustentar na Memória de que nos falou Freud no texto supracitado. A memória é encarregada de anotar os resultados da atividade periódica da consciência antecipada pela Atenção (Freud, 1910-11/2003).



Esquema L (Chemama & Vandremesch, 2007, p. 122)

Sabemos que na obra de Lacan, há o simbólico (A) que situa de onde sou olhado pelo outro e de onde passo a me olhar e a me fazer olhar. Simbólico que dá lugares já que é uma ordem que se constitui numa história e numa linguagem. Simbólico cujas inscrições mais elementares são registradas pelo sistema de Memória em Freud, que é estratificado. Mas há outro aspecto. Nem tudo pode ser especularizado, nem situado languageiramente. Há uma dimensão que não é captável, nem materializável, nem registrável se considerarmos o que vemos, ouvimos ou sentimos. Essa dimensão também é considerada por Lacan numa escrita: *a*. Ela é causa justo porque é o olhar e não o que vê ou é visto como o aspecto especularizável de que falamos, que Lacan representará  $i(a \hat{\ })$  (Lacan, 1962-63/2002). Da mesma forma: é causa enquanto voz e não enquanto significantes distinguidos (dimensão da linguagem). É causa enquanto algo que se desprende do corpo, que cai e que pode ser representado e encoberto de modo privilegiado pelo seio (oralidade) e fezes (analidade) nas trocas com o Outro.

Trata-se desse objeto privilegiado, descoberto da análise, desse objeto cuja realidade mesma é puramente topológica, desse objeto do qual a pulsão faz o contorno (...) desse objeto *a*. (...)

Pela função do objeto *a*, o sujeito se separa, deixa de estar ligado à vacilação do ser, ao sentido que constitui o essencial da alienação. (Lacan, 1964/1998, p. 242-243)

A consideração desse objeto *a* na compreensão da constituição subjetiva, e com o interesse clínico que seguimos- aquele das crianças de constituição gravemente comprometida como são as do CAPSi- é reforçado na leitura de um de seus maiores exegetas:

Lacan dá a essa notação o valor positivo de algo que não passa no investimento da imagem e, como tal, assegura sua consistência de imagem. '*a*' desenha a marca de uma falta na imagem virtual, e é diferente de *i(a)*, imagem do corpo, real, que tem uma imagem virtual, *i'(a)*. '*a*' cerne a falta fálica do que não passa na imagem especular. Ele tem uma função de borda, o que se reencontra na clínica.

Lacan chega a cernir melhor as características do objeto *a*, pois que ele se refere a uma clínica que o implica de um modo outro que no fantasma. Essa clínica é, primeiramente a da angústia, mas é também a do luto, da passagem-ao-ato, do acting-out e da **psicanálise com crianças**. (...) É em resposta ao trabalho que se fazia nesse último grupo que ele escreveu, em 1966 (...) *La note no.1 sur Le symptôme de l'enfant*, na qual se pode ler: "A criança realiza a presença do que J. Lacan designa como o objeto *a* no fantasma." (Porge, 2006, p. 198-199, realce nosso)

Encontramos igualmente a referência ao *objeto a* na pena de grande clínico da psicopatologia da infância –Jean Bergès – articulando justamente a dimensão destacável desse objeto à importância da imagem antecipadora e mesmo do simbólico que antecede a criança.

O significante não é apenas uma diferença daquilo que se ouve, mas também que aquilo que se ouve esteja inscrito no corpo apto a julgar essas diferenças pelo corpo próprio. (...)

Com efeito, se a presença-ausência da mãe introduzir para a criança o simbólico no *fort-da* é da imagem que se trata, do que Freud neste artigo que é o *Projeto*, em suas notas designa pelo nome de "traço" e a que dá um estatuto de permanência no complexo perceptivo. É por estar ausente que "a coisa" se encontra não substituída pelo significante, mas evocada por ele. Mas é que a presença-ausência da criança para a mãe manterá sob sua dependência, esta seria antes a oportunidade dada à criança para experimentar seu corpo próprio como lugar de ultrapassagem de sua função imatura pelo funcionamento das próprias estusias, nesta ocorrência e essa somente, liberada da motricidade e da captura da mãe. São estes dois aspectos que encontramos separados na fase do espelho descrita por Lacan, um especular, de imagens do corpo, o outro não especular, motricidade das bordas do quadro, **objeto a** de uma função motora. (Bergès, 2008, p.74, realce nosso)

Se nos reportarmos ao esquema L, temos de saber que é após longas elaborações que o "a" de que nos fala Lacan enquanto "eu" poderá se tornar objeto *a*. No entanto, sob o apoio das leituras destacadas aqui, percebemos que é justo de um "eu" que se "desprende de uma massa de sensações", conforme Freud (1930/2010) que se pode falar assim, na medida em que é antecipado pelo Outro (A) em suas funções, através do outro *a'*, principalmente na Atenção e motricidade. O S é o sujeito mítico, o Es freudiano por assonância que significa o Isso (Lacan, 1954-55/1985) e que sofre a influência dos significantes do A(Outro) no que se tornará Sujeito barrado \$, somente podendo aparecer e desaparecer entre os significantes que podem ser proferidos no lugar do eu *a- a'*, mas que continuam a sofrer as vicissitudes do inconsciente (Ics) e de sua determinação no A (Outro).

Se pudéssemos pensar um modo de entender o funcionamento do aparelho psíquico a partir dessas noções, teríamos que ver como a antecipação da Atenção pelo eu pode se cruzar com esta antecipação do Outro da própria imagem da criança. Há uma motricidade, como vimos em Bergès (2008) que pode se liberar da antecipação acachapante do Outro, liberando o eu e deixando cair o *a-* que como vimos podiam coincidir noutra tempo- através dos exercícios do funcionamento das estesias da própria criança que são anotadas e estratificadas na Memória, o que tem relação com o Outro enquanto predominantemente simbólico. Será que o Outro deixará cair para a memória aquelas primeiras antecipações que faz da criança e os primeiros exercícios desta que coincidiam em parte com seu duplo especular para o bem da própria capacidade antecipatória da criança, a que ela poderá ter acesso enquanto  $\$$ , através da atividade significativa? Ou será que restará certa prevalência do imaginário alienante em alguns ao lado de um esforço mais ou menos permanente para criar a função antecipatória da Atenção, cujo drama os déficits de Atenção e as hiperatividades vêm mostrar?

## 2.2. Atenção e Motricidade

A função da Atenção e o engajamento motor da criança se estruturam em alguns momentos da constituição subjetiva com prevalência de aspectos e de dimensões que podem nos indicar que localização subjetiva tem a criança em sua relação com o Outro, que tipo de endereçamento se estabelece e, portanto, que intervenções são possíveis.

Consideramos importante voltar aqui a algumas construções de Freud no *Projeto para uma Psicologia científica* pelo detalhamento com que consegue articular a economia psíquica, onde inclui o mecanismo da Atenção e da Ação e pode nos ajudar a perceber suas nuances.

Na terceira parte do *Projeto*, Freud (1895/2003) diz que tendo dificuldade de explicar o mecanismo da Atenção apenas mecanicamente, ele crê que ela seja condicionada biologicamente. Freud explica o aparelho psíquico como sendo impulsionado pelos estados desiderativos com origem nas necessidades vitais (*Not des Lebens*). Assim, “O efeito da atenção psíquica é a ocupação dos mesmos neurônios portadores da ocupação perceptiva.” (p.236). Os neurônios  $\psi$  através do Eu contêm as imagens perceptivas de recordação ou imagens associadas a estas por similaridade e simultaneidade, estas vão ser ocupadas até o

ponto em que o aparelho receber signos qualitativos como prova de que a imagem é real, e, se for apenas similar, o aparelho psíquico elimina sua excitação através da ação motora só até ponto equivalente em imagem.

Ao falar do pensar, mais especificamente do pensar observador que coloca a questão do que significa algo, Freud propõe que sua eliminação não se dê de uma vez por todas na coincidência da percepção com a imagem investida. Como os neurônios  $\psi$  poderiam saber por que caminhos conduzir a ocupação neste caso do pensar? Assim: se antes os signos qualitativos vinham apenas de P (percepção) como mensagens de eliminação, Freud propõe que durante o curso de Q interna, também ocorram mensagens de eliminação, fornecendo deste modo, mensagem motora. Mas se não são todas as ocupações motoras, elas têm de ser colocadas em facilitação segura com neurônios motores. Aí Freud propõe finalmente:

A associação linguística realiza este objetivo. Ela consiste na ligação de neurônios  $\psi$  com neurônios servindo às ideias acústicas, e elas mesmas têm a mais íntima associação com imagens motoras linguísticas. Estas associações levam vantagens sobre as outras em duas características: são fechadas (pouco numerosas) e exclusivas. Partindo da imagem acústica, a excitação chega, em qualquer caso, à imagem de palavra e desta à eliminação. (Freud 1895/2003, p.239)

Desde este ponto o ‘eu’ também pode deixar atrás de si “facilitações como traços” (idem) que vão funcionar como memória. A inervação linguística é então considerada originariamente a única trilha de eliminação de Q enquanto a ação específica não for encontrada. Mas “esta trilha ganha uma função secundária, na medida em que chama atenção de um indivíduo prestativo para o estado apetitivo e necessitado da criança, e serve daí em diante à compreensão mútua.” (idem, p.240)

Assim, observamos como a função antecipatória da Atenção requer o apoio da Atenção da pessoa que se ocupa do estado apetitivo e necessitado da criança, em seu estado de desamparo (*Hilflosigkeit*):

Se a Pessoa Atenta realizou o trabalho da ação específica no mundo externo para o desamparado, então este foi capaz, por meio de dispositivos reflexos, de executar sem demora o desempenho necessário no interior do seu corpo para **suprassumir** o estímulo endógeno. (*Endogenen Reizaufhebung*) [Freud, 1895/2003, p.196, realce e acréscimo a partir de Frej (2003, p.89). O termo “Pessoa Atenta” é uma alteração dessa tradução proposta através da leitura de Frej (2007)]

Com relação às percepções, elas estarão sempre divididas em uma parte inassimilável: a coisa (*Das Ding*) e outra construída nessa relação em que a Pessoa Atenta traz o aporte de uma Ajuda Estrangeira (*Fremde Hilfe*) àquele que está no estado de desamparo, sem ajuda (*Hilflosigkeit*). Ajuda que permitirá a realização de uma Ação Específica que põe fim a este

estado de excitação da necessidade. Uma ação que segundo Frej (2003) é estrangeira à criança bem como à pessoa atenta às suas necessidades, contribuindo para diferenciá-las, já que terceira a ambas.

A parte da percepção construída pelo ‘eu’ na relação com a Pessoa Atenta se aperfeiçoa como dissemos através da inervação linguística. Esta é “originariamente uma trilha de eliminação agindo como um tipo de válvula para  $\psi$ , a fim de regular as oscilações de  $Q\eta$ [Quantidade de energia interna] (...) representando a única eliminação enquanto a ação específica não for encontrada.” (Freud, 1895/2003, p.240, colchetes nossos) Freud vai dizer que é o grito como descarga que pode levar noutra momento à compreensão mútua. Assim, o grito passa a funcionar segundo o tradutor do Projeto Gabbi Jr (2003, p. 140) como modelo de toda linguagem, pois impregnado de forte conexão corporal neste momento em que o corpo está por sua própria prematuridade e diante de necessidades vitais em evidência. Freud diz que “a própria mensagem do grito serve para caracterizar o objeto” e chamar a Atenção do eu, já que a dor em si não permite obtenção de “bons signos qualitativos do objeto.” (Freud, 1895/2003, p. 240)

Freud chega a dizer também que “a associação linguística”, que se origina aí neste grito, “é que permite tornar as recordações que excitam desprazer, conscientes e objetos da Atenção” (idem). Isso é particularmente valioso, pois podemos admitir que sem o grito e depois sem a associação linguística, a Atenção não constitui a antecipação necessária e adequada das ações, sem poder agir de modo organizado pelo pensamento. Apenas a dor não explicaria este envolvimento da Atenção. A fé na Atenção inicia com o suporte que Outro nos oferece quando nos abre a comunicação atendendo ao grito.

Assim, podemos tentar uma primeira resposta a questão que começamos na parte 2.1. Como a antecipação da Atenção do eu da criança no funcionamento de suas estesias se relaciona com a antecipação da imagem e da Linguagem do Outro que passam a lhe constituir? Encontramos em Frej (2007), um esboço para a compreensão desta questão:

A massa estrangeira (*fremder Masse*) que constitui o intervalo situado entre os neurônios sendo ejetada para o mundo externo, identificada ao que é mau, dá garantia à ilusão de unidade do eu. Então é de fora que o terceiro é concebido quando ele continua inscrito dentro do organismo. O que é estrangeiro (*fremde*) se inscreve entre os neurônios do mesmo modo que entre os indivíduos humanos. (p.4)

Deste modo, a “compreensão mútua” de que fala Freud pode se dá inclusive na constituição da própria função da Atenção e sua capacidade antecipatória no nível dos

neurônios e partindo das ações que se passam com a Pessoa Atenta também fora e que vão se inscrevendo. Tanto a funcionalidade quanto a plasticidade que o cérebro pode alcançar depende do que se passou entre os indivíduos humanos que se ocuparam deste “cérebro em questão” e para pensarmos nas intervenções que são possíveis, o que foi endereçado entre eles precisa ser levado em conta também.

Nossa exposição visa demonstrar que a função da Atenção pode estar comprometida em sua capacidade antecipatória, num achatamento da linguagem às coisas como nos disse Jerusalinsky (2003) e mesmo no caso de uma pessoa numa linguagem mais rica pode ignorar a Atenção que passa pelo Outro, o que se reflete na relação com os outros sob a forma de uma hiperatenção para fugir de qualquer demanda destes o que acaba assim por revelar sua conotação “imperativa”. Imperativo a evitar a questão que vem do Outro nos outros. Vamos refletir sobre isso com os dados de pesquisa, mas adiantamos que pode ser o caso de muitas crianças ou adultos que têm o diagnóstico de TDAH e que têm desempenho em habilidades sociais, bastante razoável ou até superior sob alguns aspectos.

Vale ressaltar que não podemos considerar a fenomenologia da “hiperatividade” com a antecipação da função da Atenção prejudicada, pelo menos numa parte considerável de casos, semelhante às situações de angústia e fobia onde esta antecipação prejudicada se verifica também, pois nessas últimas pode haver referência a um objeto ou espaço. Na angústia ou ansiedade também podemos testemunhar o indivíduo acometido falar de coisas, descrevendo e levando em consideração o que sente mesmo sem poder precisar o quê. (Dalgarrondo, 2008, p.166-168). Além disso, o fóbico não parece ignorar a fala das outras pessoas e indicações de desejo que esta fala pode dar o que chamamos mais acima da Atenção que passa pelo Outro. Ao contrário, há indicações de “uma acuidade do fóbico sobre si mesmo e sobre o mundo” (Chemama & Vandermersch, 2007, p. 156), o que pode indicar uma Atenção maior voltada aos outros. Na hiperatividade, não percebemos alguém com medo, apesar deste também não estar ausente. “Mas a criança que chega, que pega o telefone, que quebra um vidro, que pula no divã, será que isto tem um sentido? Isto não tem sentido.” (Bergès, 2008, p.114)

Retomemos a sequência do texto freudiano quando ele traz a linguagem para dentro do debate: “não é preciso muito para inventar-se a linguagem.” (Freud, 1895/2003, p.240) Através da imitação a criança- podemos admitir isso- vai encontrar mensagem motora para a imagem sonora. A palavra que Freud utiliza é *Laut*, que o tradutor do Projeto preferiu traduzir

por “fonia”, “timbre da voz”, ao invés de fonema que seria segundo ele, forçar demais (Gabbi Jr, 2003, p. 141). De todo modo, a imagem sonora sem relacionar-se à voz, poderia explicar nesses primórdios porque algumas pessoas depois desenvolvem a ‘imitação’ de sons diversos sem sentido aparente, como alguns autistas.

As recordações podem se tornar conscientes quando a Atenção se volta para os signos de eliminação sonora. Estas podem ser acessadas em  $\psi$  quando a Atenção, voltando-se para os signos de eliminação do pensar, os signos lingüísticos, faz com que o pensar ocorra com “leve gasto motor.” (p.241) Antes a Atenção precisava produzir a situação psíquica do estado de expectativa até para as percepções que não coincidiam com as ocupações desiderativas, “pois entre elas poder-se-iam encontrar as desejadas.” (idem, p.236) Neste trecho é que vemos fundamento para uma dispersão maior da atenção que começa a se concentrar no trabalho da linguagem com o Outro.

O “leve gasto motor” do pensar ocorre em contraposição a uma corrente mais livre de Q como na percepção simples por conta do estado “ligado” dos neurônios do eu que podem incluir neurônios perceptivos investidos com Atenção provisoriamente em seu complexo associativo. Desse modo, o pensar pode ocorrer assim: “ocupação elevada com corrente pequena” (p.242). O eu e sua formação permanecem um problema no âmbito do projeto segundo o tradutor, bem como a ideias de que o “eu” possa incluir partes que não são suas como os neurônios da percepção e que sabe a diferença entre a percepção e recordação para promover uma ação adequada. (Gabbi Jr, 2003, p.148) Problemas que podemos resolver se pensarmos na relação do interior do aparelho com um exterior que pela Ajuda Estrangeira (*fremde Hilfe*) no momento da ação específica se tornam equivalentes para se constituírem diferentes em seguida como espaços que se comunicam, mas que são distintos.

Em contraposição ao leve gasto motor que nos referimos acima podemos introduzir agora um funcionamento que não é alcançado pelo processo secundário, conforme descrição proposta por Duarte (2009), trazendo a noção de hiperatividade:

A hiperatividade, a partir dessa perspectiva, é a própria descarga motora de uma energia que não foi devidamente acumulada para permitir o adiamento necessário à promoção de uma ação controlada possibilitada pelo processo de pensamento. (p.53)

Possivelmente temos aí um funcionamento imperativo contra o qual não há apelo possível do lado das associações lingüísticas. Em muitas crianças em desenvolvimento este apelo pode ser muito frágil e observamos um permanente estado de agitação, em outras

maiores, vemos este apelo falhar aqui e acolá, em pontos específicos, favorecendo a descarga motora tão conhecida dos quadros hiperativos.

### 2.3- A pérola e o grão de areia

A leitura da dissertação de Moraes Neto (2011) nos fez reler com novo ânimo o texto freudiano *O estado neurótico comum das Conferências Introdutórias à Psicanálise*, onde Freud (1916-1917/1969) traz à tona a questão do Eu e seu papel na formação dos sintomas. É possível que nesta época muitos de seus alunos e colegas estivessem às voltas com a possibilidade do Eu participar da formação dos sintomas neuróticos e pudesse ser utilizado na superação dos mesmos através da terapia. Contra isso, Freud lança os mais precisos argumentos, mostrando que o Eu e seus sintomas nada mais seriam do que os efeitos de forças psíquicas originadas no “metabolismo da pessoa” (p.452) e que este não seria “tão completamente ativo como imaginava ser.” (p.447).

Neste texto, Freud volta seu interesse novamente para um grupo de neuroses que ele se dedicou no início de seu trabalho psicanalítico, as neuroses atuais (*Aktualneurosen*) que de certo modo oferecem outra explicação para as disfunções neuróticas. Enquanto as psiconeuroses ou neuroses de transferência encontrariam fundamento no conflito entre os desejos de origem sexual e a censura do Eu extraindo daí seu significado psíquico,

Os sintomas das neuroses atuais [ou] (...) o enfraquecimento ou inibição de uma função [e aqui incluímos a Atenção e a Ação Motora] não têm nenhum ‘sentido’, nenhum significado psíquico’. Não só se manifestam predominantemente no corpo (...) como constituem eles próprios, processos inteiramente somáticos, em cuja origem estão ausentes todos os complicados mecanismos mentais que já conhecemos. (idem, p.451-452, colchetes nossos)

Na verdade, esta citação é o ponto de partida para Freud declarar que a base das neuroses de um modo geral é somática e psíquica e não apenas psíquica, pois a função sexual influencia igualmente a vida mental e corporal. Além disso, Freud coloca que a causação da doença nem sempre é predominantemente sexual, o que nos faz colocar a ênfase maior de seu argumento na constituição do aparelho como algo entre o mental e o somático, basta recordar o que colocou no artigo *O instinto e as suas vicissitudes* quando introduz o conceito fundamental de pulsão – que a standard colocou instinto - trazendo a ideia de fronteira com que vamos trabalhar:

É um conceito situado na **fronteira entre o mental e o somático**, como o representante psíquico dos estímulos que se originam dentro do organismo e alcançam a mente, como uma medida da exigência feita à mente no sentido de trabalhar em consequência de sua ligação com o corpo. (Freud, 1915/1969, p. 142, realce nosso)

A vertente pela qual um organismo passa a representar psiquicamente apela na teoria ao conceito de pulsão. Ele pretendeu dar conta desse modo de funcionamento, demarcando uma fronteira e constituindo um endereçamento, já que a cria humana recebe a influência do Outro e suas representações, para que o organismo encontre um lugar.

Freud diz que “a finalidade [Ziel] de um instinto é sempre satisfação, que só pode ser obtida **eliminando-se** o estado de estimulação da fonte do instinto” (Freud, 1915/1969, p. 142, realce nosso) e para que isso se passe com o estado de estimulação, temos que admitir a necessidade de algum outro que realize a ação pelo *infans* impossibilitado pelo seu próprio estado de prematuração normal e desamparo [*Hilflosigkeit*]. Neste ponto, precisamos considerar a observação de Frej (2003) que não pode admitir neste trânsito entre o somático e o psíquico que se trata de estabelecer, a tradução “eliminando-se o estado de estimulação”, nem tampouco o que propõe o francês com “suprimindo o estado de estimulação” (Frej, 2003, p.116), pois caracteriza a **suprassunção** do estado de estimulação, no alemão: “*Aufhebung des Reizzustandes*” (idem, p.117). Veremos logo mais o que este termo em alemão representa no pensamento freudiano e para a clínica. Agora, sublinhamos que há algo da energia que é alçada a outro nível e não simplesmente eliminada: vê-se aí não mais outro semelhante como se pode pensar que mecanicamente realizaria uma ação pra cessar o estado de estimulação, mas um “Outro” que mantém o estado do organismo por um lado, mas que o eleva também a outro patamar onde se aparelha para representar e poder realizar outras trocas.

Desse modo, podemos retomar a argumentação freudiana nas *Conferências* quando ele diz que os sintomas e o enfraquecimento de funções do eu podem não ter sentido psíquico enquanto representações, mas consistirem em algo predominantemente “no corpo”, que depois ele irá deslizar para “fundamentos essenciais” (p.453), para os quais ele não poderia contribuir e aos quais deveríamos nos lançar à pesquisa.

Freud entrega-se então a algumas metáforas como a das substâncias individualizadas dos minerais que ocorrem na forma de cristais separados no ambiente e que podem se agregar formando a estrutura das rochas que constituiria o que podemos enxergar a olho nu (seriam os significantes ou os sintomas e outras formações do inconsciente?). E assim, ele diz: “um

sintoma de uma neurose atual é frequentemente o núcleo e o primeiro estágio de um sintoma psiconeurótico.” (p.455)

Se há núcleo e primeiro estágio, temos que considerar a possibilidade de não se passar definitivamente e totalmente desse primeiro estágio para uma sintomatologia psiconeurótica e até mesmo outra. Assim há possibilidade de uma regressão da estabilidade adquirida para um estado primitivo onde o corpo e o “somático” estão presentificados de modo mais patente. As duas alternativas não se anulam, conforme vemos em Freud (1930/2011): “No âmbito psíquico, ao contrário, a conservação do primitivo ao lado do que dele se originou por transformação é algo tão frequente que é escusado demonstrá-lo através de exemplos.” (p.49)

Acreditamos que nossa pesquisa poderá mostrar alguns bons exemplos desta convivência de modos de funcionamentos psíquicos no tema que nos interessa: a hiperatividade. Mas, retomemos a argumentação freudiana de um núcleo no sintoma e nas alterações funcionais que não se estrutura pelo sentido, sexual ou outro, e tampouco pode se desvendar apenas no apelo às significações quando ele considera um sintoma de dor de cabeça.

A análise nos mostra que pela condensação e pelo deslocamento, o sintoma tornou-se satisfação substitutiva de toda uma série de fantasias e recordações libidinais. Mas essa dor, em determinada época era também uma dor real. (...) quaisquer influências somáticas (normais ou patológicas) são preferidas na construção dos sintomas (...) Em tais casos, desempenham o papel de **grão de areia** que um molusco cobre de camadas de **madrepérola**. (Freud, 1916-17/1969, p.455, realce nosso)

Com essa contribuição freudiana, podemos repensar seu modelo para a Atenção e a Ação motora apresentados no *Projeto* quando vimos que o Eu poderia dar margem ao equívoco de compreendê-lo como de certo modo já constituído e autônomo. Assim, poderíamos perguntar, recordando o *Projeto*: se as associações linguísticas não atuassem, possibilitando que as recordações que excitam “desprazer” se tornassem conscientes e objetos da atenção? Pois se essas associações linguísticas de que fala Freud (1895/2003) remetem de algum modo às redes significantes numa leitura Lacaniana, é preciso não esquecer o alerta de Bergès (2008) como apresentado de que aquilo que se ouve deve estar inscrito no corpo de alguma forma para estar apto a julgar as diferenças significantes pelo corpo próprio.

E a motricidade, a descarga motora? Está intimamente ligada a esse “banho de linguagem” da criança, conforme expressão de Dolto (2013), mas também tem um substrato corporal tão importante quanto.

Frej (2012a) traz esse aspecto do pulsional que demarca fronteira e possibilita o trânsito entre o mental e o somático construindo a imagem de um rio. O rio, como se sabe, brota de alguma brecha na terra, constituindo, pois uma primeira fronteira entre a parte que a água cobre e a própria terra. A partir disso, a fonte alimenta o trajeto do rio que é irregular com diversos pontos de estancamentos e aceleramentos. Algo vai se sobressair nesse quadro quando se decide represar o rio, criando outro limite à sua livre passagem, mas também com sangradouros para que o rio possa continuar seu fluxo, do contrário, poderia estourar a barragem pela acumulação excessiva sem escoamento provocando uma inundação. Palavras que podem servir para expressar igualmente o estado de uma criança hipercinética sem recursos frente ao seu excesso pulsional.

Antes alguém podia nadar, pescar e até se afogar no rio, mas a partir desse limite, constitui-se também um armazenamento de energia potencial que poderá ser transformada em energia dinâmica que por sua vez pode ser transformada em energia elétrica que vai servir a fins humanos sofisticados. O essencial aqui para nós é evidenciar que a energia em livre fluxo por si só não cria as coisas. É a barragem que as torna possíveis com sua acumulação, desde que o rio também siga seu fluxo. Este limite que interfere no fluxo e que cria resistência, sem jamais se tornar absoluto, pois o rio precisa continuar constitui fronteira e o que se passa entre as áreas demarcadas pelas fronteiras é o que nos pode dizer sobre o funcionamento do conjunto.

Se pensarmos no recalque e no Eu do *Projeto* (Freud, 1895/2003), com sua função de acumulação e por analogia à barragem, podemos pensar que o sintoma será resultado desse armazenamento e sempre guardará relações com o modo inicial do surgimento do rio e de como aconteceu, ou seja, com “o núcleo” e com “o grão de areia” (Freud 1916-17/1969), mas vai se relacionar também com seu represamento e suas utilizações posteriores. Podemos pensar desse modo que o que sobressai é o excesso de agitação motora como falha no represamento por fraqueza na estrutura da barragem que não oferece quase nenhuma resistência ao fluxo do rio, temos o caso das hipercinecias que nada parece deter. O que pode nos enganar é a ideia de intervirnos nos opondo a esta sintomatologia, aumentando apenas a força das paredes da barragem, pois assim o que pode ocorrer é que elas estourem numa sintomatologia ainda mais radical, já que a barragem precisa ter sangradouros suficientes.

Por outro lado, se pensarmos nesta barragem que não contenha sangradouros suficientes e bem dispostos ocorre uma gama de sintomatologias hiperativas que vão exigir de

nós intervenções diversas a fim de regular esta barragem. Afinal, toda água precisa ser limitada, contida, do contrário não gera energia potencial e esta é que é convertida e usada para fins mais sofisticados e menos mecânicos: iluminação, funcionamentos de máquinas e mesmo de uma cidade inteira. Se a energia não é bem contida, pensando agora na barragem, segue um fluxo absoluto e às vezes violento, dependendo da intensidade na fonte da primeira fronteira. Mas este fluxo “hiperativo” também pode ser dificuldade da engenharia da barragem que não construiu devidamente seus sangradouros de modo a regular a quantidade de energia necessária. E esta última situação, no limite, pode levar ao estouro ou abertura emergencial da barragem. Com isso, a energia pode oscilar e suas utilizações também: desde a constituição da barragem, até suas utilizações posteriores. Daí vem os apagões e o risco das cidades mais próximas de serem inundadas!

Essas analogias para aproximarmos-nos do núcleo da Atenção e da Ação motora não deixam de nos lembrar do que lemos no capítulo anterior sobre a hiperatividade nos textos ditos científicos que apontam para o déficit de atenção e a hiperatividade como primários na identificação do problema. Há um funcionamento que se “organiciza”, que toma corpo que não podemos deixar de verificar como o faremos no capítulo da prática nos CAPSi’s. Seria então para Freud, de certa forma o grão de areia sob o qual poderão se constituir ou não todos os sintomas de agitação, impulsividade e de oposição e conduta que os estudiosos afirmam ser secundários ao transtorno (Barkley, 2008) e que Freud poderia chamar de camada de madreperla. Ou a “barragem” que podemos influenciar a partir dos sangradouros até certo ponto, mas que tem a sua estrutura e que para desfazer, se é que possível, só com a constituição de outra barragem. No caso dos sintomas secundários ou “madrepérola”, eles podem modificar muito até a adolescência e vida adulta, conforme muitos estudos. Há inclusive alguns que apresentam a possibilidade dos sintomas de desatenção e hiperatividade iniciarem na adolescência (Miranda, 2010), o que provavelmente pode ter levado o DSM – V a aumentar a idade mínima para diagnóstico para os doze anos. (Folhauol, 2013) Com relação a essa complexidade na formação do sintoma, vale lembrar a apreciação de Freud (1916-17/1969) no final do artigo referido que certamente poderá nos ajudar a pensar e formular as intervenções:

Num caso destes, o médico adotará ora uma, ora outra linha de tratamento. Ou se esforçará por abolir a base orgânica, sem importar-se com a ruidosa elaboração neurótica; ou atacará a neurose que aproveitou essa oportunidade favorável para surgir, e prestará pouca atenção à sua causa precipitante orgânica. O resultado mostrará que uma ou outra linha de conduta está certa ou errada; é impossível fazer recomendações gerais para abordar esses casos mistos. (p.456)

## 2.4 – Agitação, Imperativo, Intervenções.

A clínica psicanalítica nasceu sob os auspícios da palavra do analisante, mais precisamente da histérica e toda sua rica sintomatologia corporal: paralisias, hemiplegias, anestésias, dores, parestesias, mutismos, uma lista infundável. Ficou mesmo conhecida por *talkig-cure*, denominação dada pela paciente de Breuer que se sentia aliviada dos sintomas após falar com seu médico, o que lhe provocava uma ab-reação dos afetos estrangulados (Freud, 1896/1969).

A dimensão da agitação pode guardar alguma relação com o *agieren* ou *acting-out* como foi traduzido no inglês no âmbito da teoria psicanalítica. Na verdade, segundo Laplanche e Pontalis (1998) o termo *agieren* não é muito utilizado em alemão no sentido de ação ou de agir, mas no sentido de atuar. E P. Salvain (1996) sublinha sua dimensão de “jogo teatral”, de pôr em cena e “mostrar no palco”, ao que acrescentaríamos que essa atuação revela algo de Outra cena que resiste, ou simplesmente não admite ser colocada significantes de um modo simples. Nas palavras de Freud (1914/1969):

O paciente não recorda coisa alguma do que esqueceu e reprimiu, mas expressa-o pela atuação ou atua-o (*acts it out*). Ele o reproduz não como lembrança, mas como ação; repete-o, sem, naturalmente, saber o que está repetindo. (p.196)

Neste caso, a recomendação freudiana é que possamos trazer elementos de outros estratos do pensamento e da fala sobre este “fragmento da vida real” (p.198) do paciente que atua. Lacan (1962-3/2002) chega a provocar-nos dizendo que se “a transferência sem análise é o *acting-out*. O *acting-out* sem análise é a transferência.” (p.135) Como lidar com essa situação “selvagem”? É, no entanto, algo que se “monstra” e por mostrar-se de tal modo, deixa algo encoberto, trata-se justamente do *objeto a*, algo a que não se deve chegar pela via da interpretação, ele o diz.

Lacan no mesmo texto faz a distinção entre este *acting-out* e a passagem-ao-ato. Enquanto o primeiro é algo que se realiza na cena do mundo e pede uma testemunha, a passagem-ao-ato se retira da cena do mundo. Enquanto o *acting-out* é um movimento que se impõe quando o sujeito se depara com Outro “não autenticável”, a passagem-ao-ato é propriamente a desistência do sujeito de arrimar-se numa cena, “é a queda”, nas palavras de Lacan. A realização da passagem-ao-ato não tem como paradigma apenas a defenestração ou o jogar-se da jovem homossexual de Freud nos trilhos do trem. O soco que Dora, paciente de

Freud dá na cara do Sr.K também pode representar uma passagem-ao-ato. O que parece ser decisivo é o sujeito estar diante de um impasse, uma aporia lógica na qual não pode encenar, mas apenas lançar-se fora: seja jogando-se, seja esbofeteando, o que nos revela uma ação impulsiva.

Na passagem-ao-ato o sujeito pode estar diante de um “imperativo” no duplo sentido que essa palavra tem em nosso texto. Já referimos que recebemos constantemente em nosso serviço os encaminhamentos de profissionais contendo “criança imperativa”, “imperativo” e que isso não pode ser tomado como erro ortográfico apenas, dado no mínimo a sua insistência. Trata-se de lalíngua trabalhando e revelando em seu trabalho dimensões insuspeitas ao discurso do DSM ou CID que se detém em avaliações objetivas dos comportamentos e sintomas, condenando o real a uma localização fixa.

As crianças hiperativas parecem realizar de modo imperativo essa dimensão do agir freudiano no modo “impulsivo”- um dos eixos do diagnóstico nos manuais que é a impulsividade- mas subjetivamente numa dificuldade ou um desprezo em tomar a palavra. Há algo do lado do significante, conforme já vimos em Jerusalinsky (2003) que tem sua dimensão propriamente simbólica achatada sobre a coisa, sem extensão interrogativa.

Bergès (2008) propõe então que as crianças hiperativas estariam numa clínica de “passagens-ao-ato”, um tanto distintas segundo nosso entendimento de uma clínica da ansiedade e da fobia que de certo modo, localizam num objeto e numa fala sua dificuldade. Lacan (1953/1998), num momento em que não distinguia ainda tão bem a passagem-ao-ato do acting-out, propunha que esta seria tanto quanto a alucinação na psicose, um modo de verificar que “o que não vem à luz no simbólico retorna no real”. (p.151). Com a diferença de que a interferência entre o simbólico e o real na passagem-ao-ato não é sofrida pelo sujeito como no caso da alucinação, mas é por ele atuada. E acrescenta que isto pode ser mesmo de tão pouca consequência para o sujeito quanto a alucinação.

Nesta manifestação que pode chegar a ser forclusiva, podemos pensar baseados no texto de Lacan nos *Escritos*, dedicado à psicose, conforme nos orientam Roy e Roy (2013):

O que nos ensina a hiperatividade é que algumas crianças não conseguem alojar seu ser de vivente no sistema significante, porque este não é furado pelo lugar da falta. Seu ser, seu corpo e seus pensamentos se encontram então tomados por uma submissão extrema ao Outro da demanda, na medida em que este não orienta para o Outro do desejo, ou ainda esse desejo se declina como pura vontade de gozo, o que dá uma nota sádica à estrutura. Sua “hiperatividade” é, ao mesmo tempo, o signo de sua resposta obrigatória às ordens que lhe vêm do Outro e “seu

esforço de réplica”<sup>4</sup>. Submetidas à deriva metonímica do significante, elas são intimadas a responder “presente” a toda solicitação de um significante novo, o que as deixa sem descanso, perturba sua atenção e agita seu corpo. Elas se tornam servas e a gentes de um Outro que sabe tudo, vê tudo, escuta tudo. (p.36)

A criança imperativa é a criança para a qual o significante faz injunção de diversas maneiras diferentes detonando sua atenção, agitando-a e deixando-a entregue a impulsos (eixos do diagnóstico no DSM e no CID). A barragem que nos falou Frej (2012) ameaça aqui se desfazer ou aumentar demais sua intensidade, atrapalhando a utilização da energia. O modo como o significante imperativo (o S1) age dependerá da constituição psíquica que a criança tiver alcançado na barragem do S2. E nisso estão implicados os endereçamentos, os limites colocados e a constituição das fronteiras que vão indicar a direção que as intervenções clínicas poderão tomar sem confrontar a criança com mais injunções ainda do que ela pode suportar, desestabilizando-a ainda mais.

É assim que vários autores consultados, principalmente Bergès e Balbo (2001) insistem para que o analista não fale demais, não fale em excesso como querendo contrapor-se ao excesso de estimulação, pois isso provoca ainda mais a movimentação da criança. Sobretudo com “não, não, não” que convoca ainda mais ao transbordamento da criança na tentativa de se endereçar enquanto sujeito no *acting-out* ou nas passagens-ao-ato em que coincide com o objeto.

Se Bergès (2008) por outro lado afirma que o adulto que traduz demais a criança hipercinética, impede-a de falar, não se trata por conta disso de convocar ativamente ou interrogativamente de modo constante a criança a pôr o seu significante. Nas palavras de Fleig (2009): “A agitação pode muito bem ser uma defesa em relação ao significante e, neste caso, convocar a produção de significantes entorna mais ainda o caldo.”

A fim de precisarmos essas noções, vamos fazer uma incursão pelas fronteiras do aparelho psíquico e dos limites que incidem para sua constituição, determinando endereçamentos que vão, se formos conseqüentes com nossa escuta, influenciar a concepção de tratamento e as intervenções propriamente ditas. Pois os endereçamentos são num mesmo movimento possibilitadores dos limites como resultam deles.

---

<sup>4</sup> Trata-se de uma referência da citação encontrada em: Lacan, J. De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose. In: Escritos. Rio de Janeiro: JZE, 1998, p.566.

## 2.5 - Rumo às primeiras fronteiras.

Retomando o *Projeto* para uma psicologia científica, veremos que Freud (1895/2003) não se refere à alteridade com personagens bem definidas. Freud vai se referir, segundo a tradução francesa seguida por Frej (2003) à “pessoa que ajuda” e não à mãe ou ao pai. Existe alguém que acompanha os movimentos e gritos do bebê e que vai possibilitar a realização da ação específica dando outra direção à excitação no organismo deste bebê. A ênfase em “ajuda” e na “ação específica” traz um caráter lógico ao processo “natural” que está por constituir a criança e a mãe como entidades separadas. Ora, se antes a excitação seguia um livre fluxo, a partir daí, cria-se uma primeira resistência e uma leve acomodação do organismo a fim de realizar com a participação dele esta ação específica e principalmente de abrir um primeiro canal de comunicação com o outro.

Essa localização de um primeiro indício de subjetividade acontece através de um movimento dando origem à “compreensão mútua” e favorecendo o aparecimento do corpo sob o real do organismo, ou seja, um primeiro esboço imaginário na confrontação com a ajuda que vem de fora e que Freud vai chamar de estrangeira.

O organismo humano é no início incapaz de levar a cabo a ação específica. Ela se efetua por ajuda estrangeira [*fremde Hilfe*], na medida em que por meio da eliminação pelo caminho da alteração interna, um indivíduo prestativo [*hilfreiche Individuum*] atenta ao estado da criança. Esta trilha de eliminação passa a ter assim, a função secundária da mais alta importância de comunicação, e o desamparo inicial do ser humano é a fonte originária de todos os motivos morais.

Se [a pessoa atenta][*hilfreiche Individuum*] realizou o trabalho da ação específica no mundo externo para o desamparado, então este foi capaz, por meio de dispositivos reflexos, de executar sem demora o desempenho necessário no interior do seu corpo para [suprassumir o estímulo endógeno- *endogenen Reizufhebung*]. Assim, a totalidade representa uma vivência de satisfação, tendo as consequências mais decisivas para o desenvolvimento funcional do indivíduo. (Freud, 1895/2003, p.196, acréscimos entre colchetes nossos, a partir da consulta aos textos de Frej (2003, 2005, 2006), bem como consultas pessoais à autora. Nosso interesse é de que as partes acrescentadas em português façam parte da leitura do texto da citação.)

O recurso ao original em alemão da parte de Frej (2003) evita uma compreensão de graves consequências para a nossa concepção e sucessivamente para uma intervenção que viesse a se basear nesta compreensão.

A ajuda não é externa conforme a tradução do português, mas estrangeira (*fremde*) tanto ao bebê quanto à mãe. Conforme as notas de aulas de Frej (2010a) um movimento de

oferecer água à criança pela mãe passa a ser regulado levando em conta a ação do bebê também. Logo não é um fora que se impõe! Neste momento Frej nos propõe um pequeno experimento, que ao bebermos água coloquemos a mão sob a garganta para sentirmos o movimento que fazemos com a musculatura laríngea para a água passar. Se não fizermos o movimento a água não é ingerida. Se o bebê não ajustar esse e outros movimentos à ação da mãe, a ação específica e daí seu caráter de ser específica não se realizará. Assim, podemos presumir que o “canal” que é aberto não é apenas o canal laríngeo de um organismo, mas um canal de comunicação recíproca por ação de algo que regula e é estrangeiro a ambos: à mãe e ao bebê. Desse modo, a ajuda só vem fazer efeito “de fora”, lançar para “o fora” da mãe e do bebê enquanto continuidade orgânica se houver a ação de Outro que não é apenas outro, imaginário e semelhante, mas simbólico que nessa transmissão encarna a potência do real que faz corte no real que Frej (2003) nomeou de “*Mèrenfant*”.

Estrangeiro é um termo que Lacan (1972/1985) no seu seminário XX utiliza, fazendo valer a homofonia com “estranho” e com “estar- anjo” em francês. É isso que faz segundo ele com que o gozo estrangeiro que nos habita impossibilite a proporcionalidade entre os sexos e diríamos mais a não sobreposição de corpos: Aquiles e a tartaruga não poderão jamais se encontrar. Anjo como algo entre o céu e a terra, algo que faz a intermediação, mas que no caso inaugural que analisamos da ação específica efetua o corte com sua espada que possibilitará toda intermediação posterior entre essas duas realidades: mãe e filho.

Isto se dá tal como trabalha Frej (2012b) a intervenção do Rei Salomão<sup>5</sup> que pede para fazer uma divisão equitativa da criança reivindicada por duas mulheres. No entanto, o corte não foi dado pela espada, mas pela palavra que impôs o corte que dá o sujeito à luz no encontro com a renúncia de uma das mulheres ao gozo sobre o corpo de seu filho em prol do desejo deste. Esta seria uma diferença entre os significantes, a massa fônica em si e a palavra que humaniza desde já na própria ação que se tem sobre o corpo de um bebê a partir do suporte e intermediação de um lugar terceiro.

---

<sup>5</sup> As mulheres cobram do Rei Salomão a propriedade sobre a criança. Qual delas seria a verdadeira mãe? Salomão espera pela iluminação/sabedoria divina e determina que a criança seja dividida com a espada, cabendo a cada mulher uma metade. Uma delas diz que concorda que isto seja feito, ou seja, prefere a morte da criança, a ter que renunciar a sua parcela de gozo. Já a outra mulher, a que será identificada como mãe depois, renuncia à criança, pedindo que se a entregue à outra mulher. Aquela que foi capaz de renunciar à sua posse da criança, ao seu gozo, é mãe no sentido de possibilitar a vida e o desejo da criança. Para maior esclarecimento ver Frej, 2012b.

Se voltarmos mais uma vez à citação do *Projeto* agora, não podemos afirmar que o desempenho em questão é para “cancelar” - conforme encontramos na tradução do português- os estímulos endógenos, pois o que se origina aí é um esboço de funcionamento psíquico com relação à alteridade e não uma simples ação. Trata-se como diz Freud acima, de uma “vivência de satisfação, tendo as consequências mais decisivas para o desenvolvimento funcional do indivíduo.”

Podemos mesmo chegar a dizer com Frej (2012 b) que a ação específica, que não é simples ação, é corte, é realizada pela palavra. Entre a imediatez do organismo e de uma mãe que sufoca (ver o sentido de uma “antecipação acachapante” que colocamos no início deste capítulo) o filho, para uma mãe que renuncia ao filho porque pode se apoiar na palavra de um terceiro. Palavra estrangeira, terceiro que em Lacan (1972/1985) pode evocar “estar-anjo” (evocando certa ligação com o divino como em Salomão), “entre” ou nas palavras de Frej (2012b): aquele que

não participa da mesma substância dos protagonistas em questão, no entanto, é constituído de uma corporeidade que podemos identificar ao campo da palavra, ao campo do verbo, ainda não feito carne. É na carne que o verbo se inscrevendo, fará corpo que será dado à luz. (p.168)

## 2.6 – *Aufhebung*.

Encontramos então com a imprescindibilidade da palavra *Aufhebung* na obra freudiana. Esta palavra congrega sentidos que se opõe, sem se anularem, conforme Frej (2005) salienta a partir do trabalho do padre Paulo de Menezes. Não é simplesmente uma palavra dialética, mas tem um sentido original na obra de Freud. Original, no sentido de próprio, não se confundindo com os sentidos que se apoiam na obra de Hegel onde a encontramos também. Um exemplo importante do sentido em Hegel é o encontrado em Garcia-Roza (2000) que se apoia na obra de Labarrière sobre Hegel, mas indica que o sentido da *Aufhebung* é uma superação, transformação que nega e conserva um estado anterior como talvez a tríade - tese, antítese e síntese- deixe entrever.

Em *aufheben*, aquilo que é negado perde sua imediatez, mas não é nadificado, é conservado enquanto negado, é superado. Assim, a fruta transformada em doce é negada (suprimida) em sua forma de fruta, mas conservada enquanto doce. Essa é a diferença entre a negação absoluta e a negação determinada; enquanto a primeira é nadificada, a segunda constitui um processo de transformação no qual aquilo que é negado engendra um novo conteúdo. Uma suposta verdade percebida como erro engendra uma nova verdade, de tal modo que o erro superado (*aufgehoben*) é um momento do processo de produção da verdade. Os dois sentidos de

*Aufhebung*, o negativo (negar) e o positivo (conservar), formam uma unidade que é a do superar, ultrapassar, transcender. (Garcia-Roza, 2000, p.281)

Não vamos traduzir *Aufhebung* em Freud segundo Hegel que conforme Frej (2003)<sup>6</sup> afirma na introdução da sua tese “parte da certeza sensível em direção ao espírito absoluto” (p.19), ao passo que “Freud parte da certeza dos sintomas que, analisados segundo o modelo dos sonhos, conduz ao inexplicado, ao que não se pode conhecer.” (idem)

*Aufhebung* na leitura proposta por Frej (2005) é antes de tudo um movimento que “metamorfoseia os espaços e a energia que neles circula”, daí provavelmente sua derivação mais próxima ao estudo da *Metamorfose da Plantas* de Goeth que influenciou enormemente a decisão de Freud de estudar medicina (Frej, 2003). Surge desse movimento, impulsionado por algo que não se pode cerzir ou apanhar (idem, p.219) que se compõe de “uma negação que permite a conservação do que é negado e sua conservação enquanto o mesmo que o objeto negado era, e enquanto outro, no qual o referido objeto se transformou” (Frej, 2005, p.11)

Logo iremos apontar consequências clínicas que uma e outra tradução podem acarretar. No que diz respeito à orientação hegeliana temos uma superação, o que significa que o que havia antes não existe mais, ao passo que na obra freudiana o que temos segundo Frej (2005) é uma convivência do mesmo e do mesmo enquanto outro. “O que Freud nos diz muitas vezes, que as etapas que são abandonadas e ultrapassadas no psiquismo não são apagadas.” (Frej, 2003, p.10)

No exemplo do rio que ela ofereceu em aula (Frej, 2012a), o rio segue seu curso, mas há uma parte que pode ser represada e que assim, cria uma acumulação da água em movimento do rio, transformada em energia potencial que pode ser transformada em energia elétrica e usada de outras formas. É fato que o rio não é mais o mesmo, mas se tomarmos como elemento de comparação o doce que vem da fruta (Garcia-Roza, 2000) que é transformada em doce está bem mais distante do seu “mesmo” do que o rio que segue após a barragem. Na verdade, se a barragem for destruída, o rio pode recuperar toda sua força original, ao passo que a modificação que o doce evidencia é bem mais difícil de poder recuperar as características iniciais da fruta. Isso vale a pena ser colocado porque é justo de que se trata nas regressões psíquicas do aparelho psíquico. (Frej, 2003) E, nos será útil para entendermos o que ocorre na oscilação da “instabilidade” e “estabilidade” da atenção e do movimento na criança. (Ajuriaguerra, 1981)

---

<sup>6</sup>Essas traduções da tese de Frej (2003) são nossas, mas submetidas à apreciação da autora que é nossa orientadora. As demais traduções de textos em francês são livres e exclusivamente de responsabilidade nossa.

A palavra *Aufhebung* compondo-se de sentido negativo e positivo ao mesmo tempo, como vimos, negando e conservando, levou por essas e muitas outras razões o filósofo hegeliano francês Labarrière a dizer que “nenhuma palavra francesa pode dar conta de seu sentido complexo” (Labarrière, 1968, p. 309, citado por Frej, 2003, p.219) e finalmente a propor o termo francês *sursumption* e o verbo *sursumer aufheben* como melhores soluções já encontradas, seguindo a obra de Yvon Gauthier. Em português encontramos a tradução “suprassunção” para o termo francês proposta pelo supracitado Padre Paulo de Menezes e que já têm acolhida bem estabelecida no público brasileiro. O termo “suprassunção” e o verbo dela derivado “suprassumir” irão, portanto, acompanhar para nós o sentido dado pelo movimento da *Aufhebung* freudiana que não corresponde ao sentido de superar e de ultrapassar, mas de negar e elevar a outro nível ou estado, conservando ao mesmo tempo o estado anterior, a energia do Aparelho Psíquico, mas também, a energia que circula e que cria os espaços do organismo, do corpo e mesmo da sociedade e da cultura em permanente inter-relação. (Frej, 2005)

Voltamos agora para outro sentido da palavra original com que descrevemos a *Aufhebung* freudiana: “que provém da origem, inicial, primordial, primitivo, originário.” (Ferreira, 2009, p. 1450). Frej (2003) afirma que a *Aufhebung* e o verbo *aufheben* aparecem sempre em momentos onde está envolvida alguma coisa da ordem do originário, que dá origem a espaços ou organizações distintas.

A pessoa que ajuda é outro, mas só pode trazer a ajuda estrangeira (*fremde Hilfe*) representando e apelando ao Outro, na medida em que supõe o que a criança está sentindo e precisando, mantendo a margem de desconhecimento necessária e favorável a que a própria criança identificada a esse saber suposto pela pessoa em questão, possa participar com desvios nessa incorporação do simbólico. Isso está bem estabelecido na obra de Bergès e Balbo (2002) que apelam à noção de jogo transitivo para referir-se a esse lançamento e relançamento simbólico da mãe à criança e da criança à mãe. Fundamenta-se antes de tudo em Freud (1925/1981) quando indica na *Negativa* que a criança para constituir o julgamento de existência precisa de uma combinação de “sim” e de “não” (Correa, 2003) que ejeta o objeto de sua realidade concreta (Frej 2003) para reassumi-lo denegativamente e de modo próprio depois. Denegativamente traz a ideia da dupla negação que pode se apoiar na noção da *Aufhebung* de que o concreto não foi de todo abandonado, mas convive com o novo estado do

objeto por assim dizer, pois o primeiro ‘não’ não anula, mas suspende, o que o segundo ‘não’ vem reintroduzir modificando apenas em parte.

Passemos a uma longa citação de Freud (1930/2010) a que já fizemos alusão em pequenos fragmentos e que pode nos dar margem a novos esclarecimentos sobre as fronteiras em torno de nosso estudo:

Esse sentimento do eu próprio do adulto não pode ter existido desde o princípio. Ele deve ter passado por um desenvolvimento. (...) O bebê ainda não distingue seu eu de um mundo exterior, fonte das sensações que lhe afluem. Ele aprende a fazê-lo gradativamente a partir de estímulos variados. Deve causar-lhe fortíssima impressão o fato de que muitas fontes de estímulo em que mais tarde reconhecerá os órgãos de seu corpo possam lhe enviar sensações de maneira ininterrupta, enquanto outras fontes lhe sejam subtraídas de vez em quando- entre elas, a mais ansiada: o seio materno-, apenas podendo ser trazida de volta com a ajuda de gritos que pedem socorro. **Assim, se opõe ao eu, pela primeira vez, um “objeto”, algo que se encontra “fora”** e que somente mediante uma ação específica é forçado a aparecer. Um outro estímulo para que o eu se desprenda da massa de sensações, ou seja, para que reconheça um “fora”, um mundo externo, é dado pelas frequentes, variadas e inevitáveis sensações de dor e prazer, que o princípio do prazer senhor absoluto, **ordena suprimir [aufheben] e evitar**. Surge a tendência de segregar do eu tudo que possa se tornar fonte de semelhante desprazer, de lançá-lo para fora, de formar um eu prazer, ao qual se contrapõe um exterior desconhecido, ameaçador. **As fronteiras desse primitivo eu de prazer não podem deixar de ser retificadas pela experiência**. No entanto, muito daquilo de que não se gostaria de abrir mão pelo fato de proporcionar prazer não faz parte do eu, mas é objeto, e muito sofrimento que se quer expulsar acaba por se revelar como inseparável do eu, como sendo de origem interna. Através do direcionamento intencional das atividades sensoriais e de ações musculares adequadas, aprende-se um modo de distinguir o que é interior – pertencente ao eu- do que é exterior- proveniente do mundo externo- dando –se assim o primeiro passo para a instauração do princípio de realidade. (...) **O fato de para se defender de certos estímulos desprazerosos provindos de seu interior o eu não empregue outros métodos além daqueles que utiliza contra o desprazer oriundo do exterior torna-se assim o ponto de partida de consideráveis distúrbios**. (p.46-48, acréscimo entre colchetes e realce nossos.)

Primeiro vamos nos dar conta novamente do equívoco teórico de consequências clínicas que se tem em traduzir a *Aufhebung* por suprimir como a edição brasileira, que aqui tivemos o cuidado de corrigir a partir do trabalho de Frej (2003; 2006). Ora, não se pode evitar o que está suprimido, lembra-nos ela. Ademais essas dores e prazeres não vão ficar num nível de mero organismo, que reconhece as necessidades internas e a realidade externa de modo instintivo, pois Freud fala aqui de um “eu” primitivo que “não (...) gostaria de abrir mão” de coisas do objeto e que quer “expulsar” aspectos inseparáveis do eu. No entanto, este eu, através das atividades sensoriais e musculares, encontrará os limites que farão com que as fronteiras sejam “retificadas pela experiência” e se tornem não mais àquelas “do primitivo eu de prazer”, mas aquela entre eu e objeto. Fronteira que Freud diz, no mesmo texto, ameaça desfazer-se na paixão amorosa, mas que certamente é ponto de partida de “consideráveis distúrbios”.

No F90.0 Distúrbio da atividade e da atenção, principalmente observado em casos de crianças mais novas, antes do Complexo de Édipo ao qual vamos referir outra fronteira, podemos observar uma peculiaridade no jogo do “sim” e do “não” na qual a criança vai procurar se defender de estímulos internos, utilizando defesas que utilizaria para estímulos externos, conforme Freud indica na citação mais acima. Mas, vamos supor que um primeiro sim foi dado à alteridade, pois que “essas crianças, elas falam” (Bergès, 2008), no entanto, não suportam muito a questão, o significante em sua exigência de posicionamento numa fala. Poderíamos arriscar que sua fala compõe parte de sua agitação também. Desse modo, uma palavra que vem de algum outro, interroga a criança num “interior” que não apresenta possibilidade de responder enquanto tal, pois sua ancoragem simbólica ainda se faz muito pela via dos ensaios musculares a que Freud alude acima e sua atenção é bastante lábil, sem apelo a um sistema de notação de memória mais complexo de signos de eliminação linguística.

É neste sentido que no seminário das psicoses, Lacan traz uma série de exemplos no desenvolvimento do indivíduo que dão indicações de um estado pré-psicótico de não inversão dos pronomes e de uma entrada no jogo dos significantes, “por uma imitação exterior” (Lacan, 1953/2002, p.285), dentre outros que nos indicam um fracasso na instauração da metáfora paterna e da possibilidade de tomar a palavra.

“É o que se pode propor de mais árduo a um homem, e ao que seu ser no mundo não enfrenta tão frequentemente – é o que se chama tomar a palavra, eu quero dizer a sua (...) Isso não se exprime forçosamente em palavras. A clínica mostra que é justamente nesse momento, se sabemos referenciá-lo a níveis muito diversos, que a psicose se declara. Trata-se algumas vezes de um empenho mínimo de tomada de palavra, quando o sujeito vivia até então em seu casulo, como uma traça.” (aula de 31 de maio de 1956, p.285)

Como conceber um aparelho psíquico que está na linguagem, mas de um modo tal que a tomada da palavra é precária, é evitada e quando ocorre é jogada dentro de um contexto de agitação e onde a passagem-ao-ato é muito presente como vimos?

A respeito dos mecanismos do aparelho psíquico anteriores ao processo secundário que evita o desprazer e promove o pensar, temos basicamente o deslocamento e a condensação que já consideram a linguagem, podendo Lacan (1953/2002) associá-los às operações significantes da metáfora e da metonímia que constituem o aparelho psíquico como aparelho linguageiro. A energia que flui no aparelho e as diferentes direções desse fluir criam pontos de encruzilhada ou enodamento entre as direções. Laplanche e Pontalis (1999) nos esclarecem particularmente quando nos falam do deslocamento que ele é “um fenômeno

descritivamente impressionante e [que] pode resultar numa total descentração do foco do sonho: ‘ a transmutação dos valores psíquicos’.” (p.117, colchetes nossos). Comparam com a transferência que é diferente porque se restringe à “passagem de uma representação para outra.” (idem)

Os autores vão afirmar que tanto o deslocamento quanto a condensação vão prestar serviço à censura quando esta for se introduzindo no aparelho psíquico, mas insistem que esses mecanismos são autônomos e primordiais na constituição. Seguindo Frej (2003), encontramos a citação de Freud que nos autoriza a todo esse esforço de esmiuçar os mecanismos psíquicos primordiais que oferecem fundamentos a nossas construções sobre a hiperatividade e o déficit de atenção: “Não pretendo afirmar que o complexo de Édipo engloba toda a relação dos filhos com os pais: esta pode ser muito mais complexa.” (Freud, 1916-1917/1969, p. 248)

Vimos acima que a transferência é polo organizador “da passagem de uma representação para outra”, ao passo que no deslocamento isso parece ocorrer criando pontos de enodamento e encruzilhadas que formam uma malha, mas que não têm a mesma hierarquia e determinação do polo organizador. A pergunta é se os pais têm condições de oferecer um Édipo, um Mito fundador que acumule, mas também que organize a fala de uma criança em sua função de endereçamento ao Outro enquanto palavra que represente uma posição com a qual ele possa fazer jogo simbólico e não um significante imperativo apenas? Pois nas crianças hipercinéticas, que falam e em que não vemos sentido algum, conforme Bergès (2008), podemos verificar deslocamentos e condensações linguísticas que formam pontos de significação imperativos, S1- “enxame”, conforme Lacan (1972-73/1985) se apoiando na homofonia *essaim*, no entanto precários no sentido de uma estabilidade que o Mito organizador poderia conferir.

## **2.7 - Imagem, corpo, significante e intervenções.**

Em Cláudia Mascarenhas Fernandes (2011) e “a *Psicanálise para aqueles que não falam?*” encontramos elementos que vão ao encontro de nossa problemática nas manifestações do déficit de atenção e da hiperatividade, pois a autora não pretende que seus instrumentais teórico-práticos sirvam apenas aos bebês que ela privilegiou como campo de

sua investigação clínica, mas em todos os casos em que a imagem está bem implicada e em que a palavra pode faltar.

A autora constata que as imagens que a criança põe em cena, seu jogo e seu brincar podem seguir a indicação de Melanie Klein de que são equivalentes às imagens oníricas. Nelas estão trabalhando, portanto, a condensação e o deslocamento freudiano que por remanejarem as inscrições ou significantes primordiais não autorizam o analista a fazer apelo às intervenções em sentido único: imagem- significado. Não se pode intervir assim, porque simplesmente, o corpo da criança está se cifrando na relação ao Outro por intermédio da mãe e não pode ser decifrado para a criança, pois ela, a criança, não pode ser tomada como já constituída por cifras e significados únicos e pré-concebidos. Há que se encontrar essa cifração em seus estancamentos e modificações.

No momento inicial de Lacan, a imagem pode ter revelado uma conotação ilusória quando remetida ao eixo simbólico que ordena sua eficácia. Segundo Fernandes (2011): “as palavras teriam a condição de estruturação e diferenciação entre o real e o imaginário, sem isso, o mundo fica plano” (p.139). Mas é preciso cuidado para não se precipitar e acreditar que podemos nos liberar da importância da imagem, pois uma imagem é sobreinvestida de representações como nos diz Freud (1900/2000) e, além disso, pode acompanhar e representar os movimentos e tateios de um organismo que está a se constituir corpo, portanto que está se cifrando no Outro. Neste sentido é que devemos manter as dimensões imaginária, simbólica e real em nossa concepção da imagem e do que vemos, sem prevalência de um registro sobre o outro.

Assim, Fernandes (2011) retoma a experiência freudiana de que o sonho é um rébus, um hieróglifo a espera de ser lido para apontar o trabalho do analista com a imagem e o que se dá a ver apoiada nas operações propostas pelo psicanalista Allouch (1995) de transcrição, tradução e transliteração.

“Transcrever é regular o escrito por algo que está fora da linguagem, e seu caso mais exemplar é o som, mesmo que se possa tentar transcrever outros complexos objetos (...) como o gesto.” (p.150) A autora avança dizendo que o próprio bebê faz uma leitura, que ela chamará transcrição transitiva do que se passa na mãe. Assim, quando um bebê pára de mamar, ele pode estar numa leitura primitiva e sutil decifrando (através do que se lhe transmite na imagem e no som) o que se passa com sua mãe- que pode estar preocupada que

ele pare de mamar, por exemplo- e, ao mesmo tempo, inscrevendo uma memória não menos sutil dessas experiências “de tensões e apaziguamentos” (p.156) no psiquismo e cifrando, fazendo marca em seu corpo dessas inscrições na medida em que é convocado e tenta responder a elas.

Nesse campo da transcrição estamos em cheio na confluência das antecipações imaginárias e simbólicas da mãe e dos ensaios estésico-musculares da criança que também se fazem apoiados na leitura do que a mãe lhe antecipa. A necessidade da Pessoa Atenta está presente neste momento, pois do contrário, é o próprio sistema atencional da criança que estará prejudicado e suas ações. Talvez seja o momento de retomar Freud (1916-17/1969) quando falou de base orgânica dos sintomas que não possuem sentido, já que a capacidade de ler ou de antecipar com os ensaios o que o “indivíduo prestativo” tenta colocar em jogo está prejudicada do lado do bebê. É o que pudemos ouvir de Marie Christine Laznik (2013) em seu trabalho com bebês que apresentam hipersensibilidade a imagens e sons humanos, dificultando o trabalho de ligação ao Outro e conseqüentemente de estabelecer as inscrições primordiais para o funcionamento do aparelho psíquico, incluindo a função da Atenção. Trazemos isto, já que em sua palestra Marie Christine mencionou que algumas crianças que saem do autismo podem acabar enveredando pela hiperatividade se não tiverem, junto com o acompanhamento psicanalítico, trabalho de uma equipe interdisciplinar. Uma equipe que possa intervir a fim de oferecer suporte para que a função da Atenção possa se realizar em seu tempo por exemplo.

“A tradução, esse outro modo de leitura, é uma escrita regulada pelo sentido. O que quer dizer isso? Quer dizer que ela revela mais sobre o imaginário do tradutor (...) seu risco maior é tomando o imaginário como referência, desconhecer sua própria dimensão.” (p.151) A tradução é algo que a mãe pode dispor, pois ancorada na linguagem, atribuindo sentidos compartilhados pelo código ao que o filho faz ou apresenta. É também o tipo de leitura a que o clínico pode apelar para sustentar-se numa referência, num sentido, observando o que se repete - a questão das repetições na cena em meio a uma fuga de sentido. (Vorcaro, 2013).

Com relação à transliteração, a autora destaca:

“No caso particular da transliteração, que se escreve regulando o escrito pelo escrito, conta-se com uma leitura que se dá quando há duas escritas diferentes regidas pelo mesmo princípio: ‘pode-se ver, e me parece demonstrar como a transferência de uma escrita (aquela que se escreve) para uma outra (aquela que escreve) permite definir como simbólica a instância da letra.’ Fernandes (2011, p. 151).

Em seguida, a autora vai dizer que a letra que opera na transliteração é secundária à ordem significante por exemplo. E acrescenta que esta operação só pode ser entendida no constrangimento em que é submetida às outras duas operações: à da transcrição, em sua dependência ao som e à tradução no que se refere ao sentido. Trata-se de uma constituição borromeana de escritas codependentes que fazem corpo. É neste sentido que a letra vai apontar para algo de real das inscrições freudianas que se transporta e se ordena em outros estratos do aparelho psíquico, mas fica como “estrutura essencialmente localizada do significante” conforme Lacan (1957/1998). Como “real” a letra não remete a outra como faz o significante na significação, mas é idêntica a si mesma e demarca no significante sua parte não interpretável de acesso ao real.

As intervenções do analista quando apoiadas na tradução seguem o protótipo do “isso significa aquilo”, são “governadas pelo sentido”. (p.152) Ela não opera sozinha, mas em relação às outras. Na cena da mãe e outros atores com a criança em questão há algo que se dá a ver na criança e que pode não estar presente nos discursos. Assim é que a autora refere que a imagem colocada em cena transcreve outra cena que não se passa ali, numa aproximação a Lacan (1962-62/2002) quando fala da cena na cena. A “cena transcrita” deve limitar os recursos tradutivos do analista que ajudaram a nortear a observação até então e principalmente limitar também as hipóteses da mãe e dos outros quanto ao mau funcionamento da criança. Para isso, a cena que já é transcrição de Outra cena dos envolvidos deve passar por outra transcrição na sessão a partir do convite do analista numa descrição através das palavras da mãe e das outras pessoas envolvidas com a criança rumo a uma leitura da “cena muda” ou do que a criança não consegue falar senão mostrar e que não é apanhado pelas falas dos presentes. **Daí ser essencial e não apenas opcional a presença da criança na cena**, pois que há algo que se dar a ver aos demais componentes que seu discurso mesmo não alcança.

Charles Melman (2008 a, b) nos oferece oportunidade de um exemplo numa criança de 3anos que poderíamos chamar “hiperativa” ou “imperativa” que chega ao seu consultório e com a qual ele diz não conseguir estabelecer nenhuma relação, nem sequer um olhar. Criança extremamente agitada e violenta em seus movimentos. Ouvindo a mãe da criança, ele escuta sobre sua vida de muitos amantes, os quais nenhum para em sua casa, e com os quais ela não constitui vínculo. Temos aí o recurso à transcrição de elementos que vêm do modo de se relacionar que essa mãe estabelece com os homens que por sua vez interferem e participam no que é colocado em jogo com a criança. O pai da criança já constituíra outra família e não

demonstrava especial dedicação a seu filho, mais um elemento que dá sustentação a cena atuada e que é transcrito pela fala da mãe e nos gestos e movimentos da criança.

Num momento crítico em que a criança num acesso de agitação cai entre o divã e a parede, chegando a adormecer, Melman diz ter encontrado ocasião para dizer-lhe sobre sua posição de “não encontrar lugar” nem na casa do pai, nem na casa da mãe, justo no momento em que este menino encontrou um lugar apertado entre o divã e a parede. Um lugar apertado dá margem a pensarmos na “estrutura essencialmente localizada do significante” (Lacan, 1957/1998, p.505) e na operação de transliteração mais do que numa tradução, apesar desta não deixar de estar presente. Sua agitação, segundo Melman, não deixava de ser uma demonstração viril que não encontrava ancoragem identificatória no pai, provavelmente detectora dos movimentos dos outros homens que iam embora, mas podemos pensar também numa resposta especular à mãe que não se vincula. Os efeitos dessa intervenção foram um protesto agressivo da criança contra o analista, saindo correndo da sala, mas posteriormente foi observado um efeito sedativo considerável em suas atividades rotineiras e de escola.

Tyszler (2007, 2011) se refere a casos semelhantes de crianças a desta exposição de Melman em que apenas num exato momento em que uma criança, por exemplo, dava uma pausa e lhe fazia um endereçamento do tipo:

Teu papai morreu também?” é que ele podia intervir com algo como: “quanto ao meu próprio pai sim, mas quanto ao teu penso que ele não morreu (porque eu já tinha dados de seu dossiê), ele partiu, já que é um pai, isso acontece assim frequentemente, que tenha deixado a mamãe, que alguns meses depois da gestação ele tenha ido embora.(Tyszler, 2007, p.161)

Queremos chamar atenção para essa operação aqui sob a forma de intervenção que só pode ser nomeada transliteração a partir de sua relação a outras operações. Existe a tradução apoiada sobre dados de anamnese que permite ao analista significar os comportamentos da criança ou a fala de Melman traduzindo momentos da fala da mãe para a criança. Existe a transcrição da fala e dos gestos daqueles que podem estar na sessão, como foi o caso de Melman e como podemos esperar num CAPSi onde inúmeras pessoas e profissionais estão envolvidos com uma criança. Mas existe um momento muito específico quando uma criança para e não quando é parada, conferindo ao instante um corte com relação a tudo o que vinha fazendo e onde ela coloca seu silêncio ou sua questão, o que pode dar no mesmo. Este momento é tratado por Tyszler (2011) como aquele no qual se pode apreciar “a força de verdadeiros significantes” (p.68). E nós acrescentaríamos que aí residiria a força completamente distinta da letra não no seu sentido alfabético, mas como aquilo que de real

atinge de modo discreto o corpo, conforme nos indicou Bergès: “O significante não é apenas uma diferença daquilo que se ouve, mas também que aquilo que se ouve esteja inscrito no corpo apto a julgar essas diferenças pelo corpo próprio.” (2008, p.105)

É por isso que nossa leitura do caso apresentado por Melman parte de que sua fala foi tradução do que a mãe transcrevia com a fala e do que a criança transcrevia com o corpo. Mas, além disso, pelo momento específico em que a criança para, se aloja entre o divã e a parede, em que seu corpo delineia algo de muito específico e inédito com relação a tudo até então, os significantes proferidos em sua construção fantasmática operam uma transliteração. É algo, portanto, que opera “regulando o escrito pelo escrito” (Fernandes, 2011, p.151) ou mais exatamente uma intervenção que tenta captar, mas também cingir “a transferência de uma escrita (aquela que se escreve)” (idem)- ou o esforço da criança em colocar em movimento e nos gestos o que ela vivencia e é “obrigada a recalcar como sendo falta de pudor da vida privada de sua mãe” (Melman, 2008a) – “para uma outra (aquela que escreve)” (Fernandes, 2011, p.151) e que mobiliza recursos significantes do código.

Semelhante operação situa-se na fala de Tyszler para sua criança hiperativa e dessa vez sem a presença de pessoas no atendimento. A partir de dados da anamnese que só foram evocados a partir da interpelação da criança com todo seu endereçamento da questão paterna, o analista propõe uma construção. Mas isto parte de uma fala arrancada com esforço pela própria criança, pois o analista não acrescentou dificuldades de outra ordem à sua presença diante dela. Esse esforço diz bem da posição que o sujeito mantém diante da palavra, provavelmente numa posição de fronteira entre coisas que se inscrevem ou “uma escrita que se escreve” que transfere para uma escrita que escreve. O analista não recua diante do significante morte, mas faz corte, opera com a letra, indicando que o que se passa no caso da criança é outra coisa, há outra coisa que talvez possa morrer: o gozo, dando lugar à questão do desejo- Que se passa com meu pai ou *Que voi?* (Que queres de mim?) - com relação ao Outro.

Àquilo que aparece no movimento da criança como fruto dos processos primários, pode ser transliterado, alcançar outro nível de escrita, que chamaríamos de processo secundário. Essa ultrapassagem pode se fazer como vimos: com recursos que vão do acting-out às passagens-ao-ato, ou seja, numa oscilação entre algo do corpo que faz demanda e algo que apaga as fronteiras que em Freud (1930/2011) demarca a distinção eu-outro.

Talvez seja na direção dessa fronteira eu-outro que Bergès (2008) faz referência a que se fale com a criança a respeito da “morte”. Fleig (2009) vem em nosso socorro, lembrando que a pulsão de morte que Freud (1920) vai definir como a pulsão em sua finalidade de descarga ao menor nível energético possível, pode descarregar-se pela musculatura como agressividade voltada para o exterior. Em alguns casos, talvez no F90.1 Transtornos hipercinéticos de conduta, essa agressão é patentemente dirigida ao outro e noutros, F90.0 Perturbação da atividade e da atenção, isso é menos evidente, mas a maneira como a criança explora os objetos e situações do ambiente tem por vezes uma intensidade tão grande que coloca em risco a integridade dos objetos, dos outros além da sua própria. Nas passagens-ao-ato, lembremos que a saída de cena do sujeito enquanto operado pelo objeto *a* pode se dar como um lançar-se. O analista nestes momentos de constituição incipiente ou frágil das primeiras fronteiras não pode ficar falando, perguntando, conforme vimos, pois o significante ameaça a criança que não pode tomá-lo, mas conforme os exemplos que vimos, o analista observará e fará uso das imagens, mas sem operar apenas com a tradução, mas recorrendo à transcrição e a transliteração que operam noutro nível significante. Assim, Bergès (2008) vai constatar:

Não é preciso acreditar que o corpo se mantém com uma imagem, ele se mantém com palavras, são as palavras que estão agarradas ao corpo e são muitas vezes as palavras da queixa e da dor: o corpo se mantém com a dor, é com a dor que eu sinto meu corpo. O corpo da criança hipercinética falhou na inscrição ligada ao corpo pela palavra da mãe, não inscreveu as expressões todas feitas que tem a ver com a fala da mãe. (p.121)

Até aqui se deve ter percebido que falamos algumas vezes na pessoa da mãe e outras vezes nas pessoas que participam da cena com a criança. Noutros termos falamos também no Outro. Este último é o lugar simbólico por excelência que não se resume a uma pessoa enquanto semelhante, nem muito menos ao somatório das pessoas envolvidas, mas pode ser representado por alguém que tenha uma palavra com efeito de ultrapassamento com relação ao estado em que a criança se encontre, lembrando que o efeito de ultrapassamento não anula a condição anterior da criança, ou melhor, nossa condição anterior, a partir do que vimos na palavra *Aufhebung* aqui traduzida por supressunção que indica que algo é mantido, mas também é modificado e que convivem juntos de alguma forma. Desse modo, as palavras: pessoa atenta, limite, fronteira e endereçamento encontram toda sua pertinência lógica.

A pessoa atenta segundo nossa leitura, apoiada no texto e na interlocução com Freij (2003, 2006, 2012) não é a mãe que cuida, mas pode ser a mãe ou qualquer outro que esteja atento e presente no momento mítico, pois não pode ser precisado empiricamente, em que a

criança faz uma virada no seu funcionamento pela colocação de um limite, algo que barra o livre escoamento pulsional ou do “rio”. Essa represa estabelece mais uma fronteira. A fronteira que nos interessa aqui é a que separa o eu do outro. Esse limite se sustenta como vimos na palavra e não na ação mecanicamente induzida por um quadro pré-formado que informasse à pessoa atenta quando amamentar ou quando confortar uma criança. Justamente por ter a característica de palavra é que tal qual o “significante verdadeiro” a que se referiu Tyszler (2011a) transitiva a criança, pois tem ressonâncias em seu corpo e faz-lhe uma hipótese de sujeito, ou seja, de que ela, a criança pode responder de maneira própria, colocando o que é seu, propondo desvios à atribuição que lhe é feita.

Isso que expomos teoricamente tem francas ressonâncias clínicas, pois é a clínica que indica que a criança não pode fazer uma demanda em nome próprio enquanto inicia o endereçamento para os primeiros representantes do Outro sua questão. Quando esses representantes estão encarnados na pessoa de seus pais, não podemos prescindir da palavra deles para ter alguma influência sobre o que está se constituindo: a separação. Isto é extremamente bem colocado por Freud (1932/1969):

(...) a criança é muito propícia para tratamento analítico. Os resultados são seguros e duradouros. A técnica do tratamento usada em adultos deve, naturalmente, ser muito modificada para sua aplicação em crianças. Uma criança é um objeto psicologicamente diferente de um adulto. De vez que não possui superego, o método da associação livre não tem muita razão de ser, a transferência (porquanto os pais reais ainda estão muito em evidência) desempenha um papel diferente. (p.181)

Muitas vezes estes representantes do Outro não são os pais reais que Freud aqui coloca entre parênteses como se já indicasse a necessidade lógica de buscar outros indicadores que não os pais da realidade empírica. Mas quando os pais da realidade empírica estão presentes, isso faz toda a diferença, pois o endereçamento da criança se dá por apoio nesses que estão disponíveis e mais que isso é nestes pais que está a se constituir esse endereçamento pela maneira como estes colocam limite aos anseios pulsionais da criança, promovendo a fronteira que separa eu-outro. Neste sentido é que o analista precisa pensar no recurso de atender a criança na presença desses que lhe representam o Outro. Não pode substituí-los na constituição do sujeito na criança. A criança que se agita lhe considera não como um suposto saber a quem endereça sua fala sob a forma de um questão, mas como alguém cuja presença vai suportar “os excessos que teve de recalcar” (Bergès & Balbo, 2001, p. 67), recalque que ainda está num trabalho de estabelecimento e confirmação e, portanto, diante do analista a

criança pode lançar o seu “Me explique!” E a direção deste analista é indicada por Bergès e Balbo (2001):

É a explicação, ou o discurso do analista, ou seu convite a falar, que devolve, assim, para a criança, a fala à mãe, a qual talvez jamais tenha falado ou tenha falado muito insuficientemente quando tocava sua criança ao cuidar dela. (p.67-68)

## 2.8- Caso Roberto de Rosine Lefort e “o imperativo” precoce

Nas situações de crianças institucionalizadas como o pequeno Roberto exposto por Rosine Lefort e trabalhado por Lacan(1953/1986) no seu seminário, a quem sua analista chama de “hiperativo, o tempo todo agitado por movimentos bruscos e desordenados, sem finalidade” (p.111), temos o claro exemplo de alguém que não conta com a presença dos pais reais e tampouco de qualquer um que compareça de modo a influenciá-lo em sua constituição, ou seja, com significantes que adquiram valor de palavra. Como vimos é a palavra do Outro que efetua corte e constitui o corpo.

Essa situação em que as pessoas não aparecem à cena com valor de palavra junto à criança pode ser entendida numa dinâmica de instituição que não zela pelas crianças no sentido da sua subjetividade, mas não parece ser o caso, haja vista as referências (Lefort & Lefort, 1988) a outras crianças com quem as cuidadoras têm outros tratamentos, crianças de comportamentos bem diferentes. Isto nos faz pensar no que diz Laznik-Penot (1989) de que a criança também influencia de algum modo os diferentes olhares e tratamentos que recebe numa equipe. Lembremos que Roberto era muito insubordinado a qualquer proposta institucional e “imperativo” nas suas atitudes e que isso pode ter efeitos na equipe, revelando “a fixidez da cadeia significante.” (p.54) Neste texto, Laznik-Penot propõe que a criança psicótica funciona como a carta roubada que pela sua circulação na instituição impõe sequências nos membros da equipe semelhantes àquelas vivenciadas pela criança no seio familiar. Pensamos justamente neste caráter mais “imperativo” de suas determinações significantes.

Voltando ao caso de Roberto, Lacan (1954/1986) diz tratar-se de um “caso de demonstração” (p.127) de como pode se constituir a função imaginária do eu -e acrescentamos nós, com suas funções atencionais e psicomotoras - a partir da falha simbólica

na sua operacionalização. A criança não conseguia modular seu gesto de apreensão para pegar um objeto já que quando não o alcançava de uma só vez, tinha que retomar todo o braço para junto de si e tentar o movimento novamente sem modulação. Muitas vezes agitava-se correndo de um canto a outro da parede. Os ataques às outras crianças eram frequentes, bem como sua tentativa auto-mutilatória de cortar seu pênis.

Havia no entanto, diz Lacan, duas palavras: “Dama” e “O Lobo!” A primeira era utilizada inicialmente para se referir a qualquer cuidadora, inclusive à sua analista, indistintamente e a segunda pode ser considerada uma invenção significativa para lidar com o gozo do Outro quando tentará uma localização corporal depois. (Quinet, 2003)

Robert, além de ter passado por diversos domicílios e instituições foi submetido a cirurgias para correção de sua mastoidite que adveio de sucessivas otites pela qual passou provavelmente devido aos mal-tratos que enfrentou desde que nasceu. Durante essa cirurgia e outros “cuidados” como uma bateria infinita de exames médicos a que foi submetido e aos quais Rosine faz referências ao longo da cura e que Lacan chama de “traumatismos primitivos” (p.123), ele sofreu uma série de imposições imperativas do tipo: “Não se mexa!”, “Não coma!” (Quinet, 2003, p.181). O mais precoce desses traumatismos talvez foi a cirurgia a que foi submetido aos cinco meses de antrotomia, sem ter sido anestesiado enquanto “se mantinha à força na sua boca uma mamadeira com água açucarada.” (Lacan, 1954/1986, p. 120) Provavelmente daí vinham os elementos que se repetiram depois em variadas cenas em que a mamadeira era utilizada por ele nas sessões com Rosine.

Qual será a posição de Rosine, já que nossa hipótese é a de que os endereçamentos da criança dizem das fronteiras e estas, por sua vez indicam o tipo de limite a partir do qual se pode produzir uma nova distribuição de gozo? A situação que analisamos anteriormente de crianças que chegam com os pais reais numa transferência para com eles e na qual o analista que não é suposto saber tentará influenciar os “bastidores”, conforme expressão de Porge (1998) ou o transativismo da mãe ou responsável com sua criança nem sempre é possível pois a estruturação da criança poderá se revelar psicótica ao longo das sessões. Se podemos dizer que em muitos casos esta estruturação da criança está “não-decida” (Jerusalinsky, 2001) por período até a adolescência, dando-nos mais oportunidade de reversibilidade de solução metafórica familiar, noutros casos, como parece ser este de Roberto, os pais reais que não estão presentes não seriam nem aqueles da realidade que muitas vezes estão até excessivamente presentes como se pode ver no CAPSi e em outras situações clínicas, mas

aqueles pais que não têm nem podem ter mais efeitos reais de enodamento dos registros para constituição do sujeito. Percebemos isso em Roberto não só pela sintomatologia mais fechada à dialetização, mas pelo imperativo de gozo corporal que oferece um endereçamento em que seu corpo é mostrado como um continente que somente no fim parece “poder suportar a sua vacuidade” (Lacan, 1954/1986, p.125) com a inscrição de (-1) “um significante que vem ocupar o lugar de um significante forcluído do simbólico.” (Quinet, 2003, p.180)

Lacan diz: “é certo que não é uma esquizofrenia no sentido de um estado, na medida em que você nos mostrou a significação e a **movência** dela. Mas há aí toda uma estrutura esquizofrênica da relação ao mundo e toda uma série de fenômenos que poderíamos aproximar a rigor da série catatônica.” (p.127, realce nosso) Deste modo, Lacan parece propor que podemos estar diante de uma psicose, mesmo que tenhamos toda facilidade dada a condição infantil de Roberto de operarmos uma “movência” em sua economia de gozo, reduzindo os efeitos mortíferos de seus sintomas.

Se acompanharmos o tratamento, veremos que quando Rosine o encontrou, ele estava submetido a outros imperativos: “Coma!”, “Mexa-se”, contrários aos imperativos que o constituíram nas cenas traumatizantes em que ele deveria ficar quieto para ser salvo, imperativos de um Outro primordial. Rosine o acolhe após tantas mudanças de domicílio com sua presença não de um Outro que pudesse lhe propor filiação, ou seja, para tirá-lo de uma situação não-decida, mas efetivamente para tratar uma estruturação já psicótica.

O relato feito por Rosine Lefort destaca uma palavra que acompanhava os momentos de terror de Roberto, seja quando ia ser alimentado, seja quando lhe preparavam o asseio ou simplesmente quando lhe abriam a porta - acenando-lhe com a imagem repetida em sua história em que ele era mandado embora - tratava-se da palavra pronunciada ou gritada por ele: *O Lobo!* Essa palavra pôde representar mais que tudo segundo Quinet (2003) o significante de um furo no Outro, diante da janela aberta ou da privada do sanitário.

O lobo era um real terrível, mas também uma palavra de ordem que as enfermeiras dos hospitais usavam pra as crianças obedecerem e ficarem quietas. Essas outras cenas é que possibilitaram “transcrever” as cenas que a analista presenciava com Roberto. Nesse seminário Lacan (1954/1986) faz sua intervenção partir desse termo e chega ao Supereu: imperativo, lei insensata que acaba por “se identificar àquilo que há somente de mais devastador, de mais fascinante, nas experiências primitivas de um sujeito. (p.123)”. Este

imperativo, como pôde observar Lacan (1953-53/1986) não é nem sequer uma lei que se exprima como: “- *Tu debes...* (p.123)”. Se fosse assim poderia- nos fazer pensar que o indivíduo teria uma direção como veremos na descrição freudiana do imperativo categórico do complexo de Édipo e não ficar à deriva como vemos algumas crianças classificadas com o F90. Mas a lei mais primitiva identificada a uma figura feroz, uma lei insensata por assim dizer é simplesmente a palavra: “*O Lobo!*” inscrita e registrada corporalmente pela criança num corpo em que vida-morte formava ainda um binômio muito tênue. Desse modo é um significante holofráscico de caráter imperativo em “total exterioridade com relação ao sujeito” (Quinet, 2003, p.183).

Rosine Lefort manteve-se presente em todas as movimentações de Roberto que lhe endereçava demandas imperativas e toda sua agressividade: que ela lhe desse leite ou ficasse em tal ou qual posição ou fizesse tal ou qual coisa, assim como lhe oferecia conteúdos de seu corpo como suas fezes. Numa dessas sessões, Roberto tomou metade de sua mamadeira de leite, jogando o restante no chão com pesar e se dirigindo a janela que representava essa abertura do Outro. Foi quando pronunciou mais uma vez *O Lobo!* Isto permitiu à sua analista traduzir-lhe que ele havia tomado o lobo. A partir daí, Roberto começou a comportar-se como lobo, assumindo importante prognatismo e assustando as outras crianças. “A interpretação ‘beber o lobo’ teve como efeito a incorporação significativa e até mesmo a sua encarnação. O significante ‘lobo’ passou, portanto, de uma pura exterioridade a um traço de identificação.” (Quinet, 2003, p. 183)

Rosine Lefort atuou daí por diante, sobretudo e apenas, com sua presença, inclusive deixando que ele lhe aplicasse o lugar do lobo, assim continuando como alvo das agressões de Roberto- Lobo. Ela lhe ofereceu continência, permitindo que ele “exorcisasse” o lobo, aceitando quando ele fez com que ela bebesse o leite – lobo, trancando-a depois no banheiro (Lacan, 1954/1986), com isso ele tentava barrar o acesso do Outro à pessoa dele. (Quinet, 2003)

Após sessões com a torneira, onde a “analista discerne um pênis que dá leite”, ele tem a oportunidade de mudar o estatuto de seu pênis que ele tentava mutilar, como um real que não encontrava sentido simbólico. Essa sessão foi chamada de batismo, pois ele descobriu o prazer de derramar leite sobre si mesmo, deixando-o escorrer até chegar ao pênis. Ele pôde mostrar a analista o seu pênis de outra forma: com contentamento. Ao mesmo tempo pôde se chamar: -*Roberto, Roberto!* “Em seguida, bebeu leite, colocando-o assim em cima e dentro,

de maneira que o conteúdo fosse a um só tempo conteúdo e continente.” (Lacan, 1954/1986, p.118)

“Esse objeto-significante vem arrematar o processo de construção da metáfora delirante de Roberto”, é o que nos diz Quinet (2003, p.184), além de conseguir recortar simbolicamente seu corpo de modo a poder reconhecê-lo no espelho. Mas toda essa operação que têm efeitos de amenização no gozo corporal não pode fazer inscrição fálica de Roberto. Ao tentar insistentemente marcar sua imagem no espelho com o lápis, ele não consegue, risca o papel e então constata a impossibilidade. Fica furioso, quebra a ponta do lápis, olha para a analista lhe estendendo o mesmo e dizendo: - Quebrado! (idem). Há algo do gozo que não pode se inscrever dando conotação fálica à relação com o Outro. Roberto terá que fazer sempre a prova de algo que se quebra ao tentar funcionar no registro fálico, já que o objeto *a* não cai conforme vimos na primeira parte deste capítulo.

## 2.9- Recalque , Forclusão e intervenções.

Se o aparelho psíquico se constitui por um represamento como vimos e podemos supor que real, simbólico e imaginário são dimensões que estão se nodulando ou, pelo menos, não apresentam a constituição sintomática da qual podemos dar testemunho na clínica de sintomas de desatenção em adultos, precisamos realizar uma tentativa de situar esse momento anterior. Esse anterior, não se destaca como fase em relação a um posterior, mas pode ser compreendido dentro do movimento da *Aufhebung* freudiana, que como propôs Frej (2003) caracteriza o aparelho psíquico como “todo originário ao longo de seu funcionamento” (p.141)

Esse represamento, portanto, nos envia ao termo *Verdrängung* [mal] traduzido por repressão ou por recalque, segundo Hans (1996) em seu verbete do *Dicionário Comentado do Alemão de Freud*. O termo repressão traz a ideia de supressão de uma manifestação ameaçadora e o termo recalque traz o verbo calcar que tem o sentido de pressionar, mas talvez com o prefixo “re” desenvolva o sentido na direção de um “movimento para trás”; ‘repetição’; ‘intensidade’, ‘reciprocidade’; ‘mudança de estado” (Ferreira, 2009, p. 1702). O substantivo

*Verdrängung* significa de modo denotativo “empurrar para o lado”, o que em sentido conotativo pode ser uma pessoa e, neste sentido, vale a observação de que tirar alguém de cena não significa dizer que esse algo ou alguém desapareceu. Também pode significar “deslocamento de massas de água” tal qual por um navio, sendo que esta água deslocada continua exercendo pressão sobre o casco do mesmo. (Hanns, 1996, p.355-356)

Freud (1915 /2003) fala da *Verdrängung* a respeito daquilo de que o Eu não pode se safar, como este faz em relação aos estímulos exteriores, pois a pulsão (*Trieb*) refere-se a algo interno e de força constante (*constant Kraft*), portanto, inescapável. Apresenta o recalque (*Verdrängung*) então como um mecanismo de defesa que não está desde o princípio e situa-o como algo preliminar entre a fuga e o repúdio condenatório, este último se torna possível noutro momento. No mesmo texto, o próprio Freud vai dizer que o recalque e o inconsciente estão estreitamente interligados, logo o recalque faria parte da constituição do psiquismo e não algo que afeta alguns- patológico.

Freud refere que se trata de um afastamento de um representante da representação (*vorstellungrepräsentanz*) à consciência, pois causaria desprazer a esta instância. Mas esta representação recalçada continua noutra condição a exercer pressão e a influenciar, mesmo que não seja percebida pelo Consciente. O recalcado pode fazer aparição sob as deformações promovidas pelo processo primário e através das articulações promovidas pelo ego e seu processo secundário envolvendo as palavras. Estamos diante de algo constitucional e sua origem universal na renúncia dos homens à satisfação pulsional (Freud, 1938/ 2003) também corrobora isso.

Quando a pulsão investe uma representação e é afastada da consciência através do recalque primordial, temos outro problema de tradução, além dos que já referimos, pois Freud não poderia admitir no início do aparelho psíquico a criança já funcionando a partir de representações-de-palavras. Se recordarmos Freud, o que temos no início são representações-de-coisa provavelmente derivadas das primeiras experiências de satisfação. Isso envolve toda a problemática das expressões do vocabulário freudiano. Freud nos diz: “O conteúdo representacional (*Vorstellungsinhalt*) do representante pulsional (*Trieberepräsentanz*) foi retirado por completo da consciência.” (Freud 1915/2004, p 185- acréscimos em Alemão de Hanns, 1996, p.393) E com relação ao recalque originário ele coloca:

“uma primeira fase do recalque, um recalque original [*Urverdrängung*] que consiste em interditar [*versagen*] ao representante [*Repräsentanz*] psíquico da pulsão (a sua representação mental [*Vorstellung*]) a entrada e a admissão no consciente.” (Freud 1915/2004, p 179)

Temos aí os elementos que nos dão margem a introduzir que as representações ou ideias que se presentificam na consciência à época do seu texto sobre o recalque ainda não faziam as distinções entre palavras e coisas, mas já faziam uma distinção essencial entre representante [*Repräsentanz*] psíquico da pulsão e a representação mental deste que se faz pela *Vorstellung*. Isso implica que para haver recalque originário *Urverdrängung* é necessário o que Freud referiu no mesmo artigo e que destacamos: “Esse recalque estabelece então uma **fixação**, e a partir daí o representante em questão subsistirá inalterado e a pulsão permanecerá enlaçada.” (idem) E será este representante que continuará provavelmente como representante pulsional [*Trieberepräsentanz*] a influenciar as representações [*vorstellungen*] que permanecem presentes à consciência.

O representante psíquico como “apelo do corpo” não vai encontrar imediatamente uma representação de objeto. Antes de chegar a ela “procura investir uma representação-de-coisa (encontrar seu modo de inscrição)”, segundo Andrés (1996, p.456). Essa representação-de-coisa lhe preexistia, pois foram registros da experiência de satisfação conforme a mesma autora, em que já está presente o Outro como vimos a propósito do *Projeto*.

Freud (1915/2006) vai dizer que o que nos permite postular a manutenção do reforço do recalque e ainda a própria instalação de um recalque originário é um contrainvestimento psíquico por meio do qual o pré-consciente se protege do investimento da ideia [*vorstellung*] inconsciente. Ele não diz que é algo realizado pelo próprio pré-consciente, mas algo pelo qual o pré-consciente provavelmente se constitua também e com o qual protege o acesso à consciência da ideia que provoca o afeto do desprazer.

Em *Inibições, sintomas e angústia*, Freud (1926/2007) também diz que as primeiras irrupções de angústia ocorrem antes do superego se diferenciar. E acrescenta que os motivos primitivos mais próximos dos recalques primitivos são fatores quantitativos como “força extraordinária de excitação e a ruptura da proteção contra estímulos.” (p.2838)

O contrainvestimento traz a ideia de um investimento que vai em direção contrária a uma excitação que deve dar-se a partir do investimento pulsional nas representações-de-coisa através do representante psíquico. Logo pensamos tratar-se aqui mais uma vez do movimento

da *Aufhebung* em que uma representação-de-coisa vai ser investida e vai ligar-se à representação-de-palavra possibilitando uma representação consciente de objeto em que provavelmente, a representação do objeto conserva algo da representação-de-coisa enquanto mesmo e mesmo enquanto outro. Pois o que vem à mente enquanto pensamento não são fragmentos da experiência apenas, mas marcas, inscrições de algo que se perdeu, ou seja, o que temos aí é a busca da identidade de pensamento que se mostrou mais eficaz do que a identidade de percepção (que se traduzia na experiência alucinatória). Mas não é que a identidade de percepção acabou de uma vez. Seus elementos continuam a ter importância, são negados, mas são conservados também num movimento em que dá origem ao pensamento através do recalque originário e mantém-se ao lado do recurso imediatista, que, aliás, deve continuar impulsionando o aparelho a resolver pelo pensar e pelo simbólico o que não se resolve porque constituinte e paradoxal.

É assim que o psicanalista Ivan Correa (S/D) se refere ao recalque originário:

“O Recalque originário é um paradoxo lógico, porque se não há ainda nada que o atraia, como pode ele surgir?”

A equivalência do recalque originário é esse grande buraco que existe na ordem simbólica, por onde as coisas podem começar.

Esta durabilidade do contrainvestimento que mantém o recalque originário se assemelha ao conceito de “potencial de C.S. Peirce. O potencial, de fato, é o lugar onde se inscrevem as “impossibilidades”. O potencial é a possibilidade geral das impossibilidades não efetuadas. Mas, para que ele se mantenha potencial, nenhuma possibilidade pode ser efetuada. O dispêndio do recalque originário para se manter durável, deve permanecer suspenso ao significante, sem nenhuma possibilidade de se efetivar.

Esse “dispêndio durável” do recalque originário, não seria a permanência irredutível do fantasma inconsciente arcaico, na sua dependência radical ao significante? Significante que este fantasma tenta de todos os modos obliterar na sua função de obturação do real? Em termos Lacanianos, o recalque originário não seria o real que designa o indizível do sujeito? Real que não se suporta encontrar, e que não obstante, não podemos deixar de nos deparar continuamente com ele?

Para que possamos ter aproximações clínicas maiores a esta questão do paradoxal recalque originário, vamos retomar Bergès e Balbo (2002) quando dizem que a psicologia do eu (moi) precisa referir-se a dois tipos diferentes e intrincados de identificação. O filho pode identificar o que sua mãe lhe diz e desse modo é ao seu próprio corpo que reconduz o discurso que ela lhe dirige, é um S1 enganchado a um afeto ligado a algo experienciado no corpo como real. Esse significante é o que garante a unidade, diz Lacan (1973/1985) no seminário *Encore*,

unidade que ele mesmo já apontava como necessária à cadeia significante inconsciente, que nesse ponto se distingue do deslizamento e variabilidade observada na linguagem corrente:

Impõe-se, portanto, a noção de um deslizamento incessante do significado sob o significante. (...) Contra isso vai toda a experiência que me faz falar, num dado momento (...) dos “pontos de basta” exigidos por esse esquema, para explicar a dominância da letra na transformação dramática que o diálogo pode operar no sujeito. (...)

Não há cadeia significante, com efeito, que não sustente, como que apenso na pontuação de cada uma de suas unidades, tudo o que se articula de contextos atestados na vertical, por assim dizer desse ponto. (Lacan, 1957/1998, p.506-507)

O enigma do que é recalcado originariamente e que pode dar basta a um deslizamento que parece *nonsense* não é algo que possa ser compreendido, antes interroga, insiste, pois a marca é algo que se encontra como numa topada, trazendo sua carga de significância própria, uma enunciação ao que um contexto horizontal poderia exigir enquanto sentido, enunciado. Bergès e Balbo (2002) dizem que este S1, significante-mestre Lacaniano e que ordena série:

“não passaria de uma invocação, de um indicador vazio de qualquer sentido, se toda uma gestualidade não transitivasse a nomação, para torná-la significantes de sentido, para dar-lhe corpo.” (p.130)

Como vimos no que a mãe faz uma hipótese de sujeito na criança, ela o faz participar do enigma. É nesse ponto em que as experiências de satisfação e outras vão deixando os traços mnêmicos, que como Freud (1896 b/1969) apontou funcionam por simultaneidade e causalidade. Desses traços, um se destaca que é aquele chamado por Lacan de significante mestre e ordenador da série dos demais significantes S1. É neste significante que pode se localizar o sujeito a depender de condições que podemos considerar clínicas, pois colocadas no centro de nosso interesse.

Na aula de 7 de junho de 1961 do seminário *A Transferência*, Lacan (1960-1961/1992) diz que a noção do traço único (*einzigster zug*) converge com a do significante, mas não é em si mesmo um significante. É muito provável que ele seja um signo. “Não há necessidade de todo um campo de organização e de uma introjeção maciça. Este ponto, grande I, do traço unário, este signo do assentimento do Outro, da escolha de amor sobre a qual o sujeito pode operar, está ali em algum lugar.” (idem, p.344) Mas Lacan, não deixa de dizer que podemos considerá-lo como significante, caso ele seja ulteriormente utilizado com relação a uma bateria significante.

No seminário Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise, Lacan (1964/1998) introduz: *–Pode ele me perder?*. A morte como estando para além do que é dito como enunciado, mas interrogando os intervalos do discurso do Outro, presente no movimento de fading do sujeito que identifica um enigma e desaparece num S2 que lhe dá consistência de discurso. É nessas *Vorstellungrepräsentanz* que se realiza o recalque originário, mas são os elementos *Repräsentanz* que Lacan vai chamar de embaixadores, que serão os puros representantes de não importa qual significação, aliás, eles não têm representação própria. É provavelmente esses representantes que dizem da posição sempre movente, a significação. (p.209)

*Aufhebung* em cheio, traços mnêmicos, representações-de-coisas enquanto mesmo e mesmo enquanto outro. Freud (1926/2007) diz em *Inibições, sintomas e angústia* que o sintoma que revela um retorno do recalcado tenta apaziguar o desprazer e adaptar-se ao eu, mas tenta por outro lado liberar a energia para tentar novas produções mais favoráveis ao Isso. Quando ultrapassa certo limiar, o sinal de desprazer dispara angústia. Esta se dá segundo Freud, a partir de símbolos mnêmicos de acontecimentos traumáticos do passado despertados em associação com as percepções atuais que são produzidas. Neste sentido temos a produção que congrega o mesmo enquanto outro que consegue penetrar, mas o mesmo continua lá e é o que desperta, neste caso, algo arcaico, produzindo angústia. Pode se tratar aqui do enigma de S1 que insiste no enigma do desejo do Outro, no caso em que se une ao saber S2, mas que pode insistir isoladamente quando das insuficiências de S2 para sustentar o sujeito.

Pois se Freud (1926/2007) diz que no recalque o eu trabalha sob a influência da realidade exterior, e que exerce sua força nas direções da representação pulsional e sobre a pulsão propriamente dita, o trabalho com S2 ou com o saber não-sabido do inconsciente não pode operar senão a base do que Lacan (1964/1998) propôs com seu “colofão da dúvida” nos momentos de hesitação dos enunciados ou apontando ainda para o núcleo de não-senso do discurso. Pois aí, temos uma chance de recuperar o movimento, a *Aufhebung* em ação entre registros de S1 e S2 como representação. Isso tem um efeito pensamos nós, identificador e mais propriamente terapêutico de análise, liberador do próprio movimento. Assim também podemos nos ver livres da ideia errônea de que haveria uma liberação do recalque ou do recalcado, pois o que sobressairia na interpretação seria a marca do movimento, daquilo que leva a movimentar a energia do aparelho.

Se nos aproximarmos da prática de cuidados que uma mãe tem com seu filho, notamos uma excitação de suas zonas corporais mais significativas e isso pode despertar a curiosidade da criança. Bergès e Balbo (2001) apontam para origem comum das palavras que em latim é cura. “Os cuidados despertam a curiosidade, ou seja, o desejo de saber.” (p.64) E é aí que se começa a constituir o sujeito suposto saber que poderá ser endereçado ao analista depois. O sujeito suposto saber é quem faz represa à livre excitação. “E são (...) palavras trocadas que a criança teoriza, por sua vez, recalcando, por meio dessa teorização, os excessos de excitação” (p.65)

Nesse ponto, vale recordar a observação freudiana que supomos anterior ao desenlace do drama edípico na criança, uma vez que Freud afirma que seu Superego ainda está se formando:

Uma criança é um objeto psicologicamente diferente de um adulto. De vez que não possui superego, o método da associação livre não tem muita razão de ser, a transferência (porquanto os pais reais ainda estão muito em evidência) desempenha um papel diferente. (Freud, 1932/1969, p.181)”

Se pudermos pensar na criança hiperkinética descrita por Bergés (2008) que não se deixa transbordar, como que “possuída” e cheia de extravasamentos motores, pegando e largando um objeto e outro, podemos ter provavelmente o que Bergès e Balbo (2001) disseram tratar-se de uma criança em que a mãe toca, excita seu corpo, mas não favorece a formulação de teorias por parte da própria criança. Para estes autores, baseados em Freud (1908/2007), a criança pode colocar em construção uma teoria sobre sua origem sexual, sobre os motivos pelos quais nasceu e foi desejada, se sua mãe puder colocar em palavras seus toques, seus cuidados. Assim, a teoria da criança vai versar sobre o limite que a fala da mãe vem colocar ao excesso de excitação.

Se retomarmos a constituição do sujeito segundo o que Lacan diz no seminário A Identificação (1960-1961/1992), que o signo do olhar do Outro, não é ainda significante e que para ser significante precisa ligar-se a uma bateria significante. Isto que pode dar origem ao S1 mesmo assim é uma primeira etapa de identificação ao “pai”, na verdade, um projeto diz Lacan. Sua aparição em S1 está sujeito ainda a muitas vicissitudes e este S1 precisará de algumas confirmações para se chegar a dizer que a metáfora paterna se constituiu como propõe Jerusalinsky (2001). São essas vicissitudes que podemos encontrar na trajetória de muitas crianças, algumas delas chamadas hiperativas pelo discurso científico e social.

Enquanto algumas oscilam entre a unificação do traço “único” e sua ameaça na desintrinsicção pulsional que não se enlaça a teorias, a um saber, outras crianças já demonstram uma solução psicótica, não podemos desconsiderar esta possibilidade, conforme nos mostrou Rosine Lefort, onde Roberto não endereçava mais uma posição de alguém que podia ser influenciado pelo limite de “pais reais” enquanto saber fálico, mas suas soluções se concentravam no corpo de modo muito intenso. Neste caso, Rosine pôde supor uma forclusão do Nome-do-Pai.

Robert Lévy (2008) chega a dizer que o recalque é parcial em boa parte da primeira infância e que os efeitos de sua manifestação são os mesmos do que ele chama uma forclusão parcial. A criança não é capaz de certo nível de realização da metáfora. O “como se” de muitas brincadeiras infantis acaba não acontecendo com as crianças menores de cinco anos para este autor. Essas crianças têm reações muito intensas diante das brincadeiras e historinhas em que o adulto imita personagens medonhos. Ele nos diz:

(...) é o estado atual da elaboração do recalque que faz com que ignorem a metáfora!(...) o infantil ainda não pode substituir um significante por outro, o que seria a versão mínima da fórmula da metáfora. Para esse infantil, conseqüentemente, para um e somente um significante corresponde um significado. Ainda não existe um jogo possível, jogo esse que se encontra intimamente ligado a qualquer processo de nomeação. (Lévy, 2008, p.77)

Essa realização da metáfora só pode se dar se acontecer o que Bergès e Balbo (2001) dizem ser uma atitude de leitura da mãe e não uma simples inscrição como se a criança fosse mero prolongamento de seu corpo. Lembram-nos das mães que se queixam bastante de que suas crianças se mexem muito. Se essas crianças são tomadas como partes de seus próprios corpos, as sensações nessas mães só podem ser de epilepsia. É isso que faz com que muitas mães sejam tão repressivas com a motricidade da criança. E aqui não pensamos em qualquer repressão, mas numa repressão num momento constitutivo da criança. O caso das mães que não conseguem tirar os olhos da criança que é praticamente teleguiada a promover os acidentes que suas mães tanto temem e que acabam realizando esse desejo onipotente de suas mães de deterem o controle como nos diz Bergés (2008). O “não, não, não” enquanto postura precoce das mães empata o surgimento do sujeito, deixando a decisão entre o recalque e a forclusão, em suspenso, “*en souffrance*” (Lacan, 1957, 1998).

Nesse momento é que precisamos considerar mais que nunca os pais reais de que nos fala Freud (1932), são para eles os endereçamentos transferenciais de sua criança e talvez aí esteja a dificuldade de se fazer sujeito suposto saber para a criança e de promover a demanda

de análise do lado desta. Não é por uma dúvida, questão ou equívoco do lado do S2 no que este se liga a S1 que vamos operar como analistas, tal qual extraímos de Lacan (1964/1998). A criança hiperativa de que nos fala Bergès e Balbo (2001) não lhes demanda um dizer, mas um fazer! Ela pergunta ao analista se ele mora ali com sua mulher e como ele faz para fechar a porta? Isso contém algo de um fragmento de verdade da teoria sexual que a criança formula sobre o desejo do Outro. Ao lado disto, temos toda a sua movimentação desordenada. Ela pede então barragem, se lembrarmos do rio.

Mas o analista “não tem de fazer obstáculo ao saber constitutivo do sujeito” (Bergès & Balbo, 2001, p.63), ou seja, ao saber que pode vir a lhe constituir, sua falta-a-ser. É preciso operar com os pais reais que têm sua influência constituinte e transitivista com o filho, sobretudo em tempos de “psicose não-decida” (Jerusalinsky, 2002), em que não há uma esquizofrenia paranóide como em Roberto (Lacan, 1953-54/1986; Quinet, 2003), mas que ainda podem se estabelecer outros tipos de psicose. Essa barragem-discurso é solicitada ao analista, onde a criança muitas vezes diz: *me explique!* (p.67) Mas essa explicação pode ser com proveito uma explicação que “devolve para a criança, a fala à mãe” (p.68). Não se trata por outro lado de convocar ativamente ou interrogativamente de modo constante a criança a pôr o seu significante, conforme já vimos em Fleig (2009), pois algo se passa ali na intersecção com o Outro e não de um lado apenas. Forçar um lado é reforçar o imperativo, sem dar condições à criança de significantizar seu gozo e a responder do lado da ação e no limite, da passagem-ao-ato.

O analista tem que ser bobo e não-bobo segundo os autores. Nisto podemos ler que o analista bobo é o que se ocupa de interrogar a situação e não propriamente a criança, ele não busca interpretar antecipadamente segundo chaves de interpretação de alguma teoria. Interroga a situação através dos pais e do que ele observa, principalmente, transferencialmente, facilitando as transcrições. O analista não-bobo é o que diz do que constitui o sujeito em relação ao seu Outro parental, naquilo que não aparece formulado, que não é evidente na cena: falta que pode constituir-se como ancoragem e que é desconhecida do sujeito, desconhecimento do qual os pais participam em diferentes níveis. É desse desconhecimento que fala Bergès (2008) quando observa acasos do recalçamento da mãe ou de malogros do mesmo. Ao mesmo tempo, por ser bobo, devolve essa palavra ou bastão, suspende sua enunciação para que os pais e a criança reencontrem a sua, pois do contrário, estaria privilegiando operar com a tradução, esquecendo da transcrição e da transliteração

(Fernades, 2011) e a falta, não se pode traduzir ou explicar e no caso de crianças com a constituição em impasses, trata-se não só de presentificar a falta, mas fazê-la existir.

Esta falta só pode existir ao nível da letra. Lacan (1957/1998), repetimos, dirá que ela é “a estrutura essencialmente localizada do significante.” (p.505) Isso nos aproxima de um limite e indica que se quisermos ser rigorosos, freudianamente falando, em nossa escuta, precisamos muito mais do que interpretações explicativas, localizar ao nível da letra ou em termos práticos na equivocidade do significante (mas aí do lado dos “pais reais”), a dimensão do recalcado e mesmo do que pode ser recalcado. A letra está mais próxima do que trouxemos de Freud acima, das inscrições, das marcas no corpo, representações- de -coisa, signos ou S1's e é a partir dessas marcas que vamos poder nos aproximar para tentar outra leitura: transliteração. Seja no sentido de que um recalque possa se confirmar ou no sentido de uma metáfora delirante poder lhe servir de suplência como em Roberto, mas em ambos os casos, um esmaecimento da “hiperatividade” e outros sintomas corporais pelo investimento do gozo num fora-do-corpo.

## 2.10 - Supereu, novos limites, fronteiras e intervenções possíveis

Consideramos até agora o momento em que o recalque está em questão e o processo primário vige, favorecendo todos os fenômenos primários do déficit de atenção e da hiperatividade como respostas ao imperativo S1 que não encontra uma verticalidade, um saber no S2 e no Supereu que ainda está se formando. Podemos finalmente perguntar o que o Supereu representa na constituição do aparelho psíquico freudiano e que configurações o acompanham. Vejamos uma passagem esclarecedora de Freud em seu texto A dissolução do complexo de Édipo:

Não vejo razão para negar o nome de repressão ao afastamento do ego diante do Complexo de Édipo, embora repressões posteriores ocorram pela maior parte com a participação do superego que, nesse caso, está apenas sendo formado. O processo que descrevemos é, porém, mais que uma repressão. Equivale, se for idealmente levado a cabo, a uma destruição e **abolição** [*Zerstörung und Aufhebung*] do complexo. Plausivelmente podemos supor que chegamos aqui à linha fronteira- nunca bem nitidamente traçada- entre o normal e o patológico. Se o ego, na realidade, não conseguiu muito mais do que uma repressão do complexo, este persiste em estado inconsciente no id e manifestará mais tarde seu efeito patogênico. (Freud, 1924a/1974, p.221-222. Realce, Grifo nossos. Acréscimos em alemão a partir de Frej (2003, p.47))

Onde destacamos o termo abolir, a tradução brasileira produziu outro equívoco de graves consequências, inclusive clínicas. Sem a presença do termo **suprassumir** ao invés do abolir do texto, não se pode conceber a distinção entre um momento anterior ao Édipo e ao Supereu e um posterior que conserva algo de anterior, possibilitando delinear os contornos clínicos que as intervenções podem ter num caso ou noutro. Frej (2003) pôde situar em sua leitura da dissolução do complexo de Édipo que o que estabelece a referida fronteira, é mais uma vez a **suprassunção** (*Aufhebung*) do referido complexo, não o recalque do mesmo. A suprassunção é que vai possibilitar o Supereu e os recalques posteriores.

Se lembrarmos do texto do Recalque (Freud, 1915/2003), ele diz que o que o caracteriza é algo entre a fuga e o julgamento e isso pode acontecer diante do Complexo de Édipo conforme nos diz Freud na citação acima, trazendo efeitos patogênicos. O que salientamos aí é que a constituição de uma linha bem delimitada traz uma rigidez ao aparelho psíquico que o compromete em sua relação com a realidade da cultura na qual faz parte.

Os desejos incestuosos não podem ser abolidos, pois eles trazem à tona a energia sexual necessária às trocas no seio da cultura. Por outro lado, a interdição precisa ser considerada em certa medida para a regulação dessas trocas. Aí entra o papel do Supereu que como vimos, está em formação. Como essas coisas: a libido, a interdição funcionam em co-dependência, articuladas, não podemos falar em linha bem definida e única para todos e em todas as situações. O que sobressai é antes de tudo o caráter normativo e não normal, do pai, ressaltado por Lacan quando aproximou essa ação do pai à ação da metáfora e sua capacidade criadora, a metáfora paterna.

O pai é, no Outro, o significante que representa a existência do lugar da cadeia significante como lei. Ele se coloca por assim dizer, acima desta. O pai acha-se numa posição metafórica, na medida e unicamente na medida em que a mãe faz dele aquele que sanciona, por sua presença, a existência como tal do lugar da lei. Uma imensa amplitude, portanto, é deixada aos meios e modos como isso pode se realizar, razão porque é compatível com diversas configurações concretas. (Lacan, 1955-1956 / 1999, p.202)

O que precisamos observar aí é esta capacidade normativa do pai. Ela o torna distante por um lado de um pai tirano que em seu autoritarismo poderia tornar o indivíduo incapaz de agir ou carregado de sentimento inconsciente de culpa devido à ressexualização da moral (Freud, 1924b/1969), sem proveitos nem para a moral, nem para o indivíduo. Por outro lado, tal capacidade normativa poderia falhar também em muitas crianças em que o pai “está ausente” conforme ouvimos (ver entrevistas na parte 4), mas enquanto representante da lei da cultura, deixando a criança entregue aos caprichos de um imperativo de gozo, sem restrições

nem proibições conforme podemos verificar em nossas crianças hiperativas em seu caráter mais imperativo de conduta. Assim, precisaríamos discutir as condições para uma normatividade, ou seja, condições para uma função paterna nos dias de hoje e os desafios que se colocam a ela e de como podemos trabalhar com essa normatividade em nossa clínica a fim de não a confundirmos com disciplina. Encontramos no livro *Os nomes do pai* em Jacques Lacan de Erik Porge:

O normal é a capacidade, para o organismo, de instituir outras normas, em outras condições, de mudar de normas. O normal é de fato uma capacidade normativa. A saúde é a capacidade de tolerar infrações à norma habitual, de instituir novidades em situações novas. (...) O Nome-do-Pai é a capacidade normatizante do pai, enquanto ele não se conforma a uma média, mas “faz rachar” as normas maternas para instituir novas. Sua perversão é a versão da mudança de norma que ele institui por relação ao desejo da mãe. (Porge, 1998, p.40-41)

Essa outra fronteira, além das que já expomos- a que diferencia o mero organismo do corpo pulsional e a que diferencia o processo primário e o secundário- poderia ser considerada aquela que promove outras diferenciações no eu por sua inserção na cultura e na lei das trocas. Muitas são “as configurações concretas” que podem ser apreciadas aí, conforme nos orientou Lacan na citação acima, esperamos que nossa pesquisa possa ajudar.

Assim, podemos retomar os eixos que orientam o diagnóstico da psiquiatria: a desatenção, a impulsividade, a hiperatividade e a conduta no caso do transtorno hipercinético de conduta (F90.1). Como vimos, este último é responsável por quase a metade dos casos diagnosticados numa revisão estatística mais divulgada (Silva, 2009) e por um terço dos diagnósticos de F90 em nosso CAPSi. Isso pode nos indicar que aquelas crianças como o rio de que falamos ao qual é deixado mais livre o curso, ou que estouram a barragem pela ausência de moderação na palavra da mãe que acaba por deixá-lo “transbordar” conforme Bergès (2008), aquelas crianças chegam ao momento da introdução das leis da cultura com problemas e têm mais dificuldades que as outras. Já vêm com a capacidade normativa comprometida. Silva (2009) e Barkley (2008) trazem em suas revisões de pesquisas não -psicanalíticas que a criança que apresenta desatenção e hiperatividade começa, a partir da repreensão do meio a se impor por comportamentos transgressivos e condutas inadequadas.

Mas há uma parcela significativa de crianças que só vem apresentar problemas de desatenção e hiperatividade após os sete anos (Rohde, 2004), casos que contribuem para a proposição do DSM V de que só sejam diagnosticadas a partir dos doze anos (Folhauol, 2013). Esta faixa etária parece corresponder a uma idade em que os processos primários apresentam uma flexibilização com relação aos processos secundários e à identidade de pensamento e

também parece sofrer já consequências do Complexo de Édipo e do Supereu. Desse modo, podemos vislumbrar diferentes “configurações concretas” que poderão ser analisadas nesta pesquisa. Pode ser o caso de retomarmos as analogias freudianas da pérola e do grão de areia e dizer que não só a pérola do déficit de atenção e hiperatividade constitutivas, “sua base orgânica”, podem influenciar as condutas da criança e do adolescente, contribuindo para uma entrada dificultosa na lei e na cultura, mas também que alguns sintomas de déficit de atenção, hiperatividade, possam despertar a partir da “ruidosa elaboração neurótica” (Freud 1916-17/1969) nos conflitos com a lei e seus representantes na infância mais tardia e adolescência.

Assim, o que estamos corroborando das pesquisas científicas que embasam as classificações diagnósticas do transtorno é que há mesmo diversos graus em que a criança consegue uma estabilização da atenção e do movimento, podendo recorrer ao tipo de (des)organização anterior com mais ou menos frequência. Talvez as crianças que mais preocupam são aquelas bem precoces que parece que nunca tiveram uma organização maior e estão permanentemente agitadas e desatentas.

No que concerne a esse momento da assunção da lei que interdita o incesto e que finalmente encaminha o gozo a partir de uma proibição, podemos concordar com Melman (2008) e Lebrun (2008). Eles propõem em momentos e de maneiras diferentes que o impossível do gozo, da energia sem barreiras do aparelho psíquico, impossível que é dado pela linguagem, naquilo que insiste em não se representar, em não ser admitido no campo da representação ou conforme Lacan(1972-73/1985) aquilo que “não cessa de não se escrever”, pois bem esse impossível pode ser sustentado posteriormente numa proibição através da autoridade de um Outro.

É justo o problema no mundo atual que retomamos e que nega de diferentes maneiras a existência do proibido através de um discurso do social que renega a existência desse impossível da linguagem e coloca o imperativo de que todos podem estar satisfeitos na cultura, todos têm o direito e a obrigação de satisfação sem veto. Essa realidade de ausência de proibição é que de algum modo leva os “neosujeitos” como chama Lebrun (2008) a cogitarem que o impossível pode se acabar. A própria evolução científica, na medida em que vai fazendo descobertas, encontrando soluções tecnológicas para os mais diferentes problemas dá a impressão que estamos fazendo recuar o espaço do impossível, o que pode gerar, segundo Lebrun(2004), a ideia de que poderíamos algum dia nos livrar do mesmo. É neste sentido que o conceito de normatividade proposto por Porge mais acima pode acompanhar esta reflexão, na medida em que ela, a “normatividade” se dá com relação a outra constelação

de conceitos e não com relação a norma que bem poderia ser na cultura atual a de gozar sem limites.

Sabe-se que o desejo incestuoso não precisaria ser proibido porque é impossível, no sentido de fazer Um com o Outro, mas o fato de haver esse interdito sob a forma de uma proibição no Complexo de Édipo fala da continuidade e da entrada da cultura no aparelho psíquico, tornando o “sonho impossível” do indivíduo circunscrito, encaminhado com o de outros, num projeto comum. Mas se estamos numa cultura do “tudo pode”, inclusive na educação dos filhos, conforme Lebrun(2008) diz na abertura: “quando os pais não sabem mais dizer não!”, essa impossibilidade não tem tradução enquanto interdição/ proibição, deixando o sujeito a mercê de um Outro imperativo: se você pode, você deve, nas mais diferentes apresentações imaginárias que temos acesso na cultura, desde as tecnologias estéticas de valorização narcísica, às toximias e, diretamente no que nos interessa aqui: no campo da convivência com os outros, de suas regras e limites.

Não se trata de querer agora valorizar a autoridade autoritária de outrora e todas as suas proibições, conforme nos diz Lebrun (2009) em seu livro *A clínica da instituição*. Seria mais uma posição de tentar demarcar a “linha fronteira” de que Freud falou de modo absoluto, sem levar em conta as mutações culturais em curso numa época. Seria fazer uma *grande confusão* (Lebrun, 2008) entre autoritarismo e tirania de um lado e, autoridade e hierarquia de outro. Não é porque experimentamos diversas proibições que beneficiavam uns poucos em detrimentos de muitos como na tirania, coisa que o próprio Freud (1913/2007) postulou de algum modo como estando no início e sendo um estágio de horda pré-cultural da humanidade, que podemos considerar a ideia de prescindir da autoridade e até nos livrarmos dela, da hierarquia e, acreditarmos que não precisamos consentir numa perda.

Quando Lebrun(2008) fala dos pais não saberem mais dizer não, está bastante claro que mesmo diante dos pais que Bergès (2008) definiu como os que dizem “não, não, não”, estamos diante de pais que não sabem dizer. O fato de dizer “não” a toda hora, não encontra oportunidade para um não que tenha força e valor, ou seja, parece que o interdito não opera e pode ser que não tenha havido a suprassunção do Complexo de Édipo, conforme Freud, ou seja, que algo seja conservado e ao mesmo tempo superado dessa encruzilhada estrutural. Isso fica evidente quando essas mães parecem dizer não a toda hora quando suas crianças estão no espaço público, quase como que para mostrar que elas usam o não com o filho, denegando sua posição, pois verificamos que elas permanecem permissivas, sobretudo em casa. O não parece que ou não tem qualquer efeito sobre eles, ou, no caso de crianças numa idade edipiana ou

pós-edípica que estão às voltas com a lei, parece instigá-las ainda mais a ultrapassar os limites, ao invés de desligarem-se do não da mãe para consentir num não do pai ou da cultura, que podem ser inscritos, assumidos e discutidos por ela enquanto participante dessa cultura.

Já vimos que o aparelho psíquico concebido por Freud na visão de Frej (2003, 2005) vai se delimitando numa continuidade dos campos aparentemente antagônicos do organismo e da cultura. Como disse várias vezes, a autora em suas aulas (Frej, 2010, 2012), a pessoa pode dedicar-se às atividades mais sublimadas da cultura, como o poeta que Freud (1914/2003) cita em seu *À Guiza de Introdução ao Narcisismo*, mas a dor de dente quando aparece pode concentrar toda sua alma no buraco do molar. Assim, o organismo continua sua participação em nosso psiquismo e aqui e acolá vem lembrar e cobrar sua parcela de contribuição em nosso funcionamento. Não só o organismo, mas o próprio inorgânico, conforme colocou Freud (1920/2003) a partir de seu *Além do Princípio do Prazer* quando teorizou sobre a pulsão de morte que visa à decomposição das unidades maiores e elevadas do psiquismo em sua materialidade inanimada, sofrendo os desvios que a vida lhe confere nesse percurso.

A dimensão da cultura por sua vez pode fraquejar na sustentação desse percurso vital, na medida em que não favorece as condições de normatividade, anulando a lei do desejo pela confusão com os imperativos de gozo na cultura conforme vimos no primeiro capítulo. O regulador desses imperativos de gozo em que “cada um é por si” e ninguém parece ser pelo coletivo e nisso, pelo desejo, pode ser encontrado nas medidas avaliativas na cultura que parecem recusar a responsabilização do social com o impossível que se desloca.

Isso é flagrante no relatório do INSERM (Instituto Nacional Francês de Saúde e Pesquisa Médica) conforme nos apresenta Forget (2011) em seu recente livro *Os transtornos do comportamento: onde está o rolo?* Esse relatório procura mostrar que há uma relação de continuidade entre os transtornos de comportamento na infância e adolescência e os transtornos de personalidade psicopática e a criminalidade no adulto. Além disso, estigmatizam “como patológicas as cóleras e os atos de desobediência” e os apresenta como “preditivos de uma futura delinquência das crianças” (p.127)

Forget (2011) questiona a autoridade de um Intituto em pretender resumir as vicissitudes e questões da constituição do sujeito às classificações diagnósticas propostas pelo DSM IV e outros manuais. Esses manuais facilitam a observação dos comportamentos perturbados, priorizando o seu aspecto manifesto e, levando a admitir medidas corretivas e farmacológicas pela própria economia de questões de suas premissas. Este relatório entra em

cena no ápice de um período de trinta anos em que os lugares de tratamento e prevenção da infância sofreram restrições orçamentárias severas que desmembraram as equipes e levaram a uma redução contábil nos tempos das consultas. Foi isso, segundo ele, que levou a que o problema chegasse ao ponto em que se está agora em que as autoridades de segurança pública exigem respostas mais objetivas da área de saúde mental. O autor ainda postula que as autoridades legislativas são muito omissas no que permitem ser vinculado na mídia de alta audiência e cita o exemplo dos *happy slappings*.

Esse fenômeno alarmante consiste na abordagem por dois ou mais adolescentes de alguém na rua. Enquanto um deles fica filmando, os outros se encarregam de espancar a pessoa que abordam. Após a filmagem, divulgam na internet a cena que repercute com imensa audiência, revelando, de fato, que as falhas de estruturação desses adolescentes são atravessadas por uma sociedade doentia, um Outro que é testemunha, mas que também participa de algum modo dessa atuação e desse gozo visual. Forget , ao falar da mídia francesa, diz que ela se encarrega de fazer o assunto repercutir, mas que o espaço do debate é bastante carente de aprofundamento de suas questões. O que dizer então da nossa mídia brasileira que constantemente veicula as imagens de violência e as comenta com igual violência e sem discussão, a exemplo dos inúmeros programas em que o apresentador dá socos na mesa diante do público e grita suas conclusões? E o que nossas autoridades, fazem para limitar esse gozo?

Para o que nos interessa mais nesse caso dos *happy slappings*, Forget (2011) diz que os adolescentes submetidos a interrogatório com psiquiatras, só revelam, segundo estes, “falas cruas, vazias ou frias.” (p.79). Aqui entramos no campo das intervenções, pois para Forget, o sintoma não se revela em toda sua sobredeterminação sob interrogatório pontual que, aliás, leva muitos profissionais a simplificá-lo nos perfis psicológicos. A própria criança ou adolescente não consegue dispor dos implícitos por trás da cena em que se envolveu. Mais uma vez, se faria necessário um laborioso recurso às transcrições dessas cenas com outras cenas. Mas se o acesso à expressão pelas palavras é dificultado pelo mundo adulto o recurso às atuações só se torna mais franqueado. O que se pode depreender daí, portanto, é a necessidade que o adulto espectador da cena, possa se tornar uma testemunha ou terceiro para que a criança volte a ter onde direcionar sua palavra e possa encontrar-se com seu sofrimento para assumir sua falta e seu lugar próprio na cultura e não no “impróprio” em que se encontra.

Se seguirmos essa hipótese da criança em se fazer reconhecer por um terceiro, percebe-se em seguida como a prevenção de toda emergência de transtorno das condutas visaria a asfixiar em germe toda uma subjetividade nascente. Vê-se assim como as orientações do INSERM se afastam da dimensão terapêutica e se aproximam das medidas de “domação” do comportamento, depois, se elas fracassam, é que é a vez das ‘camisas de força químicas. (Forget, 2011, p.129)

Para compreendermos a direção de tratamento proposta por Forget (2011) vamos começar acompanhando a ilustração que ele faz do que é parte da estruturação normal das crianças e dos adolescentes. A criança pode e vai protestar contra aquilo que da cultura vem regular seus ritmos: como o horário de dormir e o de acordar, o momento de se alimentar, de parar com uma brincadeira. Os pais e outros responsáveis estarão às voltas com as crises de cólera da criança, a revolta de não poder ter o que quer e na hora que deseja, bem como com a tristeza e a oposição. Na adolescência surgem as dificuldades nos horários de sair com o grupo de amigos e retornar à residência, as insurgências contra as exigências escolares e muitas outras dificuldades com limites que vão surgindo no progresso da cultura com a vinda dos computadores, celulares e seus aplicativos e programas.

Neste sentido, o autor propõe que um adulto possa falar à sua criança sobre a cultura em que vivem e que aceite o “não” da criança não como uma mera oposição e desobediência, mas como a colocação de uma nuance de alguém que precisa encontrar sua própria identidade: não, eu prefiro outra coisa! Neste sentido o “não” da criança é estruturante, ele considera o que lhe propõe e entrega o adulto, “sem ser reduzido à sua vontade, arranjando o lugar para sua própria verdade.” (Forget, 2011, p.43) Mais que isso, o não é o viés em que a criança e o adolescente podem certificar-se de que seus pensamentos, seus atos não são transmitidos ou conhecidos automaticamente pelos pais, que eles podem ter o espaço de sua identidade, liberdade e responsabilidade.

Se as pessoas próximas à criança não reconhecem este não, tomando-o como ferida narcísica, como um sofrimento, eles não conseguem suportar o ato educativo e a oposição então se afirma do lado daqueles que se vêem desamparados, que sentem sua iniciativa, seu “rabisco” de tomada de posição como rejeitados. Percebemos muitas ocasiões em que os pais fracassam na missão de educar, quando dizem, por exemplo, que só conseguem que sua criança ou adolescente façam algo enganando os mesmos ou quando reduzem sua responsabilidade a parâmetros estritamente educativos sem dar a dimensão de humanidade da educação, exigindo imperativamente que as crianças e adolescentes sigam à risca o que colocam.

Quando o adulto falta ao chamado da palavra, a criança ou o adolescente vai colocando esses adultos em sofrimento através de suas atuações. Não é que as crianças e adolescentes não sofram, mas essa característica mais associada ao sintoma que está em constituição é alternada com os *acting-outs* (parte imersa do sintoma) em que os mesmos jogam o sofrimento para o lado dos pais e responsáveis como um sistema de vasos comunicantes. É preciso que os pais devolvam, não o sofrimento, como numa tentativa de castigo e retaliação e, portanto, numa especularidade, mas que eles devolvam a possibilidade das crianças e jovens se confrontarem com as regras e limites sociais, bem como, o direito de falarem e se posicionarem quanto a isto. Ou seja, de exercitarem a “normatividade”. É assim que os pais ou responsáveis vão poder fazer cessar as atuações que num último apelo podem se transformar numa arriscada e desesperada passagem-ao-ato.

A identidade da criança e adolescente precisa apoiar-se neste “entre-dois” como diz o autor, um modo de recusar e mostrar ao mesmo tempo este sofrimento, até que, através dessa passagem, o que não deixa de lembrar os rituais de passagem que antes eram talvez mais bem marcados, essa criança e adolescente possa assumir o sofrimento através da perda de gozo a que consentem para desenvolverem sua identidade.

Esse gozo como parcela de responsabilidade pelo prazer que é concedido ao sujeito só pode ser feito se considerarmos uma dimensão que transcende os próprios pais. Lacan (1956-1957/1995) considera três formas de falta de objeto quando está falando do Complexo de Édipo freudiano. Seu trabalho é de tentar desligar-se do drama edípico e situar os elementos e articulações lógicas e estruturais do Complexo, isto nos faz retomar a vertente normativa dele como propõe Porge (1998).

Assim, Lacan vai dizer que uma das faltas que está em jogo é a frustração que se revela como um dano imaginário a um objeto. É por excelência, segundo Lacan (1956-57/1995), “o domínio da reivindicação (...) sem nenhuma referência a qualquer possibilidade de satisfação nem de aquisição. A frustração é por si mesma o domínio das exigências desenfreadas e sem lei.” (p.36) É nesse plano que escutamos os pais que dizem precisar enganar os filhos pra conseguir algo, filhos que por sua vez não suportam a espera ou sequer sabem o que querem, pois logo que recebem algo que pediram, “não é isso”. Também é o campo onde ouvimos profissionais que cuidam das crianças e seus pais dizerem que “essa criança não tem limites” ou “essa mãe/pai não dão limites às crianças”, cobrando-os a todo

tempo como se tratasse de algo a ser dado, quando a operação é justamente o contrário, é o que não se dá, é muito mais de consentimento à busca da criança e à lei noutra plano.

Devemos lembrar de que o imaginário e a dimensão do engano são inescapáveis e mesmo necessários em conformidade com o estágio do espelho em que o pequeno ser crê que o bebê inteiro do espelho o representa apesar de seu estado de imaturação e incoordenação. Mas essa necessidade da ilusão não pode nos levar a crer que vale tudo! Que todo engano é válido. A palavra precisa de lugar que garanta seu valor de “meia verdade”: não-toda, mas também que não seja qualquer uma. A imagem prometida ao bebê pela mãe se sustenta em seu desejo referido a alguma garantia de que poderá contar com algo/alguém para cuidar dele. A palavra tem uma dimensão de mentira, mas antes disso, de promessa e de aposta, o que abre para outra dimensão.

Neste ponto, parece-nos, Lacan (idem) pode entrar com a castração. A frustração é um dano imaginário do objeto e a castração é falta simbólica do objeto imaginário. Logo, é o plano em que o imaginário de cada um deve ceder espaço na comunidade em prol de um projeto comum, neste sentido é que se compreende a ideia de uma lei que diz não à criança, mas que também sanciona a criança concedendo-a expressão e identidade próprias. É aí que Forget (2011) indica a necessidade de o profissional ter encontros conjuntos dos pais com a criança/adolescente em muitos momentos, pois temos um mesmo espaço de gozo, que precisa ser repartido. Ele faz alusão a um dos sentidos da palavra gozo que conforme Valas (2001) tem ressonâncias jurídicas. “Com efeito, a essência do direito é repartir, distribuir e retribuir o gozo”. (p.8) Forget diz que os pais podem invadir o espaço da criança onde depositam seus sonhos e a criança por sua vez invade a cena pública em suas atuações, o que pode revelar que cada um “tem a ilusão de que o outro vai tirar proveito dessa perda. (p.103)” Assim, o autor orienta que os encontros regulares com o analista possam temperar o peso desses sonhos e a excitação que as atuações podem trazer pra cada participante.

Sancionar é um verbo extremamente importante, pois sancionar é aprovar lei que inclusive propõe penas, punições a uma infração ou transgressão, mas é também aprovar, ratificar algo. (Ferreira, 2009) Neste sentido, os pais devem dar consistência à colocação em ato, pois do contrário, anula-se a gravidade dos atos que podem inflacionar. Essa sanção ainda afirma que os pais não são cúmplices, mas que se colocam a fim de que algo se passe de modo bem diferente. Não se trata de fazer sofrer a criança ou o adolescente diretamente, pois poderia dar a impressão de que a transgressão pode se repetir com a condição de que se pague

o preço por ela. Não é o caso. O que os pais devem fazer é um ato de repúdio em afiançar o que testemunham e privar a criança das vantagens que tira da vida familiar. Essa privação vai ao encontro da outra falta proposta por Lacan (1956-57/1995) com esse nome e que diz respeito à falta real de um objeto simbólico. Além da lei à qual os pais também estão submetidos em última instância e que está acima deles, o local preciso dessa lei não se pode alcançar de modo normal, previsível, mas há que se encontrar a cada vez, pois é o ponto de real de um objeto simbólico num universo que se modifica. É este o ponto que mais exige do analista a invenção e que se compreende o alcance da normatividade e da fronteira que não é definitivamente definida.

Com essas leituras que conseguimos fazer das lógicas que podem estar por trás dos déficits de atenção e hiperatividade, bem como dos transtornos de conduta na atualidade, vamos nos aproximar do que profissionais de um CAPSi pensam e fazem diante de crianças e jovens que chegam ao serviço com essas manifestações. Mas antes, vamos passar um pouco pela história desses serviços de saúde mental e pelas suas propostas e funcionamento.

### **3- CAPSi**

#### **3.1 – Panorama da Saúde Mental brasileira.**

Como vimos, no primeiro capítulo, a clínica da infância norteou-se em grande parte sobre o paradigma do retardo mental e da idiotia, mas isso não esgotou a complexidade do campo. O próprio Itard, conforme se vê no filme de Truffaut, na discussão com Phillipe Pinel, propõe que Victor pode ser educável, que sua deficiência pode ser vencida (daí o nome Victor que quer dizer vencedor) ao passo que Pinel acreditava que a criança tinha sido deixada na floresta justamente porque fora identificada como doente pelos pais. Doente mental como se pode supor já que Pinel diz que a criança Victor, é como todos os seus outros pacientes internos do hospital.

Assim, o campo dos problemas da infância passou muito tempo influenciado pela seguinte divisão:

De um lado a projeção do sistema psicopatológico do adulto sobre o universo infantil, e, de outro lado, tendo por base um núcleo de considerações psicopatológicas específicas da infância centrado quase que exclusivamente no desempenho intelectual. (Reis, Delfini, Barbosa & Bertolini Neto, 2010, p.110)

Na história da psiquiatria infantil brasileira temos a criação em 1903 de um pavilhão no Hospital da Praia Vermelha no Rio de Janeiro pelo Dr. Juliano Moreira destinado às crianças portadoras de enfermidades mentais que até então conviviam misturadas aos adultos. Isso pode ter se repetido em outros locais do país. (idem) Ao lado disso, serviços filantrópicos e estatais como hospitais e abrigos foram se ocupando da clientela infantil, sobretudo, influenciados pela ideia de deficiência. A maior parte desses locais não via a loucura ou a psicose nas crianças da mesma forma que ela já estava estabelecida para os adultos, ou seja, como uma questão constitucional peculiar, como algo que envolveria a existência do sujeito, mas enxergavam todos os problemas infantis sob o “manto da deficiência” (Ferreira, 2004). Isso influenciou enormemente os tratamentos oferecidos na direção da educação em seu sentido cognitivo e moral.

A condição de criança, entendida como ser em formação, favoreceu algo parecido ao primeiro momento do asilamento dos adultos, na medida em que as crianças encerradas em instituições totais não eram muito diferenciadas, eram todas deficientes: as que sofriam dos efeitos da pobreza afetiva e material- as deficientes sociais, as delinquentes- deficientes morais, as incapazes- deficientes intelectuais. Em meio a essas crianças possivelmente encontrariam-se crianças que hoje poderiam ser classificadas de psicóticas, autistas e **hiperativas**.

Segundo Ferreira (2004) e Couto (2004), pouco a pouco a ideologia de uma criança livre da patologia mental, da loucura fez com que fossem concebidas instituições nos moldes pedagógicos ou tutelares para cuidar da aprendizagem e do crescimento dessas crianças tidas como deficitárias, como não-sujeitos, seres em formação e inadaptados.

Esse é o cenário mais provável de nosso país já que estudos da ASM /SES Assessoria de Saúde Mental da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, o segundo estado mais populoso do Brasil indicavam que, no ano de 2000, 70% dos municípios utilizava principalmente ou de modo exclusivo, dispositivos da rede filantrópica do tipo APAE e Pestalozzi para o atendimento de crianças e adolescentes que tinham demanda para saúde mental. Ao lado dessas, muitas eram acompanhadas por serviço de educação especial e outras 832 crianças viviam em abrigos para deficientes. (Couto, 2004, p.68)

A fim de compreender como chegamos a estabelecer políticas públicas voltadas ao cuidado da saúde mental de crianças e jovens trataremos alguns dos marcos importantes nessa conquista.

A partir do final da década de 70 com as lutas por direitos e contra o sistema político de ditadura militar no Brasil, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde juntamente com muitos outros setores da população propuseram um movimento de Reforma Sanitária que permitiram a criação do SUS na Constituição de 1988. A Reforma difundiu basicamente a ideia de que a saúde não constituiria basicamente em ações específicas sejam profiláticas ou de tratamento, mas efetivamente nas mudanças das condições de vida, principalmente as sociais que poderiam promover a saúde. Também definiu a participação popular propondo e fiscalizando a construção desse panorama de saúde. (Paim, 2009)

No mesmo período ganhou fôlego o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) que denunciou a situação escandalosa dos hospitais psiquiátricos no cuidado e tratamento aos pacientes, chegando ao cúmulo da violência e dos maus-tratos, com a falta de condições mínimas para o trabalho das equipes e para a qualidade de vida dos que ali eram atendidos. Tal movimento deu margem à criação de novas leis e portarias para a mudança efetiva da atenção e do cuidado em Saúde Mental e, seguindo as indicações da Reforma Sanitária possibilitando a participação de usuários e familiares na construção dessas políticas e práticas. (Amarante, 1995)

Mais especificamente no campo da Infância e adolescência foi promulgada como resultado da luta e discussão de amplos setores da sociedade a Lei 8.069 de 1990 ou Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) que representa no Brasil a conquista do reconhecimento da criança e do adolescente como sujeitos de direito. Neste sentido, impede terminantemente a privação da liberdade da criança na condição de tratamento e todos os danos psicológicos, morais e físicos.

As Lutas Antimanicomiais avançaram enquanto Reforma Psiquiátrica que possibilitou a criação dos CAPS (Centros de atenção Psicossocial) enquanto serviços territoriais no Centro de políticas públicas específicas de Saúde Mental, responsáveis pelos cuidados e tratamentos dos doentes mentais. Mais que isso, estes Centros são responsáveis por efetivar as políticas públicas através da organização das diversas demandas e dos diversos dispositivos que possam atendê-las e contribuir com a inclusão social e com a qualidade de vida das pessoas doentes. O primeiro CAPS no país foi inaugurado na cidade de São Paulo em 1986 e os NAPS (Núcleos de atenção Psicossocial) /CAPS foram oficialmente criados pela portaria GM 224/1992, oferecendo “atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar.” (Brasil, 2004, p.12)

Diante dos avanços da Reforma Psiquiátrica, incluindo a criação dos CAPS, o que deveria ser uma prioridade: o cuidado com a saúde mental desde o princípio da vida foi extremamente relegado, mesmo com o ECA em voga. Apenas em 1992, na 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental, foi apontado “os efeitos perversos da institucionalização de crianças e jovens” (Brasil, 2005, P.9). Só dez anos depois, após 2a. Conferência Nacional de Saúde Mental (2001) que exigiu mudanças imediatas nas ações voltadas a esse público é que foram propostos os **CAPSi (Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil)** dentro das propostas gerais de CAPS na portaria N°.336/GM de 19 de Fevereiro de 2002.

Segundo o estudo encabeçado por Maria Cristina Ventura Couto, talvez a maior autoridade em políticas públicas de Saúde Mental para crianças e adolescentes, o fator de maior dificuldade para a inclusão deste setor no campo da saúde foi e é a dispersão das crianças com problemas mentais em diversos setores distintos de cuidados como a educação, a atenção básica, assistência social, justiça e direitos. Todos esses setores operam isolados uns dos outros e de modo autônomo, contribuindo deste modo para a não-consscientização da especificidade da saúde mental infanto-juvenil. A citação que segue define a problemática e justifica bastante nossa pesquisa ter privilegiado esse lócus de cuidado e terapêutico do CAPSi:

O uso simultâneo de serviços de diferentes setores ocorre com frequência. Muitas vezes, o cuidado, especializado ou não, de problemas mentais em crianças e adolescentes ocorre num único setor, vocacionado ou não a exercer este trabalho específico. Por exemplo, não é incomum que crianças ou adolescentes com problemas de conduta sejam *atendidos* exclusivamente pelo setor da justiça, sem participação da saúde mental. Da mesma forma, não é raro que problemáticas ligadas à depressão, **hiperatividade** e outras fiquem restritas ao contexto escolar e não obtenham avaliação e cuidado mais qualificado pela saúde mental. Esta forma de uso dos serviços revela ausência de racionalidade na oferta dos recursos e, na maioria das vezes, resulta em impropriedade ou subutilização do cuidado. Concorre ainda para agravar a situação o fato de setores tão distintos terem limitada capacidade de produzir informações para instrumentalizar os gestores da área de saúde mental na construção de estratégias para melhoria da qualidade da assistência. (Couto, Duarte & Delgado, 2008, p. 392, realce nosso)

### 3.2 - Breve história de um CAPSi

O território de nossa pesquisa abrigou desde o início da década de 80 com sua emancipação política: um dos maiores hospitais psiquiátricos do país que só em 2011 teve seu descredenciamento pelo SUS oficializado. Isso tem efeitos sobre os cidadãos e as políticas

públicas de saúde locais. Chama atenção na matéria do site *Observatório de Saúde Mental* o fato de nesse hospital ter chegado criança que ficou lá até seu fechamento.

Para Luiza Maria da Silva, irmã de Ana Maria da Silva, que está internada no hospital desde os 7 anos e hoje tem 48, o Alberto Maia é o melhor hospital de Pernambuco. “Os outros hospitais davam medicamentos e a mandavam para casa, não queriam saber se ela se comportava bem ou não. Ela chegou aqui com 7 anos muito agressiva e depois mudou. Há mais de 20 anos, não agride ninguém. Ela é a cria da casa, é uma das mais antigas”, conta orgulhosa. Luiza diz que está insegura com o fechamento da instituição. “Dizem que vão colocá-la numa casinha, mas quem agride as famílias tem condições de ficar em casa?”, pergunta a irmã de Ana Maria. (Wandscheer, 2011)

Esse recorte nos interroga se este evento: a internação de uma criança, provavelmente do tipo das que nos interessa nesta dissertação: agitada, agressiva, quem sabe até hiperativa, teria sido algo isolado ou aconteceu outras vezes. Isto porque a preocupação com a saúde mental fora dos muros do hospital e disseminada na comunidade foi algo que parece ter entrado na agenda dos dois psicólogos que trabalhavam isolados em centros de saúde da cidade apenas em meados da década de 90 conforme relato histórico da psicóloga em seu artigo (Casé, 2001).

Nesse trabalho, a psicóloga, pioneira na saúde mental, tendo sido chefe do Departamento de Atenção Psicossocial da prefeitura realizou inicialmente uma pesquisa de identificação através dos Agentes Comunitários dos principais problemas da comunidade. Esse levantamento nos pareceu de uma visão bem afinada com a Reforma quando lemos seu relato, na medida em que identificou casos de “nervosismo”, utilizando a expressão, o significado dos próprios habitantes, bem como os problemas de “quebra do resguardo” nas mulheres que pensamos ser momento crítico para as primeiras interações da mãe com a criança. Verificou ainda problemas nas pessoas medicadas com Diazepam, concluindo que estes problemas passavam, inclusive por aquilo que se concebia como solução- o remédio. (Casé, 2001, p. 123-124)

Pensando em trabalhar essas e outras questões da população, a psicóloga e sua equipe de referência realizaram oficinas voltadas aos médicos, enfermeiros e os agentes comunitários de saúde para sensibilizá-los para os sofrimentos psíquicos, seus desencadeantes e acompanhamentos indicados, ajudar a desmitificar noções como a de doença mental e discutir assuntos como a Reforma Psiquiátrica e outros, inclusive temas que tocam também o público infanto-juvenil como a **“falta de limites”**. Havia, além disso, a demanda da equipe do PSF de receber apoio psicológico eles próprios para lidar com os conflitos vividos na comunidade e toda a angústia que os acompanhavam. (Casé, 2001, p. 125)

Outro capítulo do artigo referido trata da estruturação inicial dos Serviços de saúde mental que se deu, em 1997, com a criação do NAPS (Núcleo de Atenção Psicossocial) Casa da Primavera que depois veio a se tornar o CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) Casa da Primavera e ainda, com a criação do primeiro ambulatório de psiquiatria no Centro de Especialidades Médicas – CEMEC que incluía atendimento psicológico individual, em grupo e aos familiares. É por essa época que se pode inferir que começaram a se estruturar os primeiros atendimentos a crianças e adolescentes do município em seu próprio território. Mas esses atendimentos provavelmente não davam conta dessa demanda específica, pois a autora diz, ao final: “Esperamos em futuro breve ampliar as atividades para um público que recebe menos atenção de saúde mental, como por exemplo, **crianças e adolescentes.**” (Casé, 2001, p. 134, realces nossos)

De acordo com a pesquisa de Maria Verônica de Santa Cruz Oliveira que contou com nossa coorientação aos arquivos de Relatórios de Gestão e nos Planos Municipais de Saúde o ano da publicação do artigo anterior, 2001, coincide com a primeira demanda por um **programa de saúde mental destinado a crianças e adolescentes** no Plano de Gestão. Essa meta é considerada realizada no Relatório de gestão de 2003 através do treinamento de profissionais para ações voltadas a esse público. (De Santa Cruz Oliveira, Lins & Andrade, 2011, p.20). Pelo que verificamos dos relatórios de gestão até 2005, nada teria sido realizado em nível de gestão como abordagem aos problemas infantis, mas oficinas, em alguns territórios e apenas com os adolescentes. (Camaragibe, 2005)

Na VII Conferência Municipal de Saúde foi deliberada a implantação de um serviço psicopedagógico multiprofissional para crianças e adolescentes, conforme o Plano Municipal de Saúde do triênio 2006-2009. Este serviço foi implantado em 2007 com o nome de Ambulatório Multiprofissional Infante-Juvenil (AMI). ( De Santa Cruz Oliveira, Lins, Andrade, 2011, p.20)

Esse AMI que ajudamos a estruturar, aliás, foi neste exato momento que se deu nossa entrada no município, foi concebido numa parceria entre Secretaria de Saúde e Secretaria de Educação. No projeto que lhe deu início, podemos ler:

Acolher a criança e o adolescente com sofrimento psíquico, com dificuldades de relacionamento interpessoal e de inserção escolar e social, visando à transformação de sua situação e sua inclusão no contexto social. (Camargibe, 2007)

Na justificativa de seu projeto, esse ambulatório que precisou primeiramente contar com financiamento municipal das duas secretarias tocou num ponto crucial que era a necessidade de um serviço territorial que pudesse dar conta de seus munícipes:

Crianças e adolescentes que atualmente não dispõem de uma alternativa para eles no que se refere ao campo da Saúde Mental. Esse serviço era preenchido por instituições, em sua maioria hospitais públicos e após a municipalização esses usuários ficaram desassistidos, e foram encaminhados para os seus municípios de origem. Nossa proposta no setor público visa corrigir esta carência de trabalho com esta demanda reprimida, oferecendo acompanhamento terapêutico e psicoterapêutico que busquem a inclusão dessas crianças e adolescentes. (idem)

Tinha como objetivos pontos que não deixam de lembrar o que está presente na proposta de CAPSi, como “equipe multidisciplinar” com atuação “interdisciplinar” “a fim de que (...)possa surgir a compreensão da totalidade do usuário com atuação mais eficiente porque não fragmentada.” (Idem) A intersectorialidade também é destacada quando o projeto fala de “parceria” “com outros serviços vinculados ao SUS”, além de “Escola, Igreja, Conselho Tutelar” e entidades voltadas para “esporte, lazer, cultura e outros.”

Quando da implantação do CAPSi, o relatório enviado ao Ministério da Saúde (M.S) já contava com nova gerência que justificou a substituição do serviço anterior em termos bastante semelhantes. No relatório enviado ao M.S encontramos propostas que parecem contradizer o projeto do serviço anterior, pois dizia em seu texto que antes havia uma “fragmentação” na prática com as crianças e adolescentes, justamente o que vimos que o projeto anterior combatera.

O modelo ambulatorial faz com que uma equipe multiprofissional atenda as demandas da instituição de forma individualizada e sem um trabalho interdisciplinar, o que fragmenta as necessidades daquela criança ou adolescente. (...) assim, pensar numa outra maneira de prática clínica institucional, diferente do modelo consultorial hegemônico, inspirando uma mudança significativa, apontou para o início de um processo de transformação clínica onde a prática individualizada do ambulatório começou a dar espaço ao CAPSi com seu modelo interdisciplinar e territorial, tendo como carro chefe o trabalho em grupo com essas crianças, adolescentes e familiares. (Camaragibe, 2010)

De todo modo, o último projeto enviado ao M.S traz a realidade do Serviço para a cidade com a proposta de “transformação clínica” e é esta clínica que queremos pesquisar com o foco na “agitação” ou na hiperatividade atual que tanto incomodam afim de que novas questões e propostas possam surgir. Passemos a uma breve descrição do serviço e do carro-chefe de sua proposta os grupos terapêuticos.

As demandas que chegam ao CAPSi são as mais diversas: espontâneas ou encaminhadas pelas unidades da Atenção Básica, pelas escolas, pelos serviços de Assistência, Organizações Sociais Não-Governamentais e até pela Justiça. Na realização da triagem são

ouvidas as queixas e quem as formula, na maioria das vezes os responsáveis pelas crianças, incluindo atores das outras instituições citadas e, a própria criança. Após esta escuta a situação é levada para reunião técnica em que são discutidos alguns encaminhamentos. Até que ponto uma demanda é formulada e destacada a partir da queixa para ser trabalhada nos diversos níveis: na criança e naqueles que respondem por ela é mais um problema.

No caso das crianças que recebem a hipótese diagnóstica de F90.0 e F90.1, casos em que encontramos “as hiperativas” do CAPSi, algumas participam de atendimentos individuais, devido a dificuldade de se conseguir um bom aproveitamento para elas no grupo e outros participam de grupos que contém crianças com dificuldades semelhantes e diferentes.

Os nomes são muito significativos no sentido de se retirarem o rotulo do transtorno. Um deles está presente na entrevista realizada: “*Era Uma Vez...*”. Recordamos que numa supervisão pudemos pontuar o quanto este nome poderia favorecer que se pensasse: Era uma vez um hiperativo, um retardado, um autista, rumo a outras nomeações e identificações. Há outros nomes que fazem pensar. “*Seu Rei Mandou Dizer*”. Este nome não deixa de fazer referência quase expressa ao “imperativo” que vimos trabalhando ao longo desta dissertação. Noutra supervisão foi proposto que este “Rei” pudesse circular entre os participantes onde cada um escolhesse a brincadeira ou atividade e depois passasse ao colega a oportunidade de ser Rei e de propor e escolher também. Talvez esse manejo servisse ao trabalho de escuta para indicar que uma escolha não se faz sem prescindir da Lei que humaniza e que apazigua. Pois é preciso renunciar para ter sua vez de escolher. “*Pintando o Sete*” apresenta a virtude talvez de liberar a intervenção para a criação e a invenção, ao invés de insistir na disciplina como oposição ao imperativo de que as crianças padecem.

### **3.3- Alguns dados e sua discussão clínica.**

O estudo realizado por Cristina Couto, Cristina Duarte e Pedro Gabriel Delgado procurou compilar dados disponíveis em todo país sobre a saúde mental infanto-juvenil até 2003, mas não fez a discriminação tal qual nosso estudo por categorias nosológicas específicas. Assim, a F90.0 Perturbação da atividade e da atenção e o F90.1 Transtorno hiperativo de conduta se encontram englobados dentro do intervalo F90-F98 composto

pelos Transtornos emocionais e de comportamento com início usualmente ocorrendo na infância. Desse modo, não podemos precisar a taxa de “hiperativos” com esse estudo nacional, mas apenas verificar que ela está contida nesse intervalo maior cuja frequência de crianças é de 44,5%. (Couto, Duarte & Delgado, 2008, p.394)

Outros dados relevantes que encontramos pela dimensão da amostra são os da maior capital do país, relativamente recentes, 2009, mas também não especificam bem a categoria da “hiperatividade”. F90-F98 apresenta um percentual de 24,64% de crianças. (Reis, Delfini, Dombi-Barbosa & Oliveira, 2010) Mais uma vez as crianças “hiperativas” se encontram no intervalo mais populoso de crianças, desta vez nos serviços CAPSi. Em Porto Alegre num estudo no CAPSi do Hospital das Clínicas de 2000 a 2006 o diagnóstico aparece em terceiro lugar: “transtorno alimentar (36,4%), transtorno do humor (30%), **transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (12,7%)**, transtorno desafiador de oposição (10,9%).” (Bergmann, Zavaschi, Bassols & Alegra, 2009. p,71, realce nosso)

No CAPSi em questão contamos com uma pesquisa inicial que foi artigo de conclusão de curso de especialização e apresentada no III Congresso Brasileiro de Saúde Mental em Fortaleza que indica que dos 83 prontuários em que se tem a informação sobre a hipótese diagnóstica das crianças : a maioria de crianças autistas (16) não supera o contingente de crianças que têm hipóteses diagnósticas de F90.0 Perturbação da atividade e atenção, com 13 crianças e F90.1 Transtorno de conduta hipercinético, com 5 crianças, totalizando 18 crianças. A “hiperatividade” no início do CAPSi só perderia para o Retardo mental - F70 com 28 crianças. (Silva, Silva & Cunha, 2011).

Os dados de nossa pesquisa para o mestrado, colocados em gráfico, nos permitem ver que o contingente de “hiperativos” F90 (29) continua maior com relação ao de autismo F84.0 (24) e menor com relação ao de retardos mentais F70-F79 (37) . Menor também com relação ao diagnóstico de F88.0 Outros Transtornos do desenvolvimento psicológico (41) que é uma categoria considerada bastante inespecífica e que portanto, juntamente com os casos não-diagnosticados (31) talvez possam conter crianças no perfil do autismo e também a presença de “hiperatividade”. A figura 2 revela os percentuais.

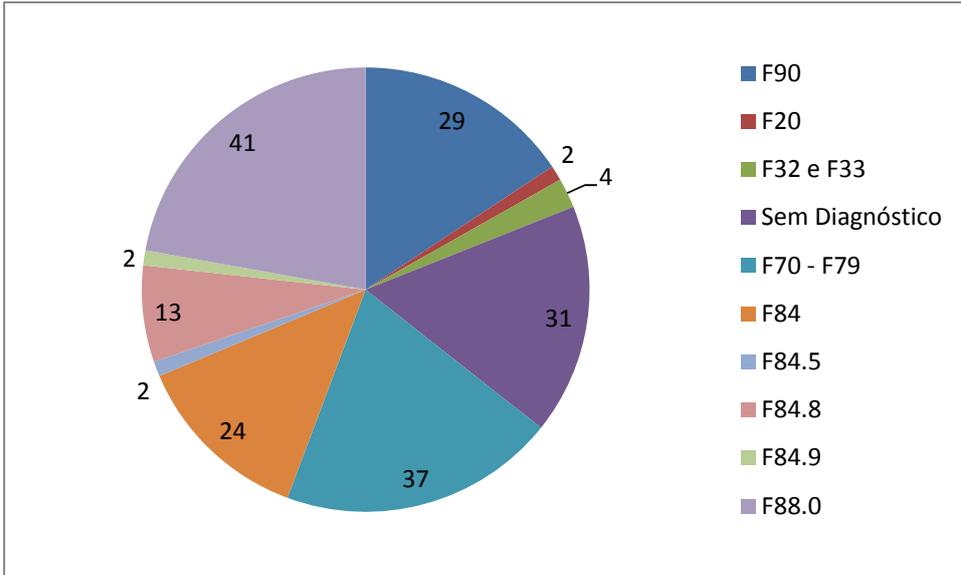


Figura 1 – Diagnóstico da população do CAPSi dados quantitativos de 2012 para esta dissertação.

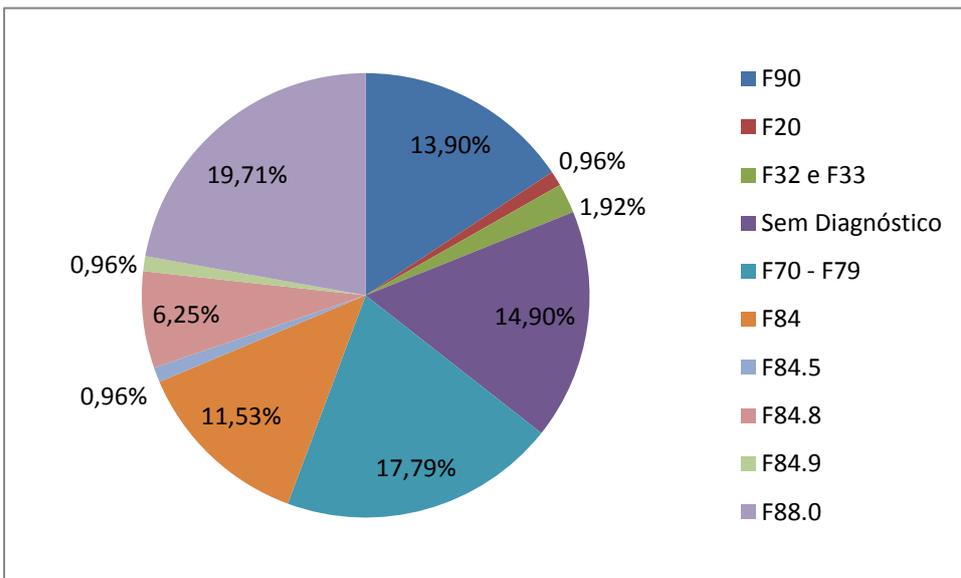


Figura 2- Percentual das crianças por diagnóstico no CAPSi 2012

Neste ano de 2013, os residentes em Saúde Mental da UPE (Universidade de Pernambuco) fizeram novo levantamento, em que podemos observar que 52,6% de crianças têm Transtorno Global do desenvolvimento que engloba toda categoria de F80, 20% têm Retardo Mental- F70 e 11,11% o Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade que pode ser somado a outro contingente chamado de transtorno de Conduta e oposição 5, 18% que podem corresponder em parte ao F90.1 Transtorno hipercinético de conduta. Deste modo, a “hiperatividade” continua no CAPSi como o 3°. Transtorno mais frequente.

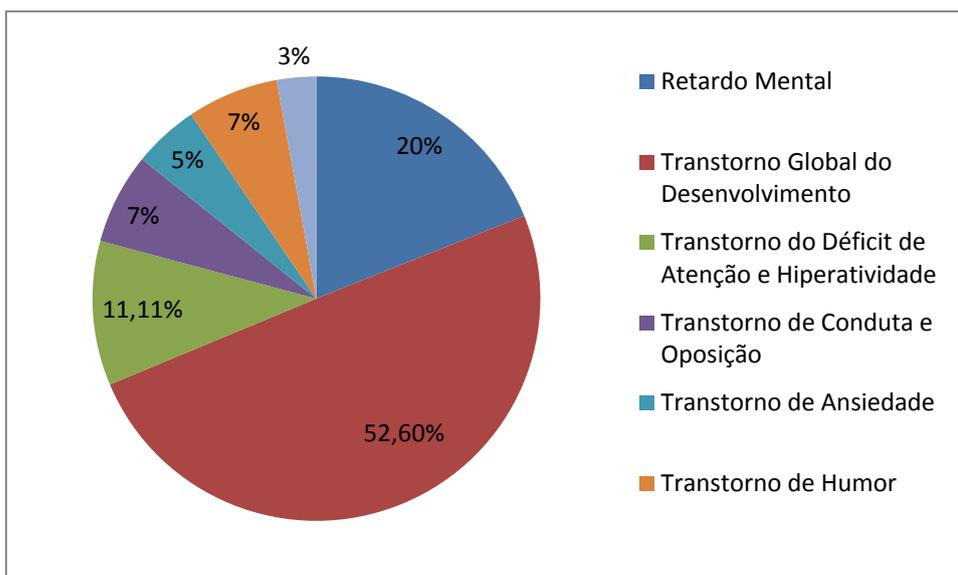
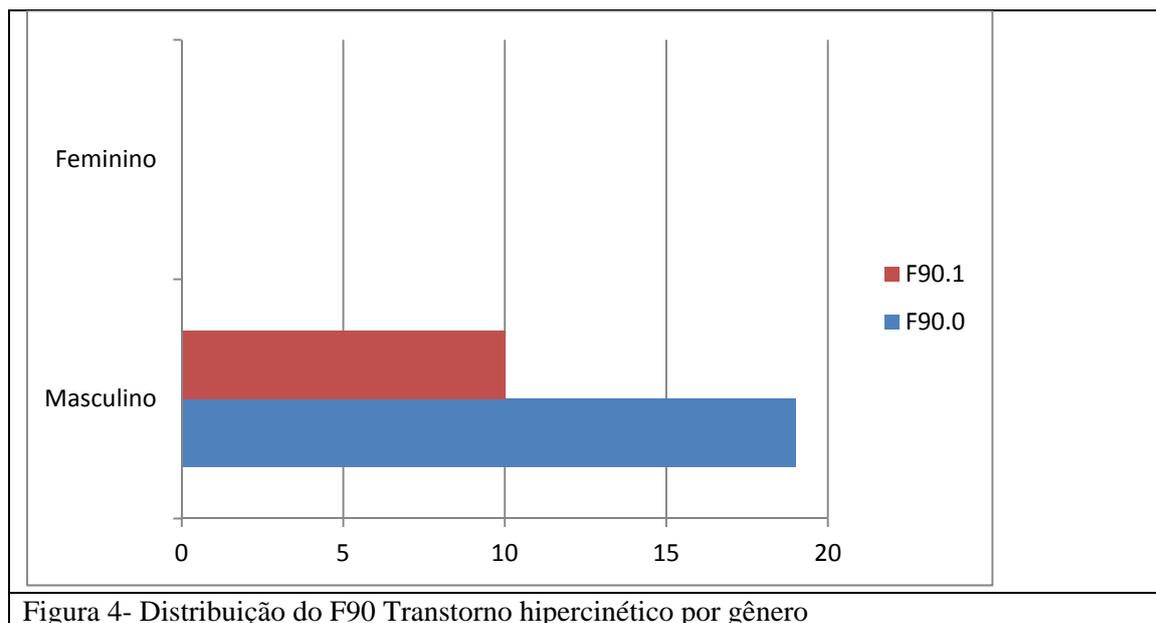


Figura 3- Percentuais diagnósticos do CAPSi 2013 (Leôncio, Neves, Oliveira & al, 2013)

A discreta redução no percentual de crianças “hiperativas” em 2011 primeiro ano de funcionamento do CAPSi até 2013 pode estar relacionada à própria mudança que vimos do Ambulatório Multiprofissional Infanto-juvenil (AMI) para o CAPSi no ano anterior 2010. Enquanto o ambulatório apresentava uma parceria mais estreita com a escola que acaba sendo um foco privilegiado para detecção dos problemas de Atenção e hiperatividade, o CAPSi apresenta como principal parceira a Atenção Básica à saúde. Desse modo, o CAPSi pode ter recebido cada vez menos casos de “hiperatividade”, pois a ideia de gravidade e de transtorno pode ter tornado mais criteriosa a avaliação das crianças para admissão do que antes quando se acolhia para tratamento muitos encaminhamentos de hiperatividade que se associavam a problemas de aprendizagem e de adaptação escolar de toda ordem. No entanto, em termos das triagens realizadas, as profissionais disseram nas entrevistas que constantemente chegam crianças com essas queixas.

Ainda assim, muitas crianças que têm diagnóstico inespecífico, de retardo mental, autismo e outros transtornos globais do desenvolvimento podem apesar desses diagnósticos principais terem como principal queixa ou sintoma a “hiperatividade”, o que pudemos observar nas falas das entrevistadas de algum modo.

Retomaremos agora alguns dados coletados para esta dissertação em 2012 no CAPSi:

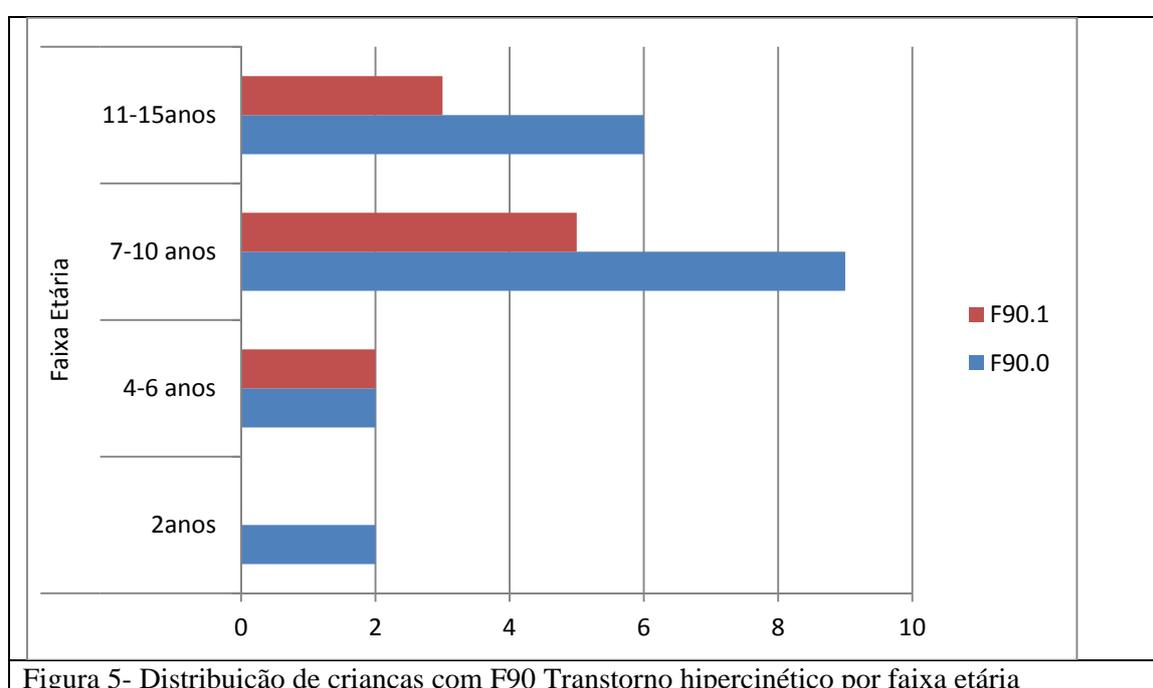


Não podemos negar que esses dados da “hiperatividade” por gênero são os mais impressionantes desta dissertação. Em primeiro lugar porque superam totalmente as estimativas da literatura. Em geral, o número de crianças com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade são três vezes maiores em meninos do que em meninas e os meninos apresentam nove vezes mais chances de serem atendidos por essas queixas do que as meninas. (Barkley, 2008; Silva, 2009). Em nossa amostra 100% das crianças com diagnósticos de F90.0 e de F90.1 são do gênero masculino. A primeira crítica que se poderia fazer a esses dados é quanto à precisão diagnóstica, se foram usados critérios mais rigorosos, clínicos, ao invés das amostras de critérios comunitários a qual Barkley se refere. Mas mesmo assim, os dados não são menos surpreendentes.

Existe uma tendência, contudo, a pensar que os sintomas de desatenção seriam prevalentes nas meninas e que a hiperatividade acabaria sendo mais evidenciada em meninos. (Lima, 2005). Mas no caso do CAPSi pesquisado em nenhum desses sintomas se identificou meninas. Isso pode apontar - o que exigiria uma pesquisa mais aprofundada e especializada - para um aspecto da sexuação importante no município pesquisado com relação a este transtorno ou por outro lado, para a necessidade de revisão dos critérios e do exercício de avaliação diagnóstica no nosso serviço. Seria o “imperativo” um atributo tão especialmente masculino? Veremos igualmente nas entrevistas que quase todo o tempo as profissionais vão se referir ao “menino e à sua mãe” ou outra figura feminina muito mais do que à criança

(como gênero neutro) e além de tudo, constatando uma ausência paterna muito grande nos casos abordados.

A criança do sexo masculino seria aquela mais propensa a encarnar o imperativo materno na ausência de um pai provedor, inclusive por revelar na sua hiperatividade, a atividade que a mãe foi obrigada a abandonar na infância, qual seja a “atividade masturbatória” ou seu “complexo de masculinidade” conforme Freud (1925b/2003)? Seria a hiperatividade então uma forma de excitar à mãe? São questões que não deixam de nos provocar.



O quadro acima da distribuição etária das crianças diagnosticadas revela uma aproximação com o que está previsto na literatura. Ela prevê que as crianças devem apresentar alguns sintomas já antes dos sete anos (DSM-IV) ou mesmo antes dos cinco (CID-10) para serem diagnosticadas. Das 29 crianças apenas quatro foram identificadas antes dos sete anos, mas provavelmente muitas das crianças no intervalo de sete a dez anos devem ter sido identificadas antes. A chegada do DSM –V em que a idade mínima que o diagnóstico pode ser dado sobe para doze anos (Folhauol, 2013), afastaria a maior parte de nossas crianças de um diagnóstico fechado e poderíamos nos perguntar sobre as consequências positivas disso, pois teríamos mais tempo para trabalhar a criança e sua família antes que qualquer efeito de rotulação pudesse selar os destinos delas. Provavelmente a quantidade um pouco menor de adolescentes identificados com o transtorno se deva a uma modificação na apresentação dos

seus sintomas e comportamentos que podem passar a não incomodar tanto o meio, justamente pela diminuição da “hiperatividade”, persistindo de algum modo a desatenção e a impulsividade. (Mattos, 2005.) Isso pode ter conduzido esses adolescentes em menor quantidade ao CAPSi, com exceção daqueles talvez que foram para o serviço diagnosticados já na infância.

Chama atenção também o fato do subtipo clínico que cursa com transtorno na conduta (F90.1) ser consideravelmente menos frequente no CAPSi do que o subtipo desatento e hiperativo apenas (F90.0). Por que isso ocorre? Talvez porque nem todas as crianças que têm o déficit de atenção e hiperatividade de base, desenvolvem condutas transgressivas e violentas acima da média, o que está de acordo com a literatura conforme já vimos.

Outro dado de extrema relevância são a quantidade de crianças que utilizam medicação com diagnóstico de F90 no CAPSi, o que representa praticamente 80% dos casos. Isso não seria de espantar já que há indicações claras na literatura de que a medicação deve ser o tratamento de escolha (Mattos, 2005) e de que o número de crianças medicadas no mundo inteiro vem aumentando (Miranda, 2010). Mesmo assim, a pergunta que poderíamos fazer neste particular é justamente uma das que motiva esta pesquisa de mestrado: se o CAPSi está oferecendo um tratamento adequado ao problema através da utilização desta medicação ou pode ser justamente que por não oferecer tratamento à altura do problema é que se recorre a esta alta distribuição de medicação?

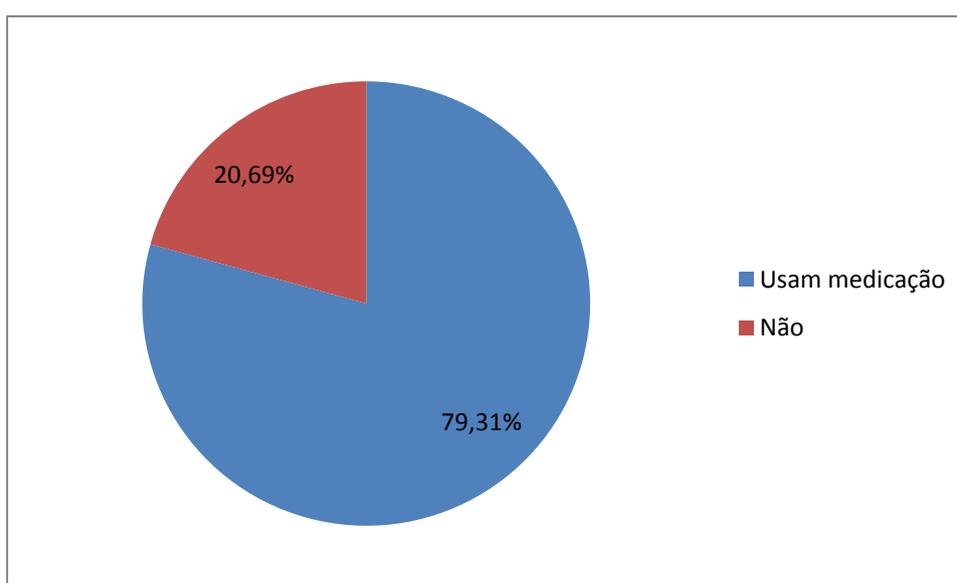


Figura 6- Percentual de crianças que utilizam medicação para seu transtorno hiperativo F90

Para finalizar com os dados vamos observar o que sugere o levantamento que pudemos fazer da situação sócio-econômica dessas crianças. Vale salientar que foram dados estimados a partir da leitura dos prontuários em que não constam pelo menos na maioria dos casos, informações sobre a renda exata das famílias. O que fizemos, então, foi uma estimativa baseada nos supostos vencimentos das profissões relatadas. Fizemos então uma relação dessas estimativas de renda com as informações relativas à quantidade de pessoas que moram na residência em que vive a criança para termos uma ideia da situação econômica em que ela está inserida e do que ela poderia dispor com recursos financeiros para sua educação e outras influências culturais. É certo que a situação econômico-social não define a constituição subjetiva de uma criança, mas podemos considerar sua influência conforme diferentes correntes teóricas. (Frej, 2003; Gonon, Guilè &Cohen, 2010)

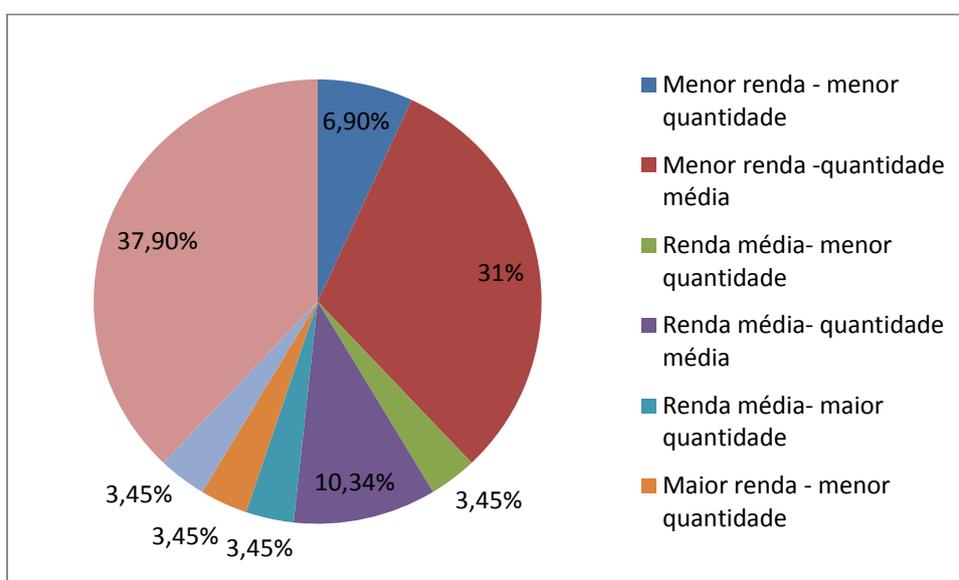


Figura 7- Renda estimada x quantidade de pessoas na habitação

Na figura 7, a maior área é de crianças para as quais não pudemos estimar a renda de sua família e/ou as quantidades de pessoas com quem residem. Mas, das que pudemos inferir estes dados, temos que a grande maioria, 31% vive com famílias de renda até um salário mínimo e num ambiente em que vivem de quatro a seis pessoas. Em seguida, temos 10,34% de crianças que vivem numa família de renda média: um a dois salários com a mesma quantidade de pessoas do intervalo anterior. Temos ainda um número não desprezível de crianças 6,90% que vivem em famílias de até um salário mínimo com sete a dez pessoas. E apenas 3,45% de crianças que possuem família com renda de um a dois salários mínimos e até

três pessoas ou renda maior: de dois a três salários com a mesma quantidade aproximada de pessoas.

Estes dados indicam que as condições sociais das pessoas em nosso CAPSi são muito difíceis no sentido do acesso a bens que tem provavelmente impacto social importante. Isto pode ter consequências clínicas também importantes. Como resultado das entrevistas, percebemos que muitas mães se engajam num movimento pelos benefícios assistenciais que sua criança pode receber se for considerada doente, o qual pode incluir diversas atitudes de negligência nos cuidados com a criança que acabam por contribuir ou concorrer com mais ou menos força no estabelecimento de sua agitação e déficit de atenção. Seguindo este raciocínio, poderíamos perguntar: o que esta criança está tentando buscar com essa “hiperatividade” em termos de sua família? Isto pode lhe prestar algum socorro? Quem é que está carente (deficitário) de atenção, portanto?

Frej (2003) expôs em sua tese a situação de muitas crianças em nosso país que saem de suas casas, enviadas por suas mães para conseguir dinheiro e comida nos sinais de trânsito de nossas cidades para elas e seus irmãos que ficaram em casa. A autora aponta para uma inversão em que as mães se fazem alimentar pelos filhos, ao invés do contrário. Se lembrarmos da fase em que o Supereu está se constituindo, lembraremos que certa autoridade também se constitui aí. A mãe que normalmente alimenta em nossa cultura poderá ser vista em momento posterior como primeiro objeto de amor e retirará daí sua autoridade sobre a criança numa diferença clara de lugares para com ela. Mas, nos pergunta Frej (2003): “Quem é a autoridade quando é aquele que não supressumiu sua impotência original que deve levar alimento para aquilo que chamamos mãe-criança (*mèrenfant*)?” (p.258) Quais são seus valores morais, pergunta a mesma autora logo depois.

O corpo que se agita e também aquele que ultrapassa os limites da convivência de modo transgressor, violento, opositor, desafiador seria influenciado por uma exclusão social e seus efeitos subjetivos? Gonon, Guilè e Cohen, (2010) elencam uma série de fatores ambientais onde podemos enxergar a influência dos fatores socioeconômicos que contribuem no surgimento do transtorno de atenção e hiperatividade e nos transtornos de conduta. A pobreza dos pais, nascimento prematuro, mães muito jovens e que criam sozinhas seu filho. Ora, estes fatores, não precisam estar necessariamente associados ao nível socioeconômico, mas podem estar em nossas crianças do CAPSi provavelmente associados a eles.

O importante é precisar que quando as condições de sobrevivência de uma família se veem ameaçadas e/ou seu narcisismo se vê gravemente ferido por encontrar-se em situação de exclusão dos principais bens que conferem dignidade à existência, esta família pode transmitir os efeitos desse estado de coisas à sua cria. Deste modo, uma criança nascida nestas situações pode ter o curso da constituição dos limites e fronteiras de seu psiquismo gravemente comprometido.

A mãe como pessoa atenta aos movimentos e gritos do bebê pode interpretar o que vê como fome e outras necessidades, mas entre o que o bebê expressa e sua hipótese há uma hiância que permite o equívoco que salvaguarda a posição do sujeito. Em condições sub-humanas de existência é possível que uma mãe que tem fome e é carente de muitos recursos essenciais ou vê sua existência ameaçada neste sentido, pode dificultar o surgimento do equívoco e a inscrição da cria em outras perspectivas de futuro que não as relativas a esta urgência de vida. É neste sentido que Frej (2003) denuncia as condições de muitos meninos de rua que podem ser de estagnação do movimento da *Aufhebung* freudiana, no sentido de inscrevê-los fora de uma lei ou pacto social de pertencimento. Alguns podem funcionar mais num registro de busca por sobrevivência daqueles que o geraram, ao invés de serem promovidos na cultura por estes.

No caso de muitas crianças que recebemos no CAPSi, podemos observar na busca por benefícios assistenciais há pouco lugar para o sujeito fora da dimensão da doença que pode coincidir com o incômodo de seus movimentos no espaço social endereçados aos que possam fazer alguma coisa por sua família. Deste modo, podemos entender que as dificuldades observadas com os transtornos hipercinéticos, apontam para um excesso que não encontrou condições, dentre elas as socioeconômicas, que pudessem favorecer outro modo de funcionamento menos regulado pelos impedimentos a este excesso e mais regulado pelos interditos, pelas leis da cultura que promovessem a inclusão da criança e depois sua participação nos ideais da cultura.

Vale salientar que estes fatores sociais, econômicos e culturais de exclusão em que se encontram essas crianças têm sua importância, mas conforme apontou Barros (2009) em sua dissertação, temos que sublinhar, sobretudo num trabalho em psicanálise que eles “tendem a ocultar o que há de singular na história, no sofrimento e nas dinâmicas familiares de sujeitos (p.8)” Assim, nosso trabalho poderá aqui aproveitar o que as intervenções verificam da

agitação e desatenção “doentias” nesta situação de exclusão, mas também o que elas podem encontrar ou mesmo favorecer “numa espécie de revelia a toda esta tragicidade, sujeitos que fascinam pela irreverência, pela energia, pela destreza e pelo manejo ao enfrentarem situações com as quais se deparam.” (idem, p.12)

### **3.4 - Interdisciplinaridade**

A interdisciplinaridade é uma exigência presente no material que normatiza o funcionamento dos CAPS. É o que procura dar conta da complexidade dos problemas enfrentados por um sujeito, oferecendo múltiplos olhares que pretendem encontrar soluções mais eficazes do que se trabalhassem individualmente. (Brasil, 2005) Mais que isso, certa ideia de interdisciplinaridade pretende levar a uma superação dos pontos de vista conflitantes em prol de um ideal mais completo e que os harmonize, conforme vimos acima no projeto do AMI: “a fim de que nesta interdisciplinaridade possa surgir a compreensão da totalidade do usuário com atuação mais eficiente porque não fragmentada.”

Lebrun (2004) em seu livro *Um mundo sem limite* fala sobre a crise que abala a sociedade de hierarquia vertical em que vivíamos. Antigamente tínhamos um polo estruturador e organizador do social nas figuras de Deus e suas leis e do pai como representante terrestre daquele. Podemos dizer que tínhamos um polo organizador da transferência, ao qual podíamos endereçar apelos, concordar ou por outro lado, discordar e até contestar. Atualmente este autor nos convoca a observar todas as evidências de renegação deste lugar o que o levou a conceituar que estaríamos numa época de ‘desativação da dimensão transferencial’ e já que não há polo definidor nem definido, ele diz que teríamos que descobrir essa transferência a cada momento e em cada lugar.

Lebrun (2007) diz que as diversas interpretações para as questões que temos na atualidade como as questões que trazemos nesta dissertação – interpretações econômicas, sociológicas, antropológicas, genéticas, neurocientíficas- essas interpretações se sustentam pelo lugar de onde vem, mas no mesmo movimento de especialização, perdem sua articulação com o conjunto do campo social ao qual se referem. A “interdisciplinaridade”, segundo ele, longe de ser uma consideração pela complexidade das problemáticas que se colocam hoje é antes uma maneira de mascarar a crise dos saberes que não mais se articulam entre si, justamente pela falta de um polo organizador e transferencial.

Desse modo, ele indica noutro livro seu *A Clínica da Instituição* (Lebrun, 2009) que em muitas equipes, de saúde inclusive existe a tendência à valorização da opinião de todos, em respeito à democracia e possivelmente à ideia da interdisciplinaridade, muitas vezes sem um plano clínico diretor que ordene essas práticas de equipe. Este igualitarismo e suas consequências clínicas negativas sobre os casos acompanhados são expressos em diversos exemplos dados pelo autor e aqui em nossa dissertação pudemos destacar nas falas de algumas profissionais entrevistadas uma “falta de organização do serviço”

Neste contexto em que a noção de interdisciplinaridade pode se confundir com a (des) organização do serviço e do trabalho é que ele descreve ainda as reuniões de equipe como um diálogo de surdos, onde cada fala tem a mesma importância e onde ninguém precisa recuar em sua ideia ou posição em benefício da outra e ninguém se autoriza tampouco, de uma fala que possa dar um direcionamento ao grupo. Freud se faz necessário com sua orientação mais uma vez a fim de marcarmos nossa discussão com relação ao trabalho institucional e coletivo:

A vida humana em comum só se torna possível quando se reúne uma maioria mais forte do que qualquer indivíduo isolado e que permanece unida contra todos os indivíduos isolados. O poder dessa comunidade é então estabelecido como direito, em oposição ao poder do indivíduo, condenado como força bruta. A substituição do poder do indivíduo pelo poder de uma comunidade constitui o passo decisivo da civilização. Sua essência reside no fato de os membros da comunidade se restringirem em suas possibilidades de satisfação, ao passo que o indivíduo desconhece tais restrições. A primeira exigência da civilização, portanto, é a justiça, ou seja, a garantia de que uma lei, uma vez criada, não será violada em favor de um indivíduo. (Freud 1930/1969, p. 115-116)

Precisamos antes de se falar em interdisciplinaridade, de uma orientação coletiva para o serviço CAPSi. Aliás, a própria denominação “serviço”, extensamente usada até aqui e nos documentos que tratam dos CAPS, também é criticada por Lebrun (2009), provavelmente porque coloque a ênfase mais no aspecto contemporâneo de instrumentalização das intervenções em prol da ‘resolutividade’ disso e daquilo, no sentido em que se diz “a serviço de”.

Neste sentido, talvez a própria palavra que inicia a sigla CAPS: Centro de Atenção Psicossocial mereça valorização maior. Aproxima-se da ideia contida em instituição. Assim como o centro, o termo instituição, segundo Lebrun (2009), traz a ideia de arrumação (do verbo latim *instituere* que quer dizer dispor, arrumar) e, além disso, ambos trazem a ideia de uma hierarquia. Na palavra centro essa hierarquia aparece imediatamente, um centro é

referência para todos os outros pontos ‘equidistantes’ de um espaço e sabemos que se trata de um local que deve estar no Centro da Política de Atenção, no nosso caso, da Atenção em Saúde Mental Infanto-juvenil. Na palavra instituição:

Uma temporalidade é imediatamente convocada (...) e conseqüentemente uma hierarquia (...) vem de hieros, sagrado e arché começo (...) se entendemos na instituição a coisa instituída, esta não pode se desvincular do processo instituinte que a instaurou. (...) em um único plano lingüístico, a instituição supõe levar em conta uma diferença de lugares e, então, a prevalência de um deles sobre os outros. (Lebrun, 2009, p.14)

Podemos colocar que Instituição e Centro, ao contrário de serviço, supõem uma orientação do que as instituiu e, não algo totalmente ao sabor de circunstâncias completamente variáveis como parecem ocorrer nas mudanças institucionais com as mudanças de gestão que apontamos em exemplos do município em questão. É preciso reconhecer a dívida para com o que nos funda, diz Lebrun (2009), e fundar nossa ação no que nos institui.

Na instituição do CAPSi, se ousarmos dizer assim, estão os pressupostos da reforma psiquiátrica de inclusão social, ou melhor, de participação social. Mas estes já são propostos para fazer frente ou recuperar uma dignidade que outro projeto ou instituição excluía. É aí que entra outro sentido da palavra instituição, pois não se confunde apenas com estabelecimentos - como o que propomos discutir: o CAPSi – mas com tradições de pensamentos e práticas que constituem uma sociedade. Assim, a psiquiatria foi uma tradição que se constituiu com os ideais científicos de categorização e controle, bem como de tratamento moral que estava não só confinada nas instituições hospitalares e asilares, mas por todo o social, legitimando a exclusão de muitos seres humanos tidos como imprestáveis para a vida laborativa e familiar.

É numa proposta de “desinstitucionalização” da loucura e não simplesmente do hospital que se pode seguir o pensamento de Amarante (2007) que propõe falar em participação social, ao invés de “inclusão”. Pois, utilizar a palavra ‘incluir’ além de considerar passivo aquele que é objeto do verbo, pode admitir até certo modo que algo que está excluído tem razões para tal, participando assim da institucionalização da loucura em termos lingüísticos, quando na verdade, podemos legitimamente perguntar se a loucura não pertence ao social também, se este não foi e é sempre em certa medida louco. Assim se parte para

construir um novo sentido e uma nova direção sem alimentar a ideia da exclusão da loucura que na verdade, a medicina psiquiátrica e outros poderes do social concorreram para fabricar.

O risco é que essa ideia de desinstitucionalização nos faça cair num *laissez-faire* que faz com que percamos a ideia colocada por Freud (1930/1969) mais acima de que uma comunidade para sustentar-se tem que admitir uma lei. Precisamos admitir com Amarante (2007), no entanto, que o lugar em que a lei se fazia aplicar era muito injusto e desumano com todos aqueles que não atendiam à norma para que pudesse continuar. Desse modo, recuperamos outro sentido da palavra instituição em seu jogo com outros termos como nos propõe Lebrun:

Ali onde ontem se tratava de sacudir um estabelecimento para revivificá-lo, voltando a dar-lhe sua dimensão de instituição na qual o instituinte não estava oculto atrás do instituído, hoje se tratará frequentemente de fazer o trabalho inverso: recordar que para a vida de um grupo, o instituinte deve desembocar no instituído. Como lembrava Jean De Munck, “a interação só é instituinte se ela própria for instituída.” Nesse sentido então é frequente refazer a instituição, o que se torna hoje o objetivo a perseguir! Ainda que alguns, em uma vontade *presentista*, queiram fazer parecer que a temporalidade não é mais admissível. (Lebrun, 2009, p.23)

A crise de referências, como vimos, é constitutiva do social de hoje, presentificando-se de modos particulares nas diferentes instituições. Lebrun (2009) nos alerta que, em todas elas, o que não podemos fazer é cair em extremismos como tentar resgatar a autoridade de ontem, com todo seu voluntarismo e que não abre espaço para que o que está excluído possa participar ou colocar suas questões. Ou, por outro lado, o que acreditamos poder estar presente também nos CAPS a equipe insistir em acreditar que é possível desvencilhar-se do lugar prevalente ou lugar de exceção - a que todos deveriam ceder uma parte de suas pretensões a fim de que algo pudesse acontecer efetivamente - em prol de uma comunhão de opiniões, de uma concordância benfazeja. Isto segundo Lebrun (2009) é impossível, pois “infelizmente a equipe, isto não existe, porque não há sujeito coletivo” (p.103), não se pode pretender que na equipe todos tenham o mesmo lugar ao mesmo tempo.

Mas, finalmente, em termos do funcionamento de um CAPS, que lugar, que referência poderá ser terceiro ordenador das práticas? Responder essa pergunta seria incorrer nos erros que apontamos acima ou de instituir definitivamente uma direção sobre todas e fechar a clínica à experiência. Por outro lado, não podemos renunciar a qualquer possibilidade de

orientação, deixando a coisa acontecer ao sabor das circunstâncias e sem hipótese ou crítica que possa constituir um trabalho interdisciplinar. Lebrun contribui dizendo que não se trata de apontar um terceiro caminho, portanto, mas de devolver propriamente ao terceiro seu lugar. E isto coincide em certo sentido com a posição de Lacan (1964/1998) de apontar para o real, que em termos institucionais é apontar para aquilo que descompleta o saber, que visa o furo do saber, em outras palavras, segue o modelo do ato que é “uma parte de desconhecido que o sujeito assume.” (Lebrun, 2009, p.240)

Para que esta referência de devolver ao terceiro o seu lugar deixe de ser tão abstrata e possa se tornar operatória no espaço do CAPSi, propomos uma distinção que nos ajuda a pensar o exercício da prática interdisciplinar, aquela entre cuidado e tratamento. Esses dois termos podem algumas vezes coincidir em seus objetivos e outras vezes entrarem em franca oposição. Cabe a direção clínica do CAPSi e a supervisão pensarem quando cada uma delas pode tomar a dianteira e orientar a prática da equipe. E a nós, na condição de pesquisadores identificarmos na fala dos profissionais entrevistados em que situações de intervenções uma e/ou outra abordagem se faz mais prevalente.

### **3.5- Entre cuidado e tratamento**

Na primeira exposição pública de projeto de mestrado chamaram nossa atenção para o termo “tratamento” que utilizamos para nos referir ao objeto de nosso interesse no CAPSi com relação às crianças hiperativas. Isto nos intrigou e nos fez retomar a leitura do documento do Ministério da Saúde onde encontramos alguns termos que definem o trabalho lá realizado. Os CAPS (dentre os quais o CAPSi) têm “um papel estratégico na organização da rede comunitária de cuidados”(Brasil, 2004, p.12). Logo, o cuidado pareceria ser um termo mais abrangente (cuidados) para o que é feito no CAPSi e talvez foi essa ideia com sua conotação de um trabalho mais amplo que possibilitasse diversas situações de promoção de saúde que tenha gerado insatisfação e incômodo na avaliação contra a palavra tratamento. Mas qual não foi nossa surpresa ao continuarmos a consulta ao documento e verificarmos que a palavra tratamento tem destaque semelhante no CAPS:

Ele é um lugar de referência e **tratamento** para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou

persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de **cuidado** intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida p.13(idem, realces nossos)

Encontramos inúmeras referências etimológicas para a palavra: “cuidado” e procuraremos sintetizar aqui:

No dicionário Aurélio, encontramos “cuidado” associado em primeiro lugar à “1. Atenção”, sendo coincidentemente a palavra que aparece em parte do nome do CAPS – Centro de **Atenção** Psicossocial. Cuidado ainda é palavra que vem do latim *cogitato*- pensado e que tem como outros significados: “2. Precaução, cautela; 3. Diligência, desvelo, zelo. 4. Encargo, responsabilidade, conta.” (Ferreira, 2009, p.585)

A importância do cuidado é destacada ainda no belo livro de Leonardo Boff (1999) *Saber Cuidar*, em que ele faz um levantamento amplo da etimologia da palavra cuidado em várias línguas, dentre eles o latim em que cuidado se diz *cura* e diz que nosso mundo segue a lógica de uma racionalidade fria que tende a objetificar os símbolos da natureza, da cultura e as pessoas, ao que ele contrapõe o *modo-de-ser cuidado* para resgatar nosso mundo que sofre as consequências dessa dominação tecnológica da natureza e resgatar nossa humanidade propriamente falando.

Isto estaria na vertente do que propõe os que trabalham a reabilitação psicossocial das pessoas que ficaram internadas em hospitais e outros que sofrem as consequências de grandes restrições ao espaço social. Na reabilitação, deve-se cuidar da capacidade de contratualidade das pessoas excluídas de algum modo. Ampliá-las. Será que essa pessoa já conhece tal ou tal aspecto social: do andar nas ruas, das regras de convivência, da utilização monetária, da troca de trabalho? Devemos cuidar disso também, pois isso amplia as possibilidades e escolhas pessoais, bem como a capacidade de lidar com os diversos outros e suas diferenças. (Amarante, 2007)

Mas o cuidado visa muito mais no mundo atual as exclusões impostas pela tecnologia como nos diz Boff do nosso *modo-de-ser-cuidado* essencial. É nesta linha de um “novo humanismo” (Veras, 2010) que não se daria mais apenas contra a segregação asilar e disciplinadora, mas principalmente contra o poder do discurso da ciência, outro nome do discurso capitalista - que vimos no primeiro capítulo- onde verificamos a redução do sujeito às leituras de suas determinações deterministas da genética, neurociências e outras áreas do saber como se vê no exemplo do TDAH ou “hiperativo”. Nestas leituras igualmente

excludentes, a pessoa vê restringida sua capacidade contratual pelo apelo da ciência à sua disfunção que não permite que ela faça ou responda por isso ou aquilo em seu nome.

E a palavra tratamento, será que ela despertou a ideia de que poderia se opor ao cuidado tal qual na apresentação de Boff vemos o tecnicismo, a racionalidade fria e abstrata se opor ao cuidado? Se concordarmos com Boff que cuidar das condições sociais e de vida de cada um, no caso dos nossos usuários é algo fundamental para a saúde deles, restaria ainda alguma coisa a fazer em termos de tratamento como diz o documento do ministério?

Luciano Elia (Brasil, 2005) em outro texto do Ministério da Saúde desenvolve seu argumento no sentido do tratamento. A clínica presente num CAPS pôde evidenciar após os primeiros avanços da Reforma Psiquiátrica e a desospitalização efeitos clínicos de redução de crises, diminuição das alucinações e delírios que faziam os usuários sofrerem, resgate da vida social e outros, que acabaram por “gerar a impressão de que o mal que havia a combater equivalia à própria exclusão em si mesmo, como tal.” (p.58)

Depois dessa fase que ele chama de “lua-de-mel” veio dura constatação de que “a doença mental existe como positividade fenomênica e estrutural, que não é mero resultado de processos político-sociais de exclusão.” (idem) O autor observa que as desistências ao cuidado e ao serviço começaram a acontecer e as crises reapareceram na própria convivência no CAPS e com toda a carga de violência e agressividade - como se se verá no próximo capítulo a propósito de muitos “imperativos/hiperativos” - nesse lugar onde tudo parece tão inclusivo. Isso aponta segundo ele para a necessidade de buscar orientações de outro campo que rompa com a lógica de muitos de nossos ideais sociais de convivência, dentre eles os de cidadania e de inclusão, sem negar-lhes a importância.

Renunciar à vontade de poder que propõe Boff também poderia ser lido à maneira freudiana como renúncia ao reforço do eu e à adaptação do indivíduo à realidade. Realidade da necessária inclusão social que pode acabar funcionando como ‘imperativo’ no trabalho com as crianças “imperativas”. E esse parece ser o aspecto mais difícil para o social de admitir. É difícil, na medida em que o social “benevolente” quer a todo custo incluir e, em nosso caso, escolarizar as crianças, quando o sujeito da doença tem outro tempo.

Freud nos alertou diversas vezes que a doença cobra um preço na cura tão alto que o próprio indivíduo recusa pagar. E Lacan disse: “o analista paga com sua pessoa” (1958/1998, p.353) para conseguir levar um tratamento. No campo da saúde mental muito do nosso esforço comum parece ir em direção ao cuidado como inclusão, e é aí que o analista pode

tentar verificar ao-menos-um lugar que situe a diferença do sujeito, diferença pela qual muitas vezes esse sujeito tem que “brigar” para marcar.

O “cuidado” pode se aproximar do “tratamento” justo por outra etimologia que nos apresenta Bergès e Balbo (2001) e é essa vertente que pretendemos tomar aqui. “Passemos à curiosidade, dizem eles, curiosidade vem de cura, o cuidado em latim (...) e vai dar em ‘procurar conhecer’, ‘curare’, ‘cuidar’ e também ‘buscar conhecer.’” (p.64)

Este aspecto de buscar conhecer foi sempre defendido por Freud, destacamos os Dois verbetes para Enciclopédia (1922/1969) em que ele diz que a psicanálise é método de pesquisa e de tratamento, onde o segundo não deve contrapor-se ao primeiro que lhe abre caminhos.

Desse modo, o cuidado pode servir não ao ideal de inserção social como imperativo que diz: “trabalhe, seja independente, cuide de si” (Tenório, 2001) que poderíamos complementar com o que se diz comumente às crianças: “lugar de criança é na escola”. O cuidado poderia servir também como esse “buscar conhecer” uma lógica de funcionamento e nesta lógica, procurar favorecer o trabalho e o tratamento que o sujeito demonstra dar ao seu gozo, ou seja, as soluções singulares que ele nos aponta.

Rocha e Tenório (2006) abordam esse tema, a partir de um caso clínico em que a equipe de um CAPS estava bem devotada a cuidar de seu usuário, quase que desconhecendo a dimensão subjetiva própria ao mesmo que passava pela consideração da psicose e sua solução singular, própria.

Tratava-se de um senhor que dizia estar para receber uma indenização de alguns milhões de reais do estado brasileiro e que somente com esse dinheiro iria poder cuidar de sua casa, ou seja, fazer os reparos e mudanças necessárias. A casa, segundo a equipe, estava “imunda” e “aos pedaços”. O usuário frequentava o CAPS de segunda a sexta-feira, tinha uma boa relação com o serviço, inclusive lá se alimentava e sábados e domingos quando estava em casa, dizia que se alimentava apenas de “luz”. Por esse vínculo, ou melhor, nessa transferência, é que aceitou num momento de maior estabilização a proposta da equipe de fazer uma reforma em sua casa. A partir daí agendaram com dificuldade um dia e horário que conciliasse todas as pessoas necessárias: motorista, funcionários da manutenção, equipe técnica do CAPS e, ele próprio, o usuário. Chegado o dia, quando estavam presentes diante da casa para o combinado, o usuário era o único que não se encontrava. Como as dificuldades em reunir todo o pessoal para estar ali foram enormes e mais ainda seriam as dificuldades para

estar ali de novo e como o usuário já havia dado seu consentimento à reforma e limpeza da casa, o trabalho foi realizado.

Com pouco tempo do feito os profissionais tiveram a notícia de que o usuário quebrou tudo que eles haviam realizado. O próprio usuário fez questão de dizer depois que as coisas que ele precisava arrumar em sua casa ele só iria fazer com o dinheiro que tem para receber de sua indenização pelo Exército brasileiro. E assim, podemos concluir que o lugar do cuidado da equipe, ele, usuário recusa, exigindo o lugar de sujeito.

Note-se que ele recusa condições mais confortáveis de vida com as quais ele aparentemente havia se engajado, que ele aparentemente almejava- ele as recusa para manter seu delírio de reivindicação. (...) é que esse sujeito é comandado maciçamente, inteiramente, sem divisão, pela seguinte condição: sou como sujeito isso que o Exército me deve. (p.59)

Este exemplo nos faz realçar a importância de aspectos particulares e até singulares do tratamento para os quais uma concepção de cuidado associada a uma ética social do Bem não pode dar conta. Julien (1993) nos lembra que a ética da psicanálise se orienta para o puro desejo e não o desejo puro. Há uma diferença, pois não se trata de desejo puro em oposição a impuro, trata-se de “uma independência em relação ao conteúdo” (p.67). O puro desejo – “ele está lá ou não” (idem). Esta ética só sobrevém a partir da contradição lógica com a ética tradicional do bem, do estar conforme, como aquela que vimos no exemplo anterior em que o puro desejo é a condição delirante constituinte e posta em ato pelo sujeito.

No entanto, o cuidado muitas vezes é uma condição que não podemos desprezar, inclusive para possibilitar que muitos tratamentos tenham lugar. No caso de crianças e adolescentes, o cuidado se reveste de uma importância ainda maior, pois é a partir dos cuidados que o sentido de um desamparo essencial (*Hilflosigkeit*) poderá ser suprimido, favorecendo a constituição e o desenvolvimento da cria humana.

Jerusalinsky (2002) alerta a partir de caso clínico de criança psicótica atendida por um colega psicanalista que não trabalha numa perspectiva interdisciplinar com outros profissionais para a importância desse cuidado com intervenções em outros campos. Seu profissional insistiu sobre o fato de que a escola e as intervenções em aquisições cognitivas só deveriam ser indicadas quando a mudança subjetiva do paciente tivesse sido operada. A posição subjetiva de “inscrição sucessiva” na ordem simbólica seria suficiente e determinante para as aquisições que seguiriam uma lógica de crescimento, desenvolvimento e não de estrutura. Entretanto, a experiência de Jerusalinsky, na qual nos apoiamos agora, é contrária a

essa posição, pois entende que uma criança que demonstra poder sair da psicose, pode ainda voltar a fracassar nesta constituição subjetiva de narcisismo frágil se não conta com aquisições cognitivas e sociais adquiridas a partir de outros lugares e intervenções que lhe garantam suportar e conviver com as demandas do meio a sua volta. Essa é uma autêntica visão psicossocial da psicanálise.

É nesta direção que observamos a preocupação de alguns psicanalistas da ALI (Association Lacanienne Internationale) que na prática acompanham crianças hiperativas com graves prejuízos educacionais, de linguagem dentre outros. Tyszler (2007), por exemplo, verifica a importância de exames e técnicas que conseguem identificar de maneira fina os problemas práticos de crianças que por conta deles são levadas “a uma disgrafia, uma má utilização dos utensílios escolares e engendram um custo atencional e energético muito importante em relação à tarefa solicitada.” (p.166). A partir disso, ele pode concluir com uma proposta de cuidado:

“É muito importante que essa criança se beneficie de adaptações específicas na escola. A produção escrita está limitando e pedindo indulgência; é preferível fornecer-lhe fotocópias do curso a fim de permitir-lhe aprender através de suportes claros; ela poderá ser interrogada na oral ou ter mais tempo para realizar seus controles.” (idem)

Sem querer encerrar esta discussão da interdisciplinaridade, do tratamento e do cuidado que retomaremos depois com elementos da própria pesquisa, vamos entrar nas justificativas, nos aspectos metodológicos e de procedimentos que nos levarão ao material analisado.

### **3.6-“A hiperatividade no CAPSi” – questões e metodologia da pesquisa**

Como vimos no capítulo dedicado à história da hiperatividade e dos tratamentos oferecidos a ela, a psicanálise pouco esteve à frente do que foi produzido e divulgado sobre o assunto. Hoje ela busca espaço nos meios acadêmicos e em divulgação específica, tendo servido de abordagem teórica e ferramenta de pesquisa a algumas dissertações, teses, artigos científicos. No entanto em muitas publicações científicas e principalmente, na mídia de divulgação mais ampla que se diz porta voz do discurso científico e que atinge os pais e

instituições importantes como a escola e equipes de saúde continua a existir uma visão da psicanálise como excessivamente teórica, distante da prática e sem efeitos sobre as pessoas que convivem com o problema, sobretudo as crianças.

Nessas publicações científicas e de divulgação, observamos uma desconsideração para com qualquer contribuição da psicanálise, sobretudo enquanto prática terapêutica (Barkley, 2008; Silva, 2009) e mesmo a sua patente contraindicação. (Mattos, 2005)

A situação privilegiada de pesquisar um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil revela-se no próprio peso que essa palavra “Centro” comporta. Não se trata de centro enquanto lugar físico como centro da cidade, mas no Centro da Política de Saúde Mental infanto-juvenil do município como vimos, pois o CAPSi é responsável por organizar e regular os serviços de atenção à criança neste âmbito em todo o território, além dos cuidados e tratamentos que realiza. (Brasil, 2004) Isso faz com que seja *locus* de múltiplos endereçamentos.

Endereçamento representa não somente o conteúdo das falas das instituições, dos responsáveis, dos pais e das crianças para o CAPSi. Representa uma posição e um lugar do qual se fala e que porta uma questão que o próprio ato de fala veicula. A pesquisadora em Linguagem Authier-Revuz nos dá subsídios para pensar dessa forma com seu conceito de “modalização autonômica” quando diz que é a capacidade que tem a linguagem de oferecer “um retorno sobre o dizer”. “A modalização tem por função fornecer ao locutor e ao seu dito uma imagem unificada, uma imagem d’Um, uma imagem do dizer no momento em que isso se faz.” (Hartmann, 2011, p.183, tradução nossa)

O conceito de endereçamento que esta perspectiva da pesquisadora nos ajuda a operacionalizar aqui, se articula intimamente ao conceito de transferência que vimos e que é “fragmento de repetição” (Freud, 1914/1969) e não repetição de protótipos e conteúdos apenas, contendo uma dimensão que se trata não de compreender ou explicar, mas de identificar e considerar, circunscrever, devido a seu aspecto de atualização que se impõe.

Considerando o tempo para execução do trabalho priorizamos realizar a pesquisa num CAPSi da Região Metropolitana da Grande Recife. Cidade com população média de 160.000 habitantes, o que justifica apenas um CAPSi (Brasil, 2004). O interesse se justifica na medida em que há provavelmente mais cidades no país com perfil epidemiológico e equipamentos de saúde semelhantes à cidade escolhida do que semelhantes à Recife ou outra capital. Neste

sentido os achados de nossa pesquisa podem servir para compreender a situação de muito mais CAPSi's pelo país.

Nosso interesse principal é saber se os profissionais estão atentos não só aos comportamentos, mas aos endereçamentos entre os familiares, a criança e o CAPSi. Pois os endereçamentos poderão revelar algo subjacente dessa sintomatologia da desatenção, da hiperatividade e da conduta. Além disso, verificaremos se eles atentam para os momentos de constituição subjetiva da criança e como consideram esses momentos no trabalho proposto e nas intervenções. Sabemos que essa constituição pode ser concebida de maneira próxima à psicanálise ou de modo bem distinto. Contudo, nossa hipótese é que Intervenções clínicas que consideram os endereçamentos, bem como a constituição dos limites e fronteiras do psiquismo humano têm efeito positivo no tratamento da hiperatividade. Com redução da sintomatologia que traz sofrimento às crianças e/ou seu meio.

A pesquisa clínica que realizamos aqui advém das entrevistas aos profissionais que acompanham crianças com diagnósticos de Transtornos hipercinéticos (F90) em que encontramos crianças que se subdividem em F90.0 Perturbação da atividade e atenção e F90.1 Transtorno de conduta hipercinético. Desse modo, trata-se de uma pesquisa com psicanálise, uma vez que não vamos abordar dados referentes a tratamentos psicanalíticos realizados para a pesquisa. Noutro momento, poderá ser de interesse uma pesquisa que enfoque e acompanhe o tratamento em psicanálise das próprias crianças. No entanto, podemos considerar que o testemunho desses profissionais é primordial para nos oferecer a concepção e o tratamento da hiperatividade que se constrói num CAPSi que podem nos dar indicações do que ocorre em outros CAPSi's e apontar além disso os desafios que temos para constituir um tratamento à altura do que nossa realidade necessita.

Para alcançar esses resultados, nosso **Objetivo geral** é analisar a concepção de hiperatividade, bem como as modalidades de tratamento dos profissionais no CAPSi e sua eficácia. E os **Objetivos específicos**:

- 1) Realizar um levantamento dos casos F90.0 Perturbação da atividade e atenção, F90.1 Transtorno de conduta hipercinético, F90.8 Transtorno hipercinético não especificado e F90.9 Outros transtornos hipercinéticos conforme CID-10 nos prontuários do CAPSi.
- 2) Investigar as concepções que têm os profissionais sobre a hiperatividade.

- 3) Identificar as modalidades de tratamento aplicadas, observando aspectos facilitadores e impeditivos.

Procedemos a um levantamento dos prontuários de crianças atendidas no CAPSi de agosto de 2012 a Dezembro de 2012 assinalando as crianças que tinham os diagnósticos em F90 a fim de buscar os profissionais responsáveis pelos seus tratamentos. Esses profissionais foram escolhidos segundo um critério longitudinal de acompanhamento às crianças: pelo menos seis meses de acompanhamento. O critério de tempo utilizado foi para valorizar a qualidade da vivência dos profissionais e para poder avaliar a eficácia dos tratamentos aplicados, seus fatores facilitadores e impeditivos conforme nossos objetivos. Tivemos de optar por seis meses e não mais, já que muitos profissionais tiveram entrada recente no serviço. De todo modo, estamos dentro de um tempo que pode ser considerado razoável, já que a idéia é que os CAPS possam oferecer cuidado e tratamento apenas em “crise”. (BRASIL, 2004)

Poderia se argumentar aqui que os diagnósticos não foram estabelecidos apenas pelos médicos ou psicólogos, mas por toda a equipe e que isso traria dificuldades a que nossa pesquisa fosse identificada como se relacionando ao tratamento de crianças com transtorno hipercinético. Aliás, essa é uma observação frequente em alguns autores (Rohde et al, 2004; Barkley, 2008). Mas nossa pesquisa não tem o interesse em atender aos requisitos diagnósticos mais refinados do ponto de vista da ciência médico-psicológica, mas de verificar quais os elementos que sustentam e interrogam as concepções dos profissionais que não deixam de estar atravessadas também por outros elementos discursivos, sejam os de senso comum, de outras áreas do saber, da própria psicanálise e, mais ainda, por elementos que revelam opacidade e “pontos de não coincidência” e mesmo de quebra de sentido, conforme a referência de Authier-Revuz (Hartmann, 2011). Pois, trata-se de saber o que é e como é tratada a “hiperatividade” no CAPSi. Para isso, além das entrevistas às profissionais, não deixamos de aproveitar o momento de identificação das crianças com F90, para levantarmos outros dados dos prontuários com vistas a uma discussão clínica mais ampla.

### 3.7 – Entrevistas

As entrevistas foram realizadas em um dia ou mais de um dia (durando pouco mais de uma hora cada uma) sem limite de tempo para as respostas, gravadas com o consentimento das profissionais entrevistadas e depois de transcritas por nós, submetidas às entrevistadas e publicadas seguindo a lógica do que tecemos em discussão com a teoria e nossa compreensão das questões.

Organizamos a ordem das questões a fim de primeiro entendermos qual concepção os profissionais têm da hiperatividade e se essa concepção leva em conta a constituição do sujeito. Para chegarmos a isso, lançamos mão da primeira questão:

**1) O que você pensa sobre as crianças com diagnóstico de: F90.0(transtornos hipercinéticos?)** A articulação com a segunda questão, que apela para as crianças da experiência do entrevistado é justamente uma provocação à questão do sujeito e como o entrevistado dá conta disso **2) E das que você atende?**

Depois, passamos a interrogar o modo com que o profissional faz a aproximação à realidade psíquica da criança através da interação com ela. O interesse é verificar se esta aproximação leva em conta alguma teorização mais definida ou apenas elementos do senso comum ou ainda se a intuição atravessa essa abordagem. Será que esta aproximação traz elementos de quem reconhece: a importância da realidade psíquica- para nós intimamente ligada à concepção de significante em Lacan que dá a medida mesmo do que se pode considerar endereçamento (como veremos na análise psicanalítica das entrevistas) - e ainda, minimamente, a constituição de limites e fronteiras de quem está se organizando/constituindo subjetivamente? A questão para iniciar é simples e ampla, cabendo outras, como se espera em entrevistas semi-estruturadas: **3) Quais os pontos que você considera importantes para ter acesso a elas e interagir com elas? (leiam-se as crianças diagnosticadas)**

Sabemos que a maturação neuropsicológica do indivíduo não ocorre de forma isolada do ambiente, nem responde à constituição subjetiva por si só, mas sofre as consequências da matriz simbólica (Jerusalinsky, 2008), que se relaciona com os significantes usados pelos pais e outros que cuidavam da criança e seus efeitos. Trata-se de verificar como essa interação pode ocorrer. Assim, uma criança de dez anos pode ter, por exemplo, tão pouca capacidade de controle de impulsos e de suportar frustrações quanto uma criança de seis anos. Se isso ocorre assim, poderemos considerar que a intervenção que cabe a essa criança de dez será diferente

da de seis por estar em outro momento subjetivo em que certa configuração subjetiva: as fronteiras de seu psiquismo não admitem mais o “não” aos impulsos da mesma forma que poderia admitir caso essa intervenção ocorresse precocemente. (Lebrun, 2013) Algo já se instalou e se configurou. Isso, não deixa de ter relação com a modulação dos impulsos pela região pré-frontal do córtex como querem os neurologistas. Cabe a nossa pesquisa ouvir a prática e assim, participar dessa discussão teórico-clínica: **4)Você vê diferenças nas crianças mais jovens e nas maiores?**

Na questão **5)Como os pais participam desse acompanhamento?** Temos oportunidade de investigar o que há de mais fundamental talvez na clínica com crianças e que está na base de sua constituição subjetiva. É comum numa perspectiva lacaniana dizer que o sujeito se constitui no Outro, porém, trata-se de verificar como na prática isso ocorre. Será que podemos trabalhar apenas diretamente com a criança quando o sujeito está a se constituir no Outro? Podemos que as fronteiras psíquicas não se limitam ao corpo de um indivíduo, mas perpassam regiões intermediárias aos pais e às crianças. Desse modo, as intervenções têm que considerar a dinâmica dessa sobreposição e deslocamento de registros psíquicos que trabalham na configuração da subjetividade infantil. De que forma? É isso que está em questão.

Sabemos que o CAPSi está inserido numa lógica de cuidados territorial que procura reconhecer os fatores de adoecimento de modo mais amplo que uma perspectiva individualista consegue enxergar. Acreditamos que essa metáfora do território também pode servir à psicanálise para pensar a constituição subjetiva em que o social compõe a constituição subjetiva. As fronteiras são mais amplas! A história subjetiva de uma criança se vê marcada pelos acontecimentos e determinantes da história subjetiva de sua família e seus diferentes arranjos. Desse modo, o terapêutico e as intervenções para uma criança envolvem não só a relação direta: terapeuta – crianças, terapeuta – pais, mas a própria mudança efetiva nas condições de vida através da inclusão em programas sociais ou a escolarização por exemplo. De que modo isso influencia as crianças com o transtorno em questão é o que esperamos ver com a questão: **6)Que outros recursos, pessoas podem ajudar essas crianças nessa problemática?**

Finalmente, todas essas questões têm um sentido que é o de considerar os diversos fatores que contribuem para o adoecimento ou mal-estar em que se encontra a criança, mas na medida em que se pretende conhecê-los para oferecer um tratamento. Tratamento que pode

não ter objetivos idênticos para as diferentes crianças, mas que pode ter uma lógica que perpassa os diferentes modos de considerar que uma criança está melhor ou que o trabalho do CAPSi se cumpriu. É interessado em saber mais sobre isso que formulamos a questão:

#### **7)Quais os indícios de que houve melhora do quadro ou não?**

Os conceitos e articulações teóricas da psicanálise que foram e serão trazidos para essa dissertação seguem um fio que é aquele que perpassa a lógica das perguntas que compõe as entrevistas aos profissionais do CAPSi e do que foi se revelando neste trajeto. Nosso aporte teórico inicial tentou contribuir na tessitura de ideias para pensar a prática clínica do CAPSi com essas crianças, sem perder o rigor e a consistência dos contextos teóricos de onde vieram, mas sem compromisso em revelar as muitas nuances que cada conceito possui ao longo das obras dos autores citados, seja Freud, Lacan ou algum outro. Passemos agora ao que a escuta das profissionais nos oferece no diálogo com a teoria.

## **4- AS CRIANÇAS E O CAPSi: DO IMPERATIVO AO HIPERATIVO. QUAL O TRATAMENTO?**

### **4.1-Escutar os profissionais. Do imperativo ao possível.**

Como vimos o CAPSi tem uma dupla função. A de oferecer tratamento clínico, mas também a de regular a assistência de seu território às crianças com transtorno. Desse modo, o CAPSi oferece atendimento individual, em grupo, oficinas, visitas domiciliares e outros recursos para as crianças e adolescentes sob sua responsabilidade terapêutica. Mas, além disso, o CAPSi precisa estar em contato permanente com outros atores como toda a rede de saúde que compartilha dos cuidados a seus usuários - atenção básica e especializada (os ambulatórios e hospitais)- e também com os órgãos de justiça, as escolas e todo tipo de recurso do território como igrejas e clubes que possam promover a qualidade de vida das crianças e adolescentes.

Nesta dissertação não vamos explorar todas essas modalidades de atuação diretamente, mas apenas, na medida em que forem faladas pelas profissionais entrevistadas. Quando focamos nossa pesquisa nos tratamentos, pensamos inicialmente que seriam as falas ou manejos clínicos dos terapeutas com as crianças e suas famílias. Após o percurso esta concepção passou a levar em conta outras dimensões envolvidas com o cuidado à

problemática da criança diagnosticada com transtorno hipercinético. Isso exige esforço de pensamento metapsicológico para dar conta da complexidade dessas dimensões e que foge ao escopo de nosso trabalho neste momento.

Já dissemos que a leitura que vamos fazer do que escutamos das profissionais do CAPSi não pretende seguir a ordem do que foi perguntado, porque as articulações com a teoria psicanalítica se orientam a partir de uma lógica diferente, uma lógica da sobredeterminação, da não-contradição, da enunciação, do paradoxo. A partir disso, a exposição dos resultados de nossa leitura seguirá a lógica do que conseguimos construir ao longo da escuta, influenciado pelo trabalho de tessitura dessas ideias em torno da “hiperatividade”.

Lacan (1955/1998) em seus *Variantes do tratamento-padrão* parece colocar que a psicanálise perde quando procura construir seus critérios terapêuticos usando a teoria como escudo e quando se fecha à discussão com outros campos que se ocupam do Mental ou outro.

No silêncio que é privilégio das verdades indiscutíveis, os psicanalistas encontram o refúgio que os torna impermeáveis a quaisquer outros critérios, salvo os de uma dinâmica, uma tópica e uma economia que eles são incapazes de fazer valer do lado de fora. (p.327)

Antes de propormos uma direção clínica para o que se pode chamar “hiperatividade”, objetivo que não pretendemos responder nesta dissertação, mas que está no horizonte de nossa pesquisa, cabe encontrarmos, parafraseando Lacan as questões preliminares a todo tratamento possível das crianças chamadas hiperativas e das crianças em CAPSi. Pretendemos buscar esses fundamentos junto aos profissionais e verificá-los em suas discussões práticas, incluindo sua eficácia observada por eles.

Como os CAPS são serviços substitutivos à lógica do internamento e da exclusão podendo ser vistos como um lócus de cuidados intensivos em experimentação não podem se pretender como definitivos (Bahia, 2007), do contrário entrariam em contradição com a própria lógica que eles vêm instituir – substituição. O próprio modelo de acompanhamento terapêutico domiciliar poderia fazer parte dessa lógica de substituição e tratamento intensivo humanizado (idem). O fato é que toda experimentação é feita sob referenciais, do contrário não se poderá sequer haver possibilidade de uma avaliação posterior do modelo. Um modelo substitutivo possui referenciais nem sempre claros com efeitos e desvios durante sua experimentação. Deste modo estamos sempre às voltas com o que Lacan (1955/1998) diz sobre a prática analítica, mas que pode nos ajudar a pensar sobre o trabalho do CAPSi:

persiste uma coerência externa nesses desvios da experiência analítica que circundam seu eixo, com o mesmo rigor que os estilhaços de um projétil, ao se dispersarem, conservam sua trajetória ideal no centro de gravidade do feixe que traçam. (p.331).

Estaria o CAPSi em conformidade com seus critérios? Quais mesmo? Nossa aposta é que a psicanálise com sua leitura da prática, sobretudo aquela falada e defendida por seus profissionais possa contribuir no encontro das questões do sujeito que podem legitimamente nortear a clínica do CAPSi, uma clínica que como já vimos não envolve só o tratamento do sujeito, mas o cuidado. Cuidado de certa forma previsto pelo criador da psicanálise (Freud 1918/1969) quando falou da mistura do ouro da análise com o cobre da sugestão. Cuidado que envolve atores em rede. Sobretudo numa prática com casos no limite do social em que a exclusão social está presente de muitas formas.

Interrogar as profissionais do CAPSi tem o interesse de aproximar-se da prática e verificar que concepção elas têm das crianças “hiperativas” e que modalidades de tratamento elas empregam. Com esse material vamos colocar questões a partir da teoria psicanalítica para verificar se as concepções e tratamentos podem estar de acordo com as propostas para as quais o CAPSi foi criado ou se fazem rever essas propostas.

Mais que isso, vamos considerar o que aprendemos da teoria psicanalítica sobre o aparelho psíquico em constituição como é o caso nas crianças e adolescentes. Será que as intervenções quando consideram nuances importantes nesta constituição têm mais chances de sucesso terapêutico? Conforme vimos em Frej (2003, 2006, 2007) os limites que Freud estudou que são colocados em momentos originais da constituição psíquica criam fronteiras que constituem as continuidades e discontinuidades no aparelho psíquico. Como as entrevistadas consideram esses limites e fronteiras em suas falas e questões? Suas intervenções encontram de alguma maneira essas considerações? E que efeitos são esperados e observados por elas? São efeitos que facilitam a construção do laço social? Têm efeitos sobre “o imperativo” de gozo sob o qual a criança está confrontada?

Assim, através de perguntas sobre a concepção e a prática das profissionais às voltas com a “hiperatividade” pudemos ouvir o que mais nos interessava: se nas intervenções são considerados os limites, as fronteiras e os endereçamentos do psiquismo infantil e se isso tem efeitos e quais no sujeito em constituição. Não nos interessa neste momento verificar se o que as terapeutas estão propondo efetivamente repercute na prática como elas estão descrevendo e concebendo. Mas o que elas propõem e como elas propõem nisso das fronteiras, limites e endereçamentos, se é representado por elas mesmas como tendo efeitos ou não. Portanto é aí

que estaremos mais atentos à lógica que já referimos, ou seja, à enunciação junto àquilo que se enuncia. E é por isso que esta pesquisa com psicanálise poderá nos levar a aprender através dos profissionais sobre as crianças com esta dificuldade, mas também a despeito deles mesmos.

## 4.2-Concepção

Desde já alertamos que as falas das profissionais que parecem desenvolver ideias do senso comum não são estranhas às verdades que podem ser pesquisadas e demonstradas pela psicanálise. Assim como o equívoco “imperativo” nos dá margem para pensar o funcionamento dessas crianças, tanto ou mais do que o consagrado termo hiperativo, outras falas desprezíveis podem oferecer luz à compreensão do que se passa com essas crianças. Aqui muitas dessas falas servem como pontos de balizamento do que vamos desenvolver metapsicologicamente ou mesmo concluem coisas numa observação como o próprio Freud fez utilizando trechos de poesias e ditados populares em seus trabalhos. Nas palavras dele:

Ao fazê-lo, nos deixaremos conduzir sem hesitações pelo uso lingüístico ou, como também se diz pela sensibilidade para a linguagem, confiando que desse modo façamos justiça a conhecimentos anteriores que ainda resistem à expressão em palavras abstratas. (Freud 1930/2011, p.87)

Assim, alguns depoimentos ouvidos parecem salientar algo que sobra nessas crianças: “*Eles têm muita energia*”. Ou, algo de que essas crianças estão sempre carentes: “*são crianças que necessitam de mais estímulos para chegar ali, no nível de concentração que as outras chegam.*” Ainda, algo que as estimula de modo constante: “*Comparo a hiperatividade com uma cocadeira muito grande que você não consegue parar. Você tem condições de sentar para assistir a um DVD? De fazer um jogo de encaixe?*”

Quando nos referimos ao conceito de pulsão, distinguimos sua energia, uma *konstant kraft* mas também algo como um alvo enquanto limiar *Ziel* (o “ali” onde os estímulos devem chegar) e com uma fonte de onde parte a estimulação. A pulsão não visa à satisfação apenas, mas através desta, o retorno ao estado de menor energia, tal qual a água do rio acumulada na barragem conforme Frej (2012a). Desse modo suas manifestações desvelam sempre uma dimensão além do percurso que visa ao prazer, dimensão mais do que evidente na hiperatividade enquanto excesso. Essas dimensões do excesso, da finalidade, do estímulo

estão presentes na teoria psicanalítica e aparecem nas falas que dão a orientação das concepções das profissionais.

Numa delas, isso parece representar uma necessidade de estimulação como “grão de areia” ou núcleo orgânico do sintoma conforme vimos em Freud contra o qual não podemos nos contrapor, pois é um funcionamento constitutivo. Neste sentido sua prática desenvolverá uma série de adaptações do meio a este modo de funcionar da criança. Nas outras, temos uma dimensão de excesso que transborda e que pede contenção e adaptação da criança ao meio de algum modo.

A dimensão do excesso se vê expressa mesmo na palavra “imperativo” que como todo ato falho, é bem sucedido, pois revela uma verdade: uma criança que não se deixa transbordar, conforme vimos em Bergès (2008), no sentido de transitivar-se, ou seja, assumir em parte o que lhe vem do Outro e em parte relança-lo num jogo de trocas simbólicas. Essa palavra tem utilização fundamental na psicanálise.

O imperativo categórico kantiano a que Freud se refere seria herdeiro direto do Complexo de Édipo (1923/1969), tal qual o Supereu, encontrando-se neste sob a forma de ideal de eu representado numa frase como: “você deveria ser assim (como o seu pai)” (p.49) que também compreende a proibição: “Você não pode ser assim (como o seu pai)” (idem). Este é um dos paradoxos da psicanálise que nos fazem pensar nas diversas apresentações clínicas possíveis. Apesar de concentrar no eu uma estrutura derivada de uma identificação e sublimação (que implica numa elevação da pulsão), “ele constitui uma lembrança da antiga fraqueza e dependência do ego.” (p.64). Identificação que segundo Freud resta ainda no ideal do eu- que nesse texto têm íntima relação com o Supereu - “jaz oculta a primeira e mais importante identificação com o pai em sua própria história pessoal (...) trata-se de uma identificação direta e imediata, e se efetua mais primitivamente do que qualquer catexia de objeto.” (p.45-46)

Para afastarmos a ideia de uma identificação com características empíricas de um pai, recorreremos novamente à passagem do seminário A identificação de Lacan (1961/2003) em que ele é categórico ao dizer muitas vezes que “o que entendemos por identificação (...) é uma **identificação de significante**”, (p.25, realce nosso). Neste sentido, podemos perguntar pelo significante privilegiado e que tipo de organização estabelece com outros significantes para dizer se temos um sujeito constituído, com a constituição em impasse e que tipo de impasse.

O significante primeiro que Lacan (1970-71/1985) chamará de S1 é o significante-mestre quando está em lugar de agente no discurso de mesmo nome (Lacan 1969-1970/1992) e está por trás de toda a ideia de progresso que Lacan (1975/1998) traduz na frase: “*Em frente, marche*” (p.15). A esse S1 como significante que excetua o sujeito, liga-se um saber no Discurso do Mestre, saber que produz um resto de saber não-sabido. Se há um saber, que como vimos recalca, este recalque sofre vicissitudes como nos disse Bergès (2008) que torna o sujeito mais ou menos acessível.

Lembremos que Bergès e Balbo (2001) falam que as crianças hipercinéticas não demonstram com sua fala, sua fala segue em paralelo ao que ela mostra no movimento de seu corpo, que essas coisas não parecem se enlaçar bem. O que fez Bergès (2008) destacar que se trata aí de passagens-ao-ato. Não se trata de crianças simplesmente ansiosas, portanto, mas com esse elemento mais ou menos presente das passagens-ao-ato. E a fala da mãe, “não é recalcante, ela é simplesmente acompanhante ou agravante.” (p.68).

A clínica nos obriga então a diferenciar as crianças que podem se distrair mais ou menos, o que é bem diferente de uma permanente agitação em que percebemos os prejuízos da criança com relação ao simbólico como veremos depois.

*“A criança X - fico me perguntando se ele tem mesmo um quadro de hiperatividade. Porque ele fica inquieto em alguns momentos, tem aquela busca, aquele movimento, mas ele tem outras coisas. Ele consegue ficar parado na atividade, ele presta atenção no que você tá falando. Sei lá se ele não tem apenas uma agitação psicomotora. A agitação psicomotora seria apenas um sintoma, mas a hiperatividade já é um quadro. Você pode ter dentro de um F90 uma agitação psicomotora, mas não necessariamente toda agitação psicomotora vai corresponder a um F90. Em outros momentos a criança pode apresentar hiperatividade e não ser TDAH.”*

Desse modo, temos crianças com nível intelectual razoável, que falam coerentemente, com seus interesses particularizados e que, ao mesmo tempo em que se mostram mais distraídas que as outras podem atentar a momentos ou detalhes que normalmente as outras não atentam ou retomar a atenção sobre algo que havia se desligado, de maneira muito particular. É o que pudemos obter dessa outra profissional:

*“A gente até fez uma analogia. Uma criança fazendo a atividade dele concentrado e ao mesmo tempo é como se ele tivesse vários links da internet abertos na cabeça dele. Então se uma pessoa tava ali fazendo a atividade: alguém perguntou alguma coisa e ele foi e respondeu, o outro falou outra coisa e ele respondeu como se ele tivesse com vários ouvidos, várias janelas abertas na atividade ali que a gente tava propondo e, ao mesmo tempo ele se concentrando em outras coisas então eu abro essa e respondo, abro aquela e respondo, Como se a cabeça dele fosse realmente um Computador com*

*várias janelinhas. Criança razoável do ponto de vista da inteligência. Ele tá aparentemente bastante concentrado na atividade, foi mais ou menos assim:*

*Eu tinha três tipos de cores: amarelo, verde e azul e não tinha o vermelho. E uma criança tava querendo pintar a bandeira do Japão que tem vermelho. Ah, infelizmente a do Japão não vai dar porque a gente não tem o vermelho, eu disse. Passou.*

*Daqui a pouco outra criança tava fazendo uma atividade e disse: qual a cor que tem: Ah!, eu disse, tem amarelo, tem verde, tem vermelho. Aí o outro que estava super concentrado, disse: Vermelho!? A vermelho não tem! A sra. acabou de dizer que não tem! E eu disse: Ah é, esqueci. Quer dizer que ele tava ligado em tudo que estava acontecendo!”*

Esta última criança nos faz pensar por um lado sobre o que acontece com algumas crianças assim diagnosticadas e que parecem estar sempre atentas aos esquecimentos, às falhas do Outro e prontas a revelá-las. Não deixam de lembrar o funcionamento histórico de que nos fala Joel Dör (1994) de uma reivindicação fálica permanente, numa presença tanto afetiva como disposta a apontar os furos do Mestre. O imperativo neste caso, daquele que não se distrai, mas está à espreita das distrações do Outro, é bem diferente do de uma criança em permanente estado de desatenção e agitação, onde a própria estrutura fantasmática se vê em perigo.

De todo modo, a criança acima nos faz pensar por outro lado sobre o mundo contemporâneo e suas exigências crescentes com a informatização podendo dar origem a “uma nova forma de atenção” (Campos, 2013). Não estaríamos diante de crianças informatizadas e com atenção flutuante e plurifocal ao invés do crescente número de crianças diagnosticadas de hiperativas? Isto está previsto de certa forma como vimos em Freud (1895/2003) no Projeto quando ele refere um momento do aparelho psíquico em que as catexias de atenção seguem por áreas que não tem imediatamente a ver com o objeto em questão. Assim, esta seria uma faceta da Atenção privilegiada ou mais investida como algo do mundo contemporâneo em que o estilo ou problema de atenção a depender do que se puder verificar está ligado a algo que se incorpora a cada dia desse funcionamento e não encontra mais tanto espaço para se expressar em palavras e para uma crítica fácil (idem). Isto só vem apontar para a importância da psicanálise vir em socorro dessas subjetividades de diferentes modos e em diferentes contextos.

O próprio mundo contemporâneo parece estar mergulhado neste significante “hiperativo” de modo “imperativo” conforme vimos no primeiro capítulo pela ênfase dada nos meios de comunicação e no discurso capitalista que ordena gozar. Isso vem ao encontro

do cotidiano de nosso serviço, já que as profissionais que se dedicam às triagens no CAPSi observam a grande quantidade de crianças com essas queixas.

*“A cada vez que eu faço triagem sempre acontece de vir uma criança com características de algum desses transtornos enquadrados de F90.0. Independente de ser realmente um caso de F90.0 ou não mas me parece que as mães elas já vêm com essa palavra : ‘hiperatividade’. Assim como no CAPS de adultos onde eu trabalhei aparecia muito a palavra depressão, aqui eu noto que as crianças sempre vêm ou com a palavra hiperatividade ou com “esse menino não para quieto”, “esse menino não consegue obedecer”.*

Torna-se imperativo então, continuarmos a operar algumas distinções nessas utilizações. O imperativo não seria apenas a criança tirana que ordena que os pais e o meio lhe entreguem tão rápido quanto possível todas as coisas que quer, embora essa imagem não esteja distante do que percebemos na prática. Não se trata apenas da criança que obedece à pulsão de destruição voltada para fora sob o modo de agressividade contra o mundo quando este lhe nega algo.

Existe a criança que para quando lhe colocamos diante de algo que lhe interessa mais ou quando chamamos sua atenção conforme vimos acima, mas há crianças que “*não param*”, isso está presente de modo generalizado nas queixas e observações. Parecem ouvir um imperativo que diz: “*não pare.*” A “*coceira*” da qual falou uma das profissionais não é tanto fonte de estimulação da pulsão como se poderia pensar numa aproximação mais fácil com a teoria, mas é muito mais o que Bergès e Balbo (2001) dizem ser algo que “*transgride a pulsão, (...) ao mesmo tempo em que a mantém.*” (p.98) A genialidade clínica dos autores nos provoca a pensar no conceito de pulsão freudiano aquele da fronteira entre a psique e o corpo (Freud, 1915/1969) e no caso específico da hiperatividade como portando um imperativo de gozo dos pais (Bergès & Balbo, 2001) que recai no corpo. Aquilo que deveria se sustentar num saber do Outro S2, algo que ordenasse um interesse para ela, faz corpo na criança quando está hipercinética ou hiperativa e temos uma dimensão holofrásica S1-S2. A dimensão da cinesia revelando o pulsional que é transgredido porque invade a cena, perdendo o seu lado “*mental*” que o caracteriza e de onde o sujeito pode ser expulso em alguns momentos ou quase todo tempo com a dimensão da atividade revelando pontos de uma cena fantasmática, muitas vezes difíceis de situar em discurso já que permanece “*hiper*”.

Podemos acompanhar uma criança onde observamos essa oscilação da hipercinesia à hiperatividade e perguntar sob qual imperativo a criança estaria submetida e como a profissional concebe isto.

*“essa criança no CAPSi quebrava tudo, virava totalmente essa sala aqui. E além do mais ele é daquela criança que além de fazer ainda ficava rindo, debochando, se jogando no chão. (...)é bem comprometida: ele tem um retardo grave, além dessa questão da hiperatividade. Ele tem a voz bem infantilizada, o comportamento infantilizado, de certa forma ela se joga nos braços da gente.*

*(...) correndo dentro da sala, não tem nada que prenda a atenção dela. O que eu consegui fazer com essa criança foi levá-la para ambientes abertos e tentar fazer com ele atividades lúdicas, não trabalho com ele em ambiente fechado, fica insuportável pra ele.”*

Noutro momento, verificamos que a mesma criança que vamos chamar de A, em ambientes menos fechados, sendo menos confrontada com falas questionadoras e proibidoras, sua hipercinesia não deixa de existir, mas há nuances de uma atividade, de uma cena que permite a criança falar engajando-se.

*“Cheguei a entrar com ele em supermercado onde ele ficou: Tia quero isso, eu quero aquilo! E eu comecei a conversar com ele que não era o momento que a gente estava só passeando. Que é muito interessante a gente ver quais são as coisas que fazem bem pra saúde, as que não fazem. Ele compreendeu muito bem. Chegou a dizer: Ah! Eu gosto tipo de comida com chocolate. Mas esse chocolate faz mal, né !?, coloquei. Foi uma interação muito boa. Mas a gente vai voltar e você vai comprar coisas pra mim, né? E ele continua: Tá bom então eu vou pedir dinheiro a minha mãe pra gente vir fazer compras, tá!? E eu digo: Ótimo, muito bem!”*

Esses diferentes momentos da criança sob o imperativo que invade sua motricidade pode oscilar e, acreditamos que isso se relaciona com as palavras da mãe, que conforme vimos em Bergès & Balbo (2001, 2002) não têm sucesso em inscrever-se no corpo, mas parecem “revirá-lo pelo avesso”. O que é constatado por esta última profissional em muitos casos, inclusive neste de A:

*“Mas como é que ele pode ouvir se a mãe também não deixa ouvir? A mãe tava mais angustiada que a própria criança, a angústia da mãe tava passando para ele. É tanto que ela chegava aqui chorando o tempo todo, chegou ao ponto de dizer que ninguém ligava pra ela e que só ligava pra ela era fulano e sicrano e que as pessoas tratavam mal o filho dela. (...)*

*Porque pra ela a criança era uma criança doente e como a gente sabe existem muitas mães que vão atrás dos ganhos secundários (...) de repente uma aposentadoria! A aposentadoria da criança é importante pra uma mãe que já não tem o marido que não suportava ficar com ela.*

*(...) ela mesma dizia: Não aguento mais! Hoje eu vim no ônibus e as pessoas diziam: Ei Dona Maria, dá um tabefe nesse menino, esse menino tá assim porque é falta de pau! Essas são palavras minhas. Ela disse que tava muito triste, muito chateada por causa disso.”*

A “angústia” da mãe de A é tão grande que por vários momentos sua criança “se joga” como observa essa terapeuta, como numa passagem-ao-ato, indo ao chão ou como num

acting-out em cenas nos braços da terapeuta. O corpo sacrificado ao gozo dos pais, sobretudo quando o pai da realidade não se faz representar por seu “pau” junto à mãe se ouvirmos bem a fala desta quando diz que as pessoas do ônibus, tal qual num coro grego<sup>7</sup> de sua tragédia, dizem que “*esse menino tá assim porque é falta de pau!*”. Se a mãe não consegue inscrever o filho como metáfora de seu amor por um homem, conforme Lacan (1954-1955/ 1995), ela acaba, pelo menos quando se vê mais confrontada a cuidar do filho, não a proclamá-lo como metonímia do falo, pois que a mãe não é onipotente, muito pelo contrário, mas conforme Lebrun (2011) como tampão, para que ela, mãe não se confronte com a perda, nem tampouco a criança. Na sua Nota sobre a criança, Lacan (1969/2003) escreveu dois destinos para a criança, como sintoma do casal parental ou como objeto *a* do fantasma materno. Segundo a proposta de Lebrun citada acima, uma terceira posição seria a de muitas crianças e jovens, alguns muito pobres que não parecem ser a encarnação do objeto só para a mãe, nem tampouco o sintoma das questões parentais onde é concebida, mas um tampão que mascarasse a falta e conseqüentemente o luto do objeto perdido, não o próprio objeto.

Há momentos em que a criança parece funcionar num regime de recalque e outros em que parece operar uma forclusão. São situações clínicas que não se definem de modo permanente numa posição. Quando está longe da mãe e de “*um ambiente fechado*”, a criança parece recuperar pouco a pouco o lugar de sujeito, de fazer demanda e de aceitar sua negociação. É certo que temos crianças psicóticas ou autistas muito cedo e que assim permanecem, haja vista o caso apresentado por Rosine Lefort. Estas crianças psicóticas também podem ter sintomas hiperativos, junto com os sintomas de alheamento, alucinação e outros. Porém, estamos falando de crianças que ora não suportam tomar a palavra, ficando numa agitação permanente, ora conseguem tomá-la e dar indícios de entrar na ordem fálica, fazendo a demanda dar voltas num diálogo com o outro conforme vimos na saída da profissional com A. Mesmo que de modo precário, percebemos algumas crianças estabilizadas noutra patamar e funcionamento. Um funcionamento através do princípio de

---

<sup>7</sup>O Coro grego formado por grupo de pessoas que falam ou cantam numa apresentação trágica tem grande interesse para a psicanálise uma vez que Freud e Lacan utilizaram das tragédias amplamente em suas teorizações. Basta fazermos referência aqui a tragédia de Sófocles que influenciou Freud na sua teorização do Complexo de Édipo e Antígona do mesmo autor que foi muito explorada por Lacan em sua discussão sobre a Ética (seminário VII). Neste seminário, Lacan (1959-1960/1991) traz alguns significados do Coro durante a tragédia, dentre eles o de que o Coro aponta para o sentido do herói trágico, aquele para além da “Até”, ou seja, dos limites da própria vida cidadina, vida regulada. O que pode fazer uma mãe sacrificar o gozo do Outro, que impede a criança e ela própria de viver senão algo que a faça vergar-se e permita a criança identificar-se? Este “pau” que as pessoas referem pode evocar para nós- daí a semelhança apontada por nós deste conjunto com o Coro grego- o sentido do que se passa não apenas na cena vista, mas na tragédia familiar que pertence à Outra cena, a que nós temos acesso pelas outras falas, mais íntimas da mãe.

realidade em que se guia por uma identidade de pensamento e não pela identidade de percepção que se alastra esperando um limite. Assim, é que podemos pensar tratar-se de outra criança com a mudança de “ambiente”. Só que esta “outra” criança não consegue ficar sendo “outra” por muito tempo, já que retorna à convivência com sua mãe. *“Porque essa criança tem determinadas condutas num lugar e em outro ela não tem?”*, se pergunta a profissional e introduz a fala da própria mãe: *“Ela aqui com você fica bem, quando chega em casa ela se transforma!”*

Provavelmente a maior parte dos casos de hiperatividade que chegam ao CAPSi ainda não segue esse rumo da psicose ou de situações clínicas não-decididas (Jerusalinsky, 2005). Aliás, essa é uma das polêmicas no serviço: será que todos os casos de hiperatividade deveriam ser acompanhados lá? As profissionais dizem que não e oferecem diferentes indicações. Será que conceitos como o imperativo, os endereçamentos feitos pelas crianças e pelos pais entre si e com a instituição, bem como as indicações dos limites e das constituições das fronteiras poderiam estar presentes?

*“A criança... ela vai e provoca o outro, então eu não vejo que ela tenha um déficit de atenção. Pelo contrário, ela sabe o que está fazendo. A hiperatividade e o déficit de atenção, ela fica se movimentando, ela passa a mão na parede, como se ela precisasse desse contato, ela gira, senta no chão. Você fala alguma coisa e ela se perde. Depois você chama atenção, ela volta. Passa algum estímulo externo e ela se dispersa com muita facilidade. Como se ela precisasse de alguma coisa pra se focalizar. Do toque mesmo, da estrutura, alguma coisa que é pra chamar atenção.”*

No aparelho psíquico uma excitação almeja uma via de descarga conforme vimos em Freud (1895/2003) e, essa descarga tem que fazer face às exigências do ego guiada pelos processos secundários e a identidade de pensamento e não conforme o imediatismo do princípio do prazer que na verdade trará mais desprazer, pois guiado pela identidade de percepção. Ora, o que ocorre nas crianças com déficit de atenção e hiperatividade? Elas insistem nos movimentos, no contato, na mudança. A profissional observa muito bem: como se ela precisasse de *“alguma coisa para se focalizar”* e nós acrescentaríamos para se localizar. Os movimentos constantes como uma tentativa de se agarrar ao Outro. Não podemos admitir sempre aí, a forclusão do Nome-do-Pai, pois fica evidente nas falas das profissionais que muitos operam no registro simbólico sem se sentirem ameaçados pelas propostas da equipe. Podem até negar, fugir das questões e propostas e isso já é um modo de responder, mas sob o modo do *acting-out* e não do ataque ao outro ou a si mesmo e do jogar-se no chão.

*“Eu vejo muito a hiperatividade como uma necessidade de movimento, a criança tem a necessidade dessa busca do movimento. (...) a hiperatividade como um distúrbio de integração sensorial. A criança, ela precisaria de mais estímulo pra chegar ao limiar que as outras, então ela não consegue ficar sentada, recebendo estímulo. Ela precisa de mais necessidade de estímulo pra chegar naquele limiar neurológico, conseguir se concentrar pra fazer a atividade. E aí você tem esses distúrbios na entrada, no processamento ou na saída. Não se sabe exatamente onde, mas existe uma desintegração. E aí as crianças acabam respondendo da forma que as pessoas consideram inadequada.”*

Pensamos que o sistema proposto por Freud (1895/2003) não se organiza pela sua completude, mas como propõe Frej (2003) pelo seu inacabamento, ele não funciona conforme o ideal mecânico apenas, mas da transformação de energia que se dá pela entrada na relação mãe-criança, da ajuda estrangeira [*Fremde Hilfe*], conservando algo do estado de energia enquanto mesmo e, através desse movimento de *Aufhebung* que conserva o que foi negado, eleva-o também a outro modo de funcionamento. Ora, parece ser esta cota de energia que ficou desintegrada, que insiste conforme o modelo da profissional acima em buscar movimento e estimulação. Não sempre conforme um imperativo feroz, S1 isolado de uma série ou filiação simbólica fazendo holófrase (S1-S2) desde muito cedo- a julgar pelo caso de Rosine Lefort - mas simplesmente como retorno na motricidade do ponto em que não se decide quer seja afeto de recalque realizado quer seja real não simbolizado.

Jerusalinsky (2005) em sua proposta de que a metáfora do Nome-do-Pai não se estabelece de uma vez, mas é algo que pode ir se confirmando ou não na relação da criança com seus Outros propõe que quanto mais pontos-de-forclusão houver na malha simbólica da criança, maiores são os riscos de que algo fora dessa rede possa fazer injunção e atingir o sujeito. Quanto mais pontos soltos na malha, maiores são as chances de prejuízos em nível de seu real corporal e o autor fala que literalmente vem algo que machuca a criança, mas também que “lesa o seu ser”. Lembremos da fragilidade do escudo protetor de que fala Freud (1920/2003) como um filtro que retém parte da excitação dos estímulos, permitindo apenas a passagem de uma fração deles para influenciar no aparelho psíquico, na percepção. A lesão do escudo leva a uma desestabilização do sistema de Atenção (Freud 1895/2003) o que faz com que os estímulos invadam o aparelho psíquico dificultando ainda mais a própria constituição do sujeito e, no limite, da própria vida. Encontramos alguns casos de hipercinesia em que a criança pode se colocar em situações de perigo de morte.

De início, nossa tendência foi interpretar de modo diferente da profissional o que se passava com a criança. Acreditávamos que a criança estava submetida a um excesso que

precisava na verdade da negativização pela palavra (Lebrun, 2004) que poderia contribuir nessa constituição da criança com novas referências. Mas, passamos a considerar também que o que a profissional dizia da busca da criança por estimulação não seria incompatível com o que entendemos não dar conta desse excesso pulsional, pelo contrário, a busca por estimulação excessiva precisa do toque e da intervenção corporal da terapeuta, como ela mesma vai destacar em outras passagens até para que a palavra depois possa chegar a ter efeitos na constituição de outro funcionamento psíquico para a criança.

A situação de estrutura não-decida que propõe Jerusalinsky (2005) ou de forclusão parcial conforme Lévy (2008) não nos autoriza a concluir que as hiperatividades na infância poderiam passar pela adolescência e se tornarem psicoses – no sentido de apresentarem alucinações e delírios depois. As experiências a que tivemos acesso na literatura científica e através das profissionais entrevistadas também não nos autorizam a isso se a psicose não tiver surgido precocemente como podem ser os casos de Roberto (de Rosine Lefort) e de A. Mas, boa parte desses transtornos hipercinéticos com ou sem o aspecto da conduta envolvido segue pela vida adulta e isso é um dado pacífico em toda literatura, psiquiátrica (Barkley, 2008; Silva 2008,) ou psicanalítica (Lima, 2005; Legnani, 2009). O que pode apontar que a estrutura com que lidamos pode apresentar as feições do que Vera Legnani (2009) em seu estudo que aperfeiçoa seus achados de doutorado indica como pertencendo a um estado limite.

Na prática clínica, orientada por esses parâmetros diagnósticos, percebe-se que a diferença que comparece nas crianças com o diagnóstico médico de TDA/H aponta para uma organização estrutural indefinida, que esbarra nas delimitações das estruturas clínicas – neurose, psicose, perversão– sinalizando para uma posição subjetiva que está **na borda, no limite das referidas estruturas**. (P.17, realce nosso)

Resguardando-nos de uma generalização que vai contra os critérios da psicanálise que busca muito mais o singular que se excetua do universal, não vamos nos eximir, no entanto, de buscar uma descrição que possa ajudar a levantar questões. Motivados em parte pelo prognóstico, que não podemos dizer que não seja frequente, como aquele colocado por uma das colegas experientes no acompanhamento às crianças com este diagnóstico: *“Sabendo que o TDAH não tem cura, então tem que encontrar as estratégias de poder conviver”*. A literatura médica científica (Barkley, 2008) ou de divulgação sem deixar de ser feita por médicos (Silva, 2008, Mattos, 2007) é unânime em admitir: a maior parte dos pacientes continuará como adolescentes e adultos hiperativos e precisaremos manter o tratamento farmacológico, comportamental ou outro, bem como continuar a pensar nas estratégias para

reduzir o impacto de sua doença ou modo de vida TDA ou TDAH. Silva (2008) coloca que a criança inquieta e desatenta poderá ser o adulto que acumula prejuízos do tipo das multas de trânsito por avançar sinais vermelhos por exemplo. Isso tudo não deixa de ter uma aproximação por pequena que seja com o que diz alguns psicanalistas.

Charles Melman (2004) como vimos no capítulo 2 deu indicações amplas sobre isso em experiências clínicas no livro *Formas Clínicas da Nova Patologia Mental*. Ele fala de uma criança de três anos, com agitação permanente e dramática, mas fala também de adultos inteligentes e bem-sucedidos que vivem em busca de experiências profissionais e amorosas permanentemente e que se queixam disso e vêm à análise para buscar alívio. Sem levantar julgamento moral em momento algum sobre esses estilos de vida, Melman nos incita a pensar sobre esse tipo de paciente que ele denomina “sujeito sem domicílio” estabelecendo na conferência uma relação entre o garotinho de três anos agitado e sem lugar na escola e na família e os adultos nessa busca estafante e compulsiva de novidades e, paradoxalmente, por outro lado, de um lugar.

Legnani (2009) baseando-se no trabalho de Jean Jacques Rassial sobre os sujeitos em estado limite chega a propor que os adultos que vivem essa sintomatologia permaneceram infantilizados, como que sem a interdição de um lugar de exceção, de uma referência a partir da qual possam se engajar num projeto desejante que nos fala Melman no texto acima citado. Assim, diz a autora:

Caso não encontre uma via de acesso ao simbólico, não restará à criança outro caminho a não ser o de emaranhar-se nos nós da alienação, permanecendo ancorada em uma posição infantilizada que não mais será esquecida no tempo futuro: nem no da adolescência e tampouco no da vida adulta. (p.32)

Essa referência de Melman, bem como outra de Jean Pierre-Lebrun (2008) que traz a ideia de que os pais não sabem mais dizer “não” poderiam nos fazer pensar que estaríamos na contramão do que nossos dados clínicos encontraram sob o modo do “imperativo”. Então estariam esses hiperativos / imperativos, na verdade, pedindo um imperativo? Uma referência imperativa acima de sua errância, que lhes orientasse? Não! Desse modo, pensamos que o não que precisa ser dado é ao imperativo de gozo, incluindo o dos pais que lhe constituem. Trata-se de um não ao imperativo que manda largar cada conquista amorosa e cada emprego em busca de mais um “desejo” e de nenhuma realização.

Tratar com devido cuidado a proposição de Lebrun (2008) é concluir que os pais não sabem mesmo mais dizer “não”, pois dizer “não” a toda hora no caso de algumas crianças é sinal de falha na referência da autoridade, é levá-las a um ponto insuportável, a de certo modo, buscar a oposição constante a fim de encontrar essa autoridade ou mesmo, a fundá-la. Por outro lado, o “não” pode ter uma estrutura denegatória que conhecemos bem na psicanálise: os adultos dizem não quase num “incentivo” e estímulo ao desafio e a oposição da criança que segue e confirma à testemunha o contrário do que o não parecia proibir: o gesto atrapalhado, o acidente que confirma a onipotência e onisciência daquele adulto (ir) responsável (Bergès & Balbo, 2001) Mas não seria a operação de separação com a mãe, seu Outro que está prejudicada? O excesso de não é, portanto, a manutenção mesma do imperativo de gozo corporal que o imperativo negativo manifestado pelos adultos pode muitas vezes tentar mascarar e o acidente pode ser a confirmação dessa onipotência, mas também a tentativa desesperada da criança de sair disso:

*“Agora estou entendendo porque fulaninho tá tendo determinados comportamentos. Porque todo o tempo a mãe tá bloqueando, dizendo que não, não pode, não faça. (...) Muitas vezes eles têm esses comportamentos que é como se tivessem dizendo assim: - Mãe! Me solta um pouquinho, eu preciso respirar!”*

Vimos que Freud (1925/1980) fornece elementos em seu texto *A denegação* tanto à questão dos limites que constituem fronteiras, quanto à possibilidade do endereçamento que vem daí, articulando justamente o movimento do sim e do não, bem como o nascimento da função do juízo. Como vimos em Freud o sim e o não podem ter um suporte inicialmente, agido: “isto eu quero comer ou cuspir (...) isto eu quero introduzir ou excluir de mim.” (p.13) Estamos no âmbito do juízo de atribuição.

Segundo Didier-Weil (1989) o texto em alemão de Freud possui uma distinção entre uma rejeição sem possibilidade de reversão, uma forclusão (*Verwerfung*) e uma rejeição com possibilidade de reversão, sem o prefixo ver (*werfen*). Na *verwerfung* o trabalho da *Austossung* que pode levar o real a estar presente nos dois espaços: dentro, mas também fora (Frej, 2003, p.58) pela articulação com a afirmação primordial (*Bejahung*) pode ficar comprometido. Na reversibilidade do real *Werfen*,

que corresponderia a um fora onde residiria ‘todo’ o mau, vai se revelar com o acionamento do princípio de realidade, transmutável num novo fora, não tão mau assim, posto que o sujeito vai fazer dele o lugar de sua busca. (Didier-Weil, 1989, p.19)

É quando Freud (1925/1980) propõe que no julgamento de existência, “não se trata mais de saber se algo (coisa) percebido deve ou não ser acolhido no eu, mas se algo no eu

existente como representação também pode ser reencontrado na percepção (realidade).” (p13). Neste sentido verificamos que algo vai para o campo não da realidade simplesmente, lendo o texto de modo direto, pois podemos encarar a realidade como um dado nunca evidente de início. Preferimos antes seguir a indicação de Frej (2003) de que estaríamos antes no que Freud chama aí de realidade no nível da matéria. À realidade, portanto, só se teria acesso pela vertente da metamorfose do organismo em corpo. Frej (2003) verifica ainda as aproximações de matéria com mãe (*mater* no latim), neste sentido, outro funcionamento possível seria o que descolasse dessa matéria, desse aspecto sógnico e não metafórico da linguagem infantil, conforme Lévy (2008). Funcionamento que levaria em alguns casos a sair do sufocamento do sujeito na criança conforme a fala acima “*Me solta um pouquinho, eu preciso respirar*” e precisaria assim da intervenção de um in-corpóreo para acontecer certa negativização do organismo em corpo.

Volto primeiro ao corpo do simbólico (...) nada senão ele isola o corpo, a ser tomado no sentido ingênuo, isto é, aquele sobre o qual o ser que nele se apoia não sabe que é a linguagem que lho confere, a tal ponto que ele não existiria, se não pudesse falar. O primeiro corpo faz o segundo, por se incorporar nele. Daí o incorpóreo que fica marcando o primeiro, desde o momento seguinte à sua incorporação. (Lacan, 1970/2003, p.406)

É preciso que o infans in-corpore, e aí instalamos nossa concepção dentro do esquema freudiano da incorporação em que o corpo passa a ser animado pelo espírito da Língua e por algo que está ausente (pai) e não apenas pelo que se faz presente (mãe). Isso não se faz se considerarmos o registro do imaginário e do real sem o simbólico que procuraremos apontar aqui, primeiro considerando a experiência de uma das profissionais com crianças bem pequenas:

*“Pai que não dá apoio, muitas mães então realizam faxina pra melhorar a situação da casa. Os pais não apoiam. Muitos pais quando sabem que a criança tem uma patologia jogam tudo nas costas da mãe. A aposentadoria pode ajudar que a mãe se tranquilize e consiga dialogar com o filho, até o **tom da voz** melhora um pouco mais. E o tom da voz quando a mãe está preocupada sem o que comer, sem o que dar ao próprio filho... De repente o menino que está agitado, que não aguenta tanto não, que não aguenta tanto grito.”*

Destacamos da fala da profissional alguns elementos como “o pai que não dá apoio”, o “tom da voz” e o “grito”, por serem elementos não só da experiência, mas da constituição do sujeito conforme vimos no capítulo 2. O regime do pai conforme Lebrun (2009) não anula o regime materno ou a relação pré-edipiana da criança com sua mãe, estes termos pai e mãe aqui representam meramente o modo de funcionamento predominante e não apenas elementos da realidade. Desse modo, num regime em que falta o apoio do pai à mãe e na mãe, o que

resta a esta mãe podem ser o apoio na voz e no grito, elementos de apelo imaginário que podem não avançar num sentido simbólico.

O grito em Freud (1895/2003) tem primeiro o aspecto de eliminação interna do excesso de excitação, mas adquire pouco a pouco a função secundária de comunicação de um estado à pessoa atenta, responsável por favorecer a realização da ação específica. Frej (2003) nos ajudou a distinguir que o outro que realiza a ação para a criança pode ser um Outro à medida em que favorece a realização da ação no organismo. O grito como eliminação interna de tensão cede lugar por interpretação do Outro ao exercício tônico na reciprocidade estabelecida com ele e passa a ter a função de chamar, de demandar. No entanto, quando se é a mãe que passa a gritar, podemos ter nesta inversão da hierarquia que possibilitaria a constituição da criança, alguns impasses.

Frej (2003) em sua pesquisa de campo na tese de doutorado sobre meninos de rua se deparou com mães que, ao contrário de alimentarem seus filhos, se faziam alimentar por eles, enviando-os aos sinais de trânsito a fim de obterem dinheiro para comprar comida. Os pais dessas crianças, geralmente estavam fora dessa luta por sobrevivência, mas não completamente fora, pensamos nós, no sentido de uma forclusão, na medida em que eram lembrados como aqueles que desprezaram a mulher e a cria, eram apontados de certa forma nas falas familiares, podendo conferir exceção e efeitos a eles. Pode ser que parte das crianças atendidas no CAPSi estejam na posição de obter uma sobrevivência para suas mães através de benefícios assistenciais, mas neste caso, por vias um tanto diferentes.

Enquanto as crianças de rua consideradas por Frej (2003) em sua pesquisa estariam na posição de possibilitadoras da ação específica que viria ajudar na sobrevivência da mãe e da família, algumas crianças do CAPSi estariam na posição de perturbadoras da mãe, da família e da ordem social, à medida em que, como A, causam tumulto nos ônibus e outros espaços. Neste caso, arriscaríamos a dizer que estariam ambas a gritar muitas vezes e a criança, em suas passagens-ao-ato ou sucumbiria a este grito, jogando-se, ou realizando transgressões que chamassem a atenção do espaço social para a situação de sua mãe e família e, neste caso, possuiria certo limite dado pela fantasia, como vimos em Lebrun (2011) a criança “tampão”.

Destacamos a importância do objeto voz na constituição do circuito freudiano da demanda do Outro à criança através da voz que pode chegar ao ponto do grito, grito que é utilizado pela criança e pode se tornar sua comunicação e sua demanda ao Outro. (Catão,

2009). Também destacamos na de outra profissional o valor do olhar que é dirigido à criança pelos outros do social, justo quando perguntamos sobre o lugar que o CAPSi pode ter na vida das crianças e seus pais.

*“Na visão de muitas mães é o lugar onde os filhos delas são aceitos, podem fazer o que quer e ninguém fica olhando com aquele olhar de discriminação. Podem ter os seus sintomas bem característicos de suas doenças sem que as pessoas olhem com aquele OLHAR: - que mãe, que filho!”*

O olhar do CAPSi não deve discriminar, no sentido condenatório que esta palavra pode ter, a criança e suas mães. Mas essa passagem de outra profissional, mais sensível à questão do olhar, como veremos ainda, revela que este objeto pode estar comandando a criança, como vimos, aliás, em Bergès e Balbo (2001) ou colocando-o em lugar de dejetos, como pudemos obter da leitura de fragmentos dessa entrevistada.

Essa ideia do comando pode ser observada quando ela fala do vínculo com algumas crianças: *“Estabelecer vínculo não é fácil porque ele nem para pra olhar pra você”*. Ora, se há crianças que não param nem sequer para olhar é porque são justamente comandadas por este olhar do Outro que ela não dialetiza nos possíveis contatos com os outros. O olhar da mãe para a criança através do espelho é matriz de formação da função do eu, alienação/ilusão necessária, junto com a nomeação “é você fulano” conforme nos ensina Lacan (1936/1998). Didier-Weil (1989) nos diz que “a voz procede da estrutura do olhar” e que

(...) o olhar é a forma pela qual se encarna a irrupção de uma descontinuidade radical no discurso, irrupção que confere à voz Supereuóica este caráter de fixidez absoluta que tem o olhar, como se fosse uma forclusão da dimensão diacrônica da fala que a voz supereuóica persistisse, persistência encarnada nessa pura sincronia que é o olhar. (p.15)

Essa dimensão do olhar pode ser estabelecida de outra forma que não nessa errância do olhar, é o que a mesma profissional nos mostra nesta outra criança, que apesar de bem pequena parece contar com recursos metafóricos no próprio olhar e nas suas trocas de olhares:

*“Tem um outro que é bem menorzinho, tem 4 anos. Ele tem dificuldade na fala. E daí ele tem dificuldade pra interagir com os demais. Mas me parece que dentro da questão da hiperatividade, ele já tem uma comunicação própria pelo **olhar**. Então quando um **olha** pra o outro, o outro já sabe o que deve fazer e o que propor ao outro. Então mesmo ele não tendo uma facilidade de conversar, ele faz bastantes coisas dentro do grupo e da atividade e não consegue obedecer às regras do grupo. Eu noto que é bem mais difícil pra ele do que os mais velhos conseguir obedecer aos limites, às regras de convivência.”*

Esta é uma das crianças que a profissional questiona se deveria estar no CAPSi, pois as dificuldades com as regras podem se dar por uma dificuldade de compreensão e da educação mas o essencial da metáfora parece estar bem inscrita.

*“Eu noto que é realmente alguma coisa difícil de estabelecer. Não são sintomas isolados, não é simplesmente a hiperatividade, a dificuldade de atenção ou a intolerância ao limite ou a frustração que vai me levar ao diagnóstico fechado. Principalmente com crianças como essa que tem 4 anos que estão em pleno desenvolvimento. Então, todas as crianças de maneira geral têm dificuldades de obedecer aos limites. Todas as crianças podem ter um ou outro momento mais agitado. (...) A gente nota muito aqui que muitas dessas crianças dentre outras dificuldades têm dificuldade desse limite familiar que é dado no dia-a-dia que a gente enquanto CAPSi não pode ou não deveria tá oferecendo. Não é o nosso papel tá dando educação básica familiar pra criança nenhuma.”*

Há crianças que dependendo da forma como foram olhadas, vão enviar esse olhar para os outros também, vemos aí certo endereçamento, uma demanda de reconhecimento, o que já revela algum laço ao Outro, pois mesmo enquanto dejetos, são dejetos que muitas vezes a mãe usa para se fazer olhar pelos outros, são crianças hiperativas e não somente, hipercinéticas:

*“ é daquele que atinge você no seu ponto fraco. Ele observa e fala: Olha! Você é gordo, você é magro, você é assim! B apresenta grande dificuldade de conseguir ficar parado, ficar quieto. Ele mesmo diz: - Eu quero ficar quieto e não consigo! E a gente observa muito isso durante as atividades de grupo. Ele tem mesmo muita dificuldade em se concentrar. Já tentei propostas como a música, trabalho com artesanato em que há outras crianças que têm o diagnóstico de hiperatividade eu vejo que isso acalma, mas no caso dessa criança, eu vejo que ele não consegue. (10 anos) Noto que ele tem muita dificuldade, ao mesmo tempo percebo uma inteligência muito grande pra reconhecer cores, pra escrita, pra elaborar frases muito completas, de uma forma até superior ao esperado pra idade dele. Ele usa uma dramatização muito grande pra falar, parece às vezes um ator mesmo falando.”*

O S1 da criança pode se constituir assim na confluência da voz e do olhar e vai se articular ao saber S2, no caso da mãe que faz uma hipótese de sujeito na criança (Bergès & Balbo, 2001). Essa hipótese é o que favorece a criança poder contradizer ou desdizer o “Tu és Isto”, impedindo que se torne um “Tu és só isto.” (Didier-Weil, 1989, p.16). No caso de B, “ele parece um ator falando.” “O olhar, diz Didier-Weil, é uma manifestação topológica do Supereu, porquanto este significante no real (S1) desenha aí um furo simbólico do qual vai emergir uma presença que olha.” (p.17)

Nuances da constituição subjetiva da criança podem ser esclarecidas fazendo-se apelo a outro limite que é oferecido à criança com a constituição da fronteira que vamos frisar “nunca bem nitidamente traçada – entre o normal e o patológico.” (Freud 1924/1969, p. 222). Limite ligado à “autoridade do pai ou dos pais” (p.221), ou conforme as profissionais ao

“apoio” (que falta) dos pais às mães do CAPSi, permitindo que essa autoridade seja introjetada pelo eu e forme o Supereu, segundo Freud no mesmo texto.

Essa autoridade do pai viria confirmar ou ratificar o papel da metáfora paterna que já opera de algum modo na criança, possibilitando assim, que “recalques posteriores ocorram pela maior parte com a participação do Supereu.” (idem) Estaríamos conforme Lèvy (2008) no campo de consolidação do recalque. Este autor, como vimos, fala de “maturação da metáfora” e de “recalques parciais” até então.

A noção de Supereu vê-se assim deslocada por uma interrogação aqui, que vai ao encontro da clínica com essas crianças às voltas com os “limites” desde sua acepção mais comum (desrespeito e desafio aos limites sociais) ao uso mais psicanalítico (aquilo que opera na constituição das fronteiras e do aparelho psíquico). Onde se fundamentaria o papel do Supereu nos recalques no que ele tem a ver com a censura?

Didier-Weil (1989) prefere falar em “Supereus” enquanto referências lógicas anteriores desse conceito que situa uma fronteira “nunca bem nitidamente traçada – entre o normal e o patológico.” (Freud 1924/1969, p. 222). Um primeiro olhar fascinante que submete o que poderia vir a ser sujeito cai sob a castração dos significantes que furam este olhar real supereóico arcaico. O que havia caído como *werfen*, ficam impedidos neste caso de serem *verwerfen*. A segunda incorporação, já pode ser considerada edipiana entre pai simbólico castrador e pai imaginário privador. Trata-se de um

segundo olhar cujo efeito persecutório não mais consistirá em fazer o sujeito perder tudo- face e fala- mas a pôr em dúvida sua aptidão em insistir como sujeito falante e como eu. A natureza desse novo Supereu reside na eminente vulnerabilidade desta conquista que é a imagem especular e cuja manifestação mais espetacular é essa obsessão do ridículo que não deixa alguns sujeitos em paz, quer se trata do seu eventual ridículo, quer do de um outro. (Didier-Weil, 1989, p.25)

Saindo da possibilidade de uma forclusão e entrando no domínio do Édipo, podemos encontrar uma criança que desafia a figura de lei do pai, o pai encarnado de forma a expô-lo mesmo ao ridículo, como pudemos ver em B: “*ele é daquele que atinge você no seu ponto fraco. Ele observa e fala: -olha, você é gordo, você é magro, você é assim!*”. A figura de autoridade fica visada como no cômico do corpo a corpo que se opõe à espirosidade do chiste, mesmo que a criança tenha o recurso da fala bem desenvolvido como é o caso de B, ele pode recorrer a essa ridicularização do Outro:

*“Ultimamente ele chegou dizendo pra mim o seguinte: Ninguém vai gostar de mim na escola porque eu cuspi no rosto da professora!”*

*Aí a primeira pergunta que a gente faz mesmo é:  
Mas por que você fez isso!?  
Ele disse: Ah!Porque ela é chata! Porque ela tava mandando eu fazer os exercícios e eu não queria fazer!”*

Podemos recorrer à diferenciação que propõe Frej (2003) em seu estudo da obra de Freud entre impedimento (*empêchement/verhindert*) e interdição (*interdit/verbot*), quando retoma a ideia do que existia antes e depois da morte do velho pai e da criação do totem. Antes, havia o impedimento concreto e no corpo a corpo do mais forte em relação aos mais fracos com relação à utilização do sexo. Posteriormente à morte do pai, o totem erguido institui uma relação de dissimetria e autoridade com relação não à figura de outro homem mais forte, mas em relação à lei, da exogamia dentre outras, e isto, não deixou de conviver ao lado de certa dose de insurgência contra a autoridade estabelecida, mas daí por diante constituiu um marco.

No domínio do impedimento, segundo a autora, quando um está diante do outro, não temos intervalo, nem diferença de lugares que a lei e o interdito colocam. Sem esse intervalo, não se faz apelo a nada a não ser o combate dos corpos que não podem se reconhecer. Frej (2003) diz que isso é bem do Édipo na encruzilhada que se trata, quando não havia possibilidade de reconhecimento de Laio como pai, que é morto imediatamente. Neste campo,

“o impedimento não é um efeito do recalque, ele não se constitui como sintoma, pois o conflito psíquico não está em jogo. O que se passa é assim, uma luta no imediato do corpo a corpo, antes que um sintoma se constitua”(p.267)

Este impedimento pode corresponder à segunda incorporação proposta por Didier-Weil (1989) e preparar o terreno para a terceira incorporação. Inspirados pela leitura de Freud realizada por Frej (2003) não podemos dizer que seja superada pela terceira, mas suprassumida segundo o movimento da *Aufhebung*. Desse modo, podem conviver um funcionamento que desconhece ou renega o interdito- no que pode ser apoiado pelo social como denuncia Lebrun (2008)- junto com um funcionamento que o admite noutros momentos.

No caso exposto B, sua terapeuta demonstra que ele compreende o que é dito, interage com ela, expõe suas razões, mas por outro lado, entra num corpo-a-corpo que desafia a autoridade. Isto pode ser a face mais atuada de um sintoma com demanda ao Outro de que se ocupe dele, de que ele precisa ficar quieto, numa desresponsabilização cínica e, ao mesmo tempo, um pedido de reconhecimento, que não deixa de ser observado pela terapeuta quando diz que “ele parece um ator mesmo”. Voltaremos a este caso adiante sobre o tratamento.

Didier-Weil (1989) coloca que no declínio do Édipo, trata-se da incorporação do pai imaginário que não é mais todo poderoso, e aqui vemos a semelhança com o que propõe Freij (2003) que coloca o interdito acima da figura concreta do pai, permitindo o questionamento de quem ocupa o lugar, mas admitindo a necessidade de um terceiro (Lebrun, 2009). É por isso talvez que a fronteira não pode ser “nunca bem nitidamente traçada – entre o normal e o patológico.” (Freud 1924/1969, p. 222) Justamente porque o terceiro não seria imutável e estático, mas instituído no movimento mesmo das forças sociais que mudam a possibilidade de sua identificação e mais, seus modos de efetuação. Essa mutação é sinalizada de modo agudo por uma das profissionais:

*“Hoje os meninos começam a dar os passos, a andar aos 9 meses. As crianças têm um desenvolvimento muito mais acelerado que o sistema acabou não acompanhando. Algumas crianças tidas como hiperativas são crianças mais rápidas e a escola acabou não acompanhando. Se você colocasse uma sala de outra disposição, diferente, em círculo (...)Eu vejo muito a hiperatividade como uma necessidade de movimento, a criança tem a necessidade dessa busca do movimento. Hoje em dia, elas são privadas porque elas se desenvolvem num apartamento. Elas não tem essa exploração do brincar, não tem essa exploração de descobrir o movimento, de sair para parque, de ter um contato com areia, grama e quando começam a ter, muitas delas passam a ter aversão a essas texturas.”*

Deste modo, a desatenção e a hiperatividade, considerando este limite, não poderiam ser consideradas distúrbio ou transtorno, mas manifestações possibilitadas por uma relação em que se vê todo o peso do mundo em sua disposição espacial circular e livre como informa a profissional. Pode ser que a hiperatividade tenha a ver com o aperto e com a privação de estímulos. Mas também com a privatização, a valorização do individualismo e do liberalismo (Lebrun, 2009) que revelam a busca da liberdade por cada um, com seu reverso que é a dificuldade em sair para o social com suas regras de exploração por parte das crianças, que, de toda maneira quando saem, acabam por ter “aversão”. Não seria esta aversão a resposta que se tem do lado da criança à saída de um modo de funcionamento privatista dos pais e a entrada no mundo da escola, do parque, enfim, do social, com a crença nos riscos destes últimos traumatizarem a criança? É o que tentamos questionar com a profissional noutro momento, se esses pais param para ouvir as crianças e conseqüentemente refletirem sobre suas funções de pais.

*“Por que está chegando muita criança com essa queixa? A criança não para, a criança não para, não para... é muito a queixa dos pais. Será que esses pais estão parando pra ver? Ouvir essas crianças? Pergunta o pesquisado  
Os dois hoje trabalham e ainda não têm quem fique com essas crianças, quem dê atenção.”*

Outra profissional observa em linha de pensamento semelhante:

*“A competição em si. Cada um por si. Os pais se ausentam demais para trabalhar porque querem dar o melhor aos filhos e **compensam em outras coisas**. Tudo isso contribui pra essa situação das crianças hoje em dia.” (realces nossos)*

Neste momento nossa dissertação pode tentar uma distinção. É verdade que como vimos, a falta de estimulação pode deixar o organismo entregue a excessos que vão impedindo a criança de entrar num funcionamento em que a Atenção está mais coordenada ao pensamento do que ao processo primário ou a identidade de percepção (Freud, 1911/2003). Neste caso a ausência dos pais e suas preocupações guiadas pelo discurso capitalista da “competição” e do “trabalho” como destacaram as profissionais podem ter um efeito diferente caso essa economia de gozo “compensatório” ou pobre esteja particularmente mais intensa desde a fase inicial da vida de suas crianças ou caso ela se apresente de modo geral ou tenha influência depois do aparelho psíquico da criança conseguir dar seus primeiros passos e realizar as inscrições mais fundamentais.

Nas fases iniciais o efeito corporal da ausência de um contato transvistista em que as palavras da mãe inscrevem e investem o funcionamento das funções principais do bebê e da criança conforme pontuam Bergès (2008) e também Bergès & Balbo (2001) pode ser o da criança que a profissional descreve como insistentemente buscando movimento e estimulação sem conseguir aderir a um jogo ou atividade. Isto pode prejudicar as aquisições iniciais da função da Atenção e Motricidade que se revela nos sintomas corporais mais transbordantes.

Mas de um modo geral e com efeitos diferentes a partir de idades maiores, a criança responde com seus sintomas aos mecanismos da família e do social de se livrar da exceção (Lebrun, 2007; 2008; 2009) – que poderia lhes conferir lugar - o que só é reforçado com discursos como aqueles de que a criança não teria liberdade ou “*exploração*”. O que para as crianças mais novas parece se aplicar, pois seu corpo precisa de maior liberdade de movimento e exploração para depois ir refinando suas funções não pode funcionar como justificativa da mesma maneira para as crianças mais velhas que precisam experimentar outro limite durante o Édipo.

Neste segundo limite que falha é que percebemos os pais tentando oferecer uma “*compensação*” com coisas, ao invés de situarem a lei, o interdito, o que como observou Frej (2003) está entre dito (interdito). A própria palavra “*competição*” traz a característica de uma sociedade que pode tentar se livrar do projeto comum em prol do crescimento individual, o

que não deixa de repercutir nas crianças. Entre os ditos dos responsáveis familiares é onde se pode conferir um lugar de interlocutor responsável à criança, situando-a na comunidade e não nos ditos imperativos do que a criança deve fazer ou nas coisas que ela deve ter. Assim se ao se ausentarem os pais de crianças mais novas tentam compensar com a presença atenta e transmissora o que pode fazer inscrição nelas e contribuir em sua constituição, no caso de crianças mais velhas onde está em jogo outro limite pode ser justamente compensando que eles acabam por se ausentar.

Por isso que estamos neste segundo limite num campo em que a fronteira não está mais tão demarcada entre normal e patológico, pois estamos num funcionamento que questiona onde está o limite para o eu de suas pretensões individualistas - que foi uma conquista em relação a um mundo que só havia espaço para o Um – com relação à comunidade dos outros. Estamos num mundo que pode sucumbir assim a uma “competição” de eus conforme a profissional, o que não deixa de trazer ansiedade e remontar aos sintomas do déficit de atenção e da hiperatividade, é só lembrar o que foi dito antes da criança que parecia um computador com “*vários links abertos*” e ao que dissemos no capítulo 1 sobre as semelhanças do discurso capitalista com o funcionamento hiperativo.

Entra em questão não mais certa constituição da criança ou uma criança que é instável em todas as condições, mas aquela que se agita sob condições que podemos ler e questionar com mais facilidade do lado de sua socialização. Talvez aí, encontramos a criança não só como sintoma do casal parental conforme Lacan (1969/2003) na *Nota Sobre a Criança*, mas a criança que participa da renegação que o discurso social coloca. E frente a este social que confunde as fronteiras pela própria confusão dos limites, incluindo a quebra da assimetria e diferença de lugar pais-filhos observamos que os responsáveis não conseguem lidar:

*“Muitas vezes eu vejo que a participação é bem aquela: - vou ali levar meus filhos que lá resolve tudo! E aí fica pra gente ensinar a eles como é que eles vão criar os filhos deles. Lá ou ele vai ficar bom ou lá vão me ensinar como que eu crio meu filho. As pessoas procuram profissionais pra ensinarem pra eles como serem pais. Isso é bem complicado de se fazer e mesmo de se entender.”*

É diante de casos assim que todas profissionais acreditam que muitas crianças não precisariam passar por um CAPSi:

1) *“Mas hoje em dia se a criança já for um pouco mais agitada, tiver um pouquinho de dificuldade de concentração, as pessoas já querem taxá-la, enquadrá-la numa patologia ou doença, já querem passar a responsabilidade a outro profissional. Não digo que seja uma dificuldade dos professores, mas do sistema. Do sistema da*

*educação de poder absorver todas as crianças, não digo só das crianças com hiperatividades, mas todas.”*

2) *“Muitas dessas crianças que têm esse diagnóstico que a gente nota na triagem e em grupos que elas precisavam de atendimento ambulatorial e também familiar. Pois as mães precisam trabalhar esses limites em casa, essa questão do “não”, os limites e o saber se portar fora de casa. A gente nota muito aqui que muitas dessas crianças dentre outras dificuldades têm dificuldade desse limite familiar que é dado no dia-a-dia que a gente enquanto CAPSi não pode ou não deveria tá oferecendo.”*

3) *“Se os professores tivessem formação com o CAPSi. Se nós pudéssemos dividir essas atividades com outros, atividades físicas, trabalhar com animais, com jogos com regras, eu creio que ficaria bem mais fácil. Talvez os casos mais graves é que viriam para aqui: os casos que os professores não tivessem como lidar.”*

Elas apontam, sobretudo, para um problema que entra na esfera mais clara do educacional. Não restrito à escola, mas também ao ambiente doméstico e familiar da criança, esta dimensão nunca foi negligenciada por Freud (1923/1969), principalmente quando fala na constituição do Supereu, talvez neste momento lógico desta última fronteira que estamos abordando em que ele destaca, inclusive, a influência de professores na conformação deste Supereu.

E assim, podemos concordar com Lèvy (2008) que muitas crianças não precisariam de muito tempo de tratamento para resolver seus sintomas hiperativos. Para algumas ele coloca que é preciso que o analista possa favorecer a confirmação do recalque ou a passagem de um recalque parcial para um recalque em sua forma final o que pode acontecer em apenas algumas entrevistas com os pais e a criança. Mas ele também fala do “não”, talvez aquele que a segunda profissional acima refere necessário como “*limite*” para que o interdito possa ser confirmado. Este “não” pode funcionar para alguns casos no tempo de recalque anterior numa *Aufhebung* que retira a criança do funcionamento por impedimento que podemos associar ao “não” do corpo a corpo com a mãe e a coloca numa temporalidade Outra, com a lei. Este “não” nos habituamos associar ao pai:

De fato para poder dizer um “não” a uma criança (um não do pai), é preciso poder correr o risco enquanto pai, não só de ser eventualmente desaprovado pela mãe da criança, como também aceitar perder momentaneamente o amor da criança. Essa operação leva inevitavelmente os pais à própria castração e torna tão difícil a ruptura com essa cumplicidade que, às vezes, eles preferem não interromper com o filho deixando então a mãe assumir o papel de censor, o que leva a várias perversões. (Lévy, 2008, p. 64)

### 4.3- Tratamentos

Com exceção do enfoque dado pela profissional que se referiu a “integração sensorial” podemos observar que as intervenções das três se pautam de alguma forma na “falta de limites” das crianças.

*“Trabalhávamos **limites sem dar tanto limite**. Trabalhamos limites sem exigir tanto dele.”*

*“São crianças que muitas vezes levantam pra mim uma carência, uma questão do **limite** mesmo da educação familiar muito presente além da questão do diagnóstico mesmo, mas uma dificuldade grande dentro da própria vivência familiar dessa questão do limite mesmo.”*

Nem sempre elas se pautam por essa “falta de limites” em suas intervenções, mas vamos observar aqui e acolá um pouco do enfoque disciplinar. Poderíamos perguntar se numa instituição como o CAPSi não haveria algum lugar ou momento para trabalhar esses limites. Neste sentido é que retomamos a concepção de cuidado que vimos no documento do ministério (Brasil, 2004). Essa noção da atenção e do zelo pode estar presente, mas sem esquecer a dimensão do tratamento, igualmente lá. Quando se coloca limites neste sentido do termo, necessitamos fazer ao menos algumas ponderações como uma delas: *“Trabalhamos limites sem exigir tanto dele.”* Pois não podemos saber de antemão de que limite se trata na criança e que fronteiras estão implicadas no psiquismo.

É neste sentido que é válido precisar a organização subjetiva de algum modo, o que no tratamento psicanalítico se têm acesso pela **transferência** (Freud 1913/1969). É ela, segundo Freud que permite o acesso adequado à constituição do paciente e esse trabalho não permite seguir outro tempo que não o da transferência.

No caso das crianças, os limites e sua problemática passam pelo que a profissional chamou de *“vivência familiar”*. É aí que desde cedo em sua obra, Lacan (1938/2003) considerou os *Complexos familiares na formação do indivíduo*:

Essas qualidades tão diversas da vivência, a psicanálise as explica pelas variações da quantidade de energia vital que o desejo investe no objeto. Essa fórmula, por mais verbal que possa parecer, corresponde, para os psicanalistas, a um dado de sua prática; eles competem com este investimento nas “transferências” operatórias de seus tratamentos; é nos recursos que o investimento oferece que eles devem fundamentar a indicação do tratamento. Assim, eles reconheceram nos sintomas anteriormente citados os indícios de um investimento excessivamente narcísico da libido, enquanto a formação do Édipo afigurou-se o momento e a prova de um investimento suficiente para a “transferência.” (p.57)

É preciso lembrar que a transferência é um critério na psicanálise para orientar o tratamento e não o cliente. (Lacan, 1958/1998) E essa transferência vai, em outras palavras, definir a presença do limite e a constituição de fronteiras. Se o narcisismo da criança for muito intenso, e este pode ser o caso, não poderíamos deixar de trabalhar a transferência do lado da família, dos pais ou responsáveis, pois no narcisismo podemos ter certo nível de indiferenciação eu- Outro. Aliás, independente dessa condição narcísica, a condição de atender a criança através dos pais ou com os pais pode ser deduzida das afirmações de Freud (1932/1969): “de vez que não possui Supereu” (p.181) e “os pais reais estão muito presentes.” (idem). Esta indicação é de certa forma considerada pelas profissionais de modo quase padronizado:

1) *“Cada início de mês ou final do mês, eu faço reunião com os responsáveis. É importante ouvir também a angústia dos pais por não estar conseguindo. As próprias mães do grupo, uma passa experiência pra outra”*

2) *“Sistemática de uma reunião por mês. Saber como a criança tá em casa, na escola e, tirar dúvidas e também fazer algumas orientações. Pais bastante assustados, outros com o tempo começam a perceber que o filho não tinha aquilo que eles achavam que tinha. Que era só uma questão de um pouco mais de organização, de orientação, já conseguem orientar a criança.”*

3) *“Eu tenho feito as reuniões mensais com os pais. Uma das coisas que eu propus foi a confecção de um cronograma de atividades com essas crianças. É uma confecção dupla: pai, mãe e no caso, se tiver os dois pais e o filho que está sendo acompanhado aqui no CAPSi.”*

Importante frisar o “quase” padronizado, porque é possível a intervenção com os pais noutros momentos, mas percebe-se que está estabelecida a sistemática da reunião mensal. O enquadre psicanalítico colocado por Freud exige alguma sistemática como observamos em seu texto (1913/1969), aberto a outras possibilidades de intervenção. Às surpresas transferenciais. Verificamos que a condução é guiada pelas noções de 1) trocas de “experiências”, de 2) “organização, orientação” e, de 3) atividade de cronograma. Uma das profissionais oportunizou mais dados da participação dos pais:

*“As pequenininhas eu atendo com o pai junto, ele entra comigo na sala. Eu acho que é muito invasivo pegar uma criança pequena e você levar ele sozinho pra sala. Em alguns momentos a criança ainda fica no colo da mãe, aí eu vou me aproximando até que a criança deixa que eu toque ela. Então quantas vezes forem necessárias eu vou permitir que os pais entrem. Porque eu não acredito em nenhuma intervenção com a criança chorando. Se ela tá chorando, ela tá dizendo que alguma coisa não tá bem. Mas tem aquele momento que você já começa a diferenciar que aquele choro é uma manha, um dengo. Mas nos primeiros atendimentos eu faço com os pais dentro da sala, até pra fazer algumas orientações e os pais perceberem alguma coisa que esses pais não estão querendo enxergar. Até que a criança comece a ficar a vontade*

*comigo. Aí vou trabalhando o toque com hidratante, com espuma, com bucha pra poder ir chegando perto, pra depois colocar algo mais elaborado.*

*As maiores você pode entrar com elas sozinhas, sem tanta resistência como as crianças que são menores. E aí você pode tá fazendo esse encontro mensal com os pais. O que nada impede que após o trabalho com a criança os pais possam ter necessidade de falar. Mas aí é diferente desse trabalho com os pais de um escutar as dificuldades do outro e ouvir o outro dizer: - olha eu fiz assim, eu fiz dessa forma!*

Percebemos que as razões encontradas para o atendimento conjunto dos pais com a criança aqui mostram alguma compreensão de que a criança pequena está em íntima ligação com o Outro e mais, está se constituindo neste Outro bem determinado (mãe), tanto é que pode sentir a presença da terapeuta como algo “invasivo”. A intervenção com a criança pode servir para dar acesso aos pais às áreas “recalcadas e denegadas de seu psiquismo” (Laznik, 2011, p.99) conforme nos diz a profissional acima: “os pais perceberem alguma coisa que esses pais não estão querendo enxergar.” Isso pode favorecer a separação do sujeito como parte importante de seu processo de subjetivação e ajudar nos problemas de atenção e hiperatividade. Por outro lado, não verificamos a orientação de verbalizar coisas à criança na presença desses pais e sim uma orientação voltada para o toque, talvez como recurso corporal à inquietação por baixo limiar de estimulação.

Podemos pensar que a terapeuta se fazer acolhida e próxima para a criança ajuda no processo de socialização desta, mas essa extensão da socialização da criança que é feita da mãe para o pai, para irmãos, outros parentes e outros personagens da comunidade da criança pode ser feito sem diferenciação, ou seja: todos serem igualmente tolerantes ou “bons” com criança. A pergunta aqui é pela palavra que vai fazer diferença e corte nesta série depois. Para que isso ocorra, se faz necessário primeiro participar desse convívio com a criança, muitas vezes num corpo a corpo, sobretudo, nas crianças menores em que o corpo está ainda muito em evidência, ainda está sofrendo de modo primário as inscrições significantes. Mas o trabalho não termina aí. É como passar do regime materno para o regime paterno de funcionamento. (Lebrun, 2005)

A direção através do cronograma contém outros elementos:

*“Colocar todos os dias da semana e todos os horários as atividades que ele executa, para que a criança e os pais possam estabelecer esses horários. Porque às vezes vêm muitas queixas assim: Ah! Esse menino tá sempre no computador, tá sempre na televisão, não quer estudar, se nega a fazer o exercício ou o dever de casa. Então essa sugestão eu notei que eles mesmos participaram: as crianças juntos com os pais confeccionaram em casa esse cronograma. Teve uma mãe que trouxe essa semana:*

*Realmente, esse cronograma me ajudou porque eu mesma não tinha horário pra o meu filho!*

*Ela cobrava dele o dia inteiro a tarefa, o dia inteiro pra ele comer, o dia inteiro... Não tinha horário!*

*Agora eu sei que às três horas ele tá assistindo o desenho. Às cinco horas, ele vai lancha ou jantar ou fazer qualquer coisa e se ele tiver alguma atividade pra fazer de dever de casa ou uma pesquisa eu vou ajudá-lo nesse horário.*

*Às vezes na própria escuta a gente percebe que a família é desorganizada, é um ambiente de muita desorganização, de muita atividade, de bagunça- desculpe a palavra!- então isso acaba se refletindo no dia-a-dia da própria criança. Então me veio a ideia só na última semana e eu pensei a gente precisa organizar esses horários das crianças. Não tem muito tempo.”*

Essa passagem esclarece como a confecção do cronograma pode dar condições de sustentação à família para se organizar, pois ela parece perder a noção dos limites que constituem a criança. Não é fazer do cronograma a organização da família, mas pode dar condições numa discussão com outras famílias (no Coletivo!) de perceberem o tempo subjetivo da criança. Pode contribuir para situar o limite já que torna necessário considerar um terceiro, retirando da mãe ou de alguém no regime materno a onipresença, onipotência e onisciência de todo momento estar cobrando que a criança faça isso ou aquilo sem levar em conta outras coisas já combinadas com ela.

Além disso, o cronograma pode ajudar ainda os pais perceberem que eles precisam ter tempo para a criança e que a criança não pode estar repleta de atividades, inclusive de seus interesses de lazer. Isso é perder o que Lebrun (2010) no curso que deu no XXXVIII Encontro anual do CEF (Centro de Estudos Freudianos) em 2009 chamou de um tempo para a criança “poder se sustentar no vazio” e assim poder inventar, ao invés de estar submetida às múltiplas atividades que parecem tentar tirá-la do tédio e fazê-la produtiva.

Essa proposta não parece estar tão longe do que Lebrun no mesmo texto propõe. Aliás, num momento em que ele nos chama atenção para as críticas frequentes da psicanálise à psicologia cognitivo-comportamental que não deixa de ter alguma operatividade com o sujeito. Qual? Dentre outras, uma função narcisante de fazê-lo sentir-se capaz, autorizando o enfrentamento e a realização pelo sujeito das situações e tarefas humanizadoras de seu dia-a-dia. O que não podemos esquecer enquanto psicanalistas, segundo Lebrun, é que precisamos, em algum momento oportuno, fazer também o sujeito consentir na perda que humaniza e contar com ela. O que parece pretender a profissional quando diz a palavra “bagunça” e logo pede desculpas, nos fazendo constatar em sua fala o quanto é difícil e duro para alguém no

social admitir e agir sobre essa situação de “grande confusão” e “renegação da falta” generalizada. (Lebrun, 2008)

Vejamos agora algumas situações clínicas que já foram destacadas das entrevistas para precisarmos se as intervenções das profissionais levam em conta nossa **outra noção de limites e fronteiras**, qual o efeito observado por elas na direção tomada e o que podemos deduzir ou discutir a partir disso. Iniciaremos pelo caso de A numa passagem já citada junto com fragmentos de outras crianças que “se jogam” ou coisa semelhante.

*“Hoje em dia, também com a ajuda (...) Eu não vou dizer que não houve medicação, está tendo sim medicação. Há dois meses. Neste período que ele estava altamente agitado, a gente só conseguia na base da conversa e eu sentia que não tava dando resultado, era como se tivesse uma barreira. Eu não conseguia chegar de jeito nenhum nela. Como era essa barreira? Pergunta o pesquisador. Em muitos momentos era como se eu falasse e ele não me ouvisse. Quando você sabe que ele tem capacidade de ouvir! Diz o pesquisador. Quando eu sei que ele tem capacidade de ouvir! Repete a profissional. Mas se ele é capaz de ouvir, por que é que ele não ouvia? Pergunta mais uma vez o pesquisador. Mas como é que ele pode ouvir se a mãe também não deixa ouvir? A mãe tava mais angustiada que a própria criança, a angústia da mãe tava passando para ele.”*

A barreira já demonstra que estamos no nível de uma alienação ao Outro materno, pois a entrevistada fala na angústia da mãe que faz com que a criança não possa ouvir. Como intervir se a criança não escuta? É aí que entraria a proposta da medicação. Bergès & Balbo (2001) conforme citamos dizem que a criança hipercinética ataca o corpo do analista e aqui lembramos que a criança A, apresentada, ora se joga no chão, ora joga-se nos braços da terapeuta. Os autores referem-se ao ataque ao corpo do analista para impedir que seu saber faça corpo impedindo assim a extração de seu próprio saber e lugar. Como permitir então que no nível dessa barreira ou desse impedimento como extraímos de Frej (2003) possa surgir um interdito ou uma hipótese de sujeito (Bergès & Balbo, 2001; 2002)? Podemos presumir que a criança ouvir com o auxílio da medicação corresponde a que a barreira ou a distância que há entre ela e a mãe seja anulada com a medicação e não que a situação da criança tenha mudado efetivamente. Aqui podemos opor esse anulado que não tem efeito transformador do psiquismo ao que poderia ser supressumido (*aufgehoben*) dessa “barreira” pela influência de uma palavra, de uma ajuda estrangeira.

*“Ela sempre muito preocupada em aposentá-lo, aposentá-lo. Porém essa criança precisava ser visto por um psiquiatra, por um médico, por alguém que pudesse*

*medicá-lo. E agora estamos conseguindo deixá-lo mais tranqüilo. É quando eu acho que a medicação em alguns momentos ela é importante! A palavra tá chegando à criança! Ele já consegue me ouvir! Ele já consegue quando eu digo: vamos sair da piscina!? Ele compreende que é entrada, meio e fim! Ele não tem mais aquilo de ser só o que ele quer! De fazer birra, de deitar no chão, de bater, de falar como criança! Ele compreende quando eu digo vamos à praça, mas vai ter o momento de lanchar, vai ter o momento de sair! Ah! Eu só vou sair daqui quando for pra ir embora! A gente percebe que a compreensão dele é mais tranqüila pra isso.”*

A questão da medicação que pode ser um auxílio para a palavra chegar deve ser ponderada com a ênfase nesta palavra. Palavra que supõe um sujeito na criança e que fala de outro lugar que não aquele da mãe angustiada. Que conversa, como a profissional o demonstra e não apenas questiona ou proíbe, favorecendo que o imperativo que domina a criança e se manifesta no nível do corpo possa se engajar num saber que a própria criança assume e favorecer o processo de recalque. Recalque que favorece a aproximação à lei de um lado e por outro lado sua afirmação como sujeito de desejo: *“Ah! Eu só vou sair daqui quando for pra ir embora!”*

Questionamos com essa profissional o uso da medicação nesses casos mais difíceis e precoces, pois há possibilidade de desestabilização da fronteira mundo interno-mundo externo e, a partir disso, encontramos outros elementos.

*“Será que outras carências de recursos também não fazem a gente usar mais medicação? Questiona o Pesquisador.*

*Talvez sim. Se a gente tivesse mais pessoas pra trabalhar com aquela criança é possível. Quando eu digo que a medicação em alguns momentos se faz necessária, é porque a criança se encontra muitas vezes num lugar fechado, sem opções, sem outros meios.”*

*“Num lugar fechado”* nos remete a um funcionamento que opera através do impedimento sem referência a um terceiro, chegando a ameaçar a constituição da fronteira mundo interno- mundo externo aproximando-se da confusão passional no amor conforme Freud (1914/1969). Nesse caso específico em que isso está em constituição pode ser evidenciado nos ataques ao corpo da profissional e o jogar-se no chão, lembrando o que Freud (1930/2010) utilizou noutro lugar: *“O fato de para se defender de certos estímulos desprazerosos provindos de seu interior o eu não empregue outros métodos além daqueles que utiliza contra o desprazer oriundo do exterior torna-se assim o ponto de partida de consideráveis distúrbios.”* (p.48).

A expressão “*sem opções*” nos remete à ausência de uma hipótese e à presença de um imperativo que deixa a criança sem recursos frente ao Outro absoluto. No contexto mais manifesto a profissional tentava explicar que os recursos e as condições oferecidas pelo CAPSi são escassos. O tempo e o espaço disponibilizados ao trabalho com a criança por exemplo. Mas, a observação de fatores externos bem pode refletir um pouco da angústia da profissional frente a este desafio da constituição da criança a ela e à instituição, exigindo também é claro, um manejo mais livre dos recursos de que reclama. Menos *Standards* de ter que ir para um grupo ou ficar em sala e mais rigor na escuta e no acompanhamento a esse corpo transbordante. Vejamos mais dois casos:

*“Tive uma criança que chegou com transtorno global e hiperatividade. Hoje em dia ele está muito bem, estabilizado. Fala pequenas palavras. Tive que mudar um pouco porque ele não aceitou subir para o grupo. Ele não agüentou e eu entendi aquilo dali. Eu saía com ele pra praça, mas começou a chover, depois de determinado tempo, ele foi brincar com as crianças lá em cima, primeiramente com a sala aberta. Existiu um momento que no início de tratamento, ele não conseguia, ele se jogava mesmo, ele se batia, batia com a cabeça. E uma das primeiras psiquiatras que tínhamos aqui e junto com ela a gente discutiu qual seria a melhor medicação pra essa criança. E começamos coisa muito leve. E agora, no momento, ele está fazendo o desmame dessa medicação. A gente tá vendo que ele tá aceitando, que ele já tá conseguindo se controlar, mas ele está se impondo... tem coisas que ele não quer fazer e a gente tem que respeitar. Não quer subir, não quer estar em ambiente fechado. Mas... talvez se tivesse como você disse mais recursos, não precisaríamos usar tanta medicação. E a gente também se vê numa situação muito delicada, sem recursos, sem opção para trabalhar. Existe a estrutura familiar que conta muito, a parte financeira conta também, é bem complicado.*”

*Eu continuo a dizer a medicação em muitos momentos, em minha experiência (...) eu já cheguei trabalhar também com criança muito medicalizada, não tinha reação nenhuma, não respondia a nada. F90. Com retardo. Consegui contato com a neurologista dele e a médica disse: é a primeira vez que alguém fala comigo pra tirar a medicação! E eu: disse: eu queria vê-la de uma forma mais natural, eu não sei como ela é, não sei se ela é isso mesmo. A médica começou a diminuir a medicação e essa criança ficou bastante agitada, começou a trincar os dentes. Ela não fala, mas tá começando a falar agora. Três anos e meio. Ela agora tá bem natural, tá reagindo mais, ela mostra quando tem raiva, tá aborrecida quando não quer. Já consegue expressar alguns sentimentos, coisa que quando ela estava medicada ela não conseguia. Hoje em dia a medicação é bem leve, bem suave. Aí a mãe já chega angustiada: ah, ele está tendo esses comportamentos! Mas muitas vezes se faz necessário a gente ver a criança sem medicação. E foi tirada praticamente toda a medicação, vamos dizer que de dez que ela tomava, ela só está tomando uma no máximo. E hoje em dia ela já expressa, já fala, já diz papai, mamãe.”*

No penúltimo parágrafo observamos um caso em que a terapeuta afirma que a criança coloca certas imposições que temos de respeitar, isso já é possibilitar uma transição

(Bergès & Balbo, 2002) como vimos, é permitir que algo da criança faça marca e que possamos sustentar isso, relançando e não, anulando. Relançar é favorecer o movimento da *Aufhebung* que possibilita a assunção das condições anteriores noutra patamar. Este relançamento é bem visível no segundo caso também, a partir do momento em que, com a redução da medicação, se pôde franquear o espaço para a criança expressar sua raiva e seus diferentes sentimentos, o que antes não ocorria e isso, é o que possibilita a emergência das primeiras palavras segundo a terapeuta. Este último caso nos traz a ilustração de que aquilo que é aparentemente negativo de início: o trincar os dentes, as birras, podem ser acolhidos como estruturantes noutra visão e podem assumir a função positiva de comunicar e se firmar enquanto sujeito, prescindindo da medicação. Como dissemos, esta visão respeita e segue o movimento da *Aufhebung*, pois não abre mão do contato com o lado difícil na relação com a criança, contrapondo-lhe o limite estruturante através de palavras que possa abrir para outros espaços onde a energia passa a circular, espaços que favorecem a comunicação, o endereçamento, já que Lacan diz que não há outro nível de relação.

Provavelmente a tomada da palavra pela criança só ocorre nestes casos, porque a terapeuta serviu num primeiro momento como continente para a agressividade da criança, conforme o caso de Dick de Melanie Klein retomado por Lacan (1953/1986) ou o caso de Roberto de Rosine Lefort em que foi preciso a presença real da analista, muito mais que suas palavras para que O Lobo fosse “exorcizado”. (idem) Esta profissional do CAPSi ainda dá indicações mais claras de como tais intervenções podem ter efeito.

*“A de três quando chega muito agitada, eu pude perceber naquela agitação quando ela chega e abraça, ela se joga no chão com muita força ... com muita força ou então elas tentam me derrubar de alguma forma. E naquele querer derrubar você, eu tento desviar um pouco a intenção ou a não-intenção porque a gente não sabe o que está se passando na cabecinha de um criança de três anos que lhe abraça e que fica querendo se jogar no chão porque na verdade, não é uma abraço, é um contato que ela tá tentando. Ali eu tento abraçá-la, eu tento deitar no chão e rolar com ela, eu tento dar sentido aquele movimento que ela faz comigo. Tanto que eu saio daqui parecendo que sai da guerra. Eu deito no chão e rolo com elas, muitas vezes elas se jogam no chão e ficam batendo com a cabeça e eu tento colocar a mão em baixo. Elas tentam bater a cabeça. Então eu tento dar sentido aquele movimento que eles estão fazendo de outra forma sem chamar atenção. Eu não digo: - não faça isso, isso é perigoso! Geralmente eu me deito no chão e tento fazer de uma outra forma. Então eles estão olhando pra mim que eu to fazendo parecido com eles mas que eu não estou fazendo igual a eles, então começam a me imitar. Sempre quando eles chegam, eu não consigo ver a agressividade que as mães estão vendo. -Ah! Ele tá muito agressivo. Eu não consigo ver. -Tá muito agressivo, bate! Elas se aproximam de mim, eu começo a fazer do jeito deles, então de repente a gente tá brincando. E eu consigo desviar aquela atenção que era de bater a cabeça ou de não obedecer por algum motivo ou alguma birra e de repente, a gente tá lá brincando.”*

O que a profissional traz da relação da criança com seu Outro constitutivo é que não há provavelmente “*coup de force*” ou golpe de força (Bergès & Balbo, 2002), pois a mãe só consegue ver agressão e violência por parte da criança, não consegue ver como uma agressividade que pode ser “intencional” e “não intencional”, que pode ser simplesmente uma “forma de fazer contato.” O golpe de força, segundo os autores indicados, é o que permite ao real dessa agressividade primária (Lacan, 1948/1998) se enodar ao simbólico e ao imaginário que antecipam e corporificam (Lacan, 1970/2003) essa atribuição materna. A profissional tenta dar sentido ao que a criança faz, sentido que não constitui um imperativo com os efeitos corporais da hipercinesia ou hiperatividade, ao menos nestes momentos, pois acaba por constituir uma “brincadeira”. E esta brincadeira traz toda a riqueza que a palavra imitação não alcança pela sua especularidade subentendida. Na brincadeira, o saber que a mãe ou aqui a terapeuta vai fazer na criança vai poder circular e retornar sob a forma de demandas da criança. A terapeuta não se mostra repressora e traumatizante, pois não enfatiza os perigos nem proíbe com o “não” os ensaios da criança. É neste ponto que acreditamos ser problemático esse relançamento do lado da criança com a terapeuta se esta não incluir a mãe em algum momento no tratamento.

*“Quanto mais tranquilidade você mostrar para o hiperativo mais você consegue ter uma resposta de imediato. Por pior que eles estejam fazendo, se você fala com o tom da voz bem calmo, tenta respirar um pouco e tentar ser calmo com ele, ele consegue dar resposta, sem medicação, sem nada.”*

Em todas as passagens até aqui pudemos perceber que a experiência de propor outro tratamento ao imperativo do gozo corporal da criança parece ter evidências de efeitos importantes. Nesta última passagem a terapeuta destaca que consegue falar noutra tom de voz com a criança, diferente da mãe e isso pode produzir outra resposta ao gozo que acaba por dispensar a medicação. Mas devemos perguntar se isso pode sustentar um enodamento que começa a se configurar de modo diferente.

Se o tratamento não passar pelos representantes do Outro que constituem a criança numa filiação e em sua singularidade, não teremos chances de influenciar o que Bergès & Balbo (2002) afirmaram baseados na Nota sobre a criança de Lacan: “a fazer com que a criança seja outra coisa que não um objeto *a*.” (p.136)

É a explicação do analista, ou o discurso do analista, ou seu convite a falar, que devolve, assim, para a criança, a fala à mãe, a qual talvez jamais tenha falado, ou tenha falado muito insuficiente sua criança ao falar dela. (Bergès & Balbo, 2001, p.68)

Percebemos que a profissional privilegia o aspecto imaginário das intervenções seja da voz, seja da imagem corporal propriamente dita nos movimentos com a criança e favorece outra relação com ela e até mesmo outra posição subjetiva. Intervenções que também passam pelo simbólico no relançamento pela criança das hipóteses que a terapeuta faz de que ele é capaz de sair da piscina ou do supermercado e mostrar interesse por outras coisas, inserindo-se noutra temporalidade como no caso de A. Mas as intervenções simbólicas que levam em conta a história da criança aproveitando-se da transferência que esta estabelece com sua mãe não aparecem- lembrando que Freud (1932/1969) disse que nas crianças: os pais reais estão muito presentes- mesmo tendo acesso a algumas coisas do pai nesta história como vimos no caso de A quando tratamos da concepção desta profissional. Trata-se justo de fazer valer elementos significantes de Outra cena, na cena que é colocada em ato pela criança com sua terapeuta, nas imagens que são dadas a ver, conforme vimos em Fernandes (2010).

A não consideração dos pais ou representantes do Outro, sobretudo, nestes momentos de constituição delicados podem por em risco o sujeito na criança a partir de uma transferência negativa da mãe para a profissional, já que a primeira pode se ver impotente diante da habilidade da segunda em conseguir tal relançamento da criança. Disto podemos desconfiar quando ouvimos frases como a da mãe de A reportada pela profissional “*Ela aqui com você fica bem, quando chega em casa ela se transforma!*”

Não constatamos também intervenções no real pela vertente da letra que faz borda no que a criança faz e fala (Bergès, 2010), pois no próprio significante há algo ainda mais preciso e menos cheio de significado imaginário. Esta última modalidade de intervenção não demonstrada aqui se justifica até certo ponto porque o real da letra só pode se dá quando a criança tem um repertório significante mais presente às sessões, como vimos nas ilustrações clínicas de Melman (2008) e Tyszler (2007) apresentadas no capítulo 2. No presente caso, as intervenções no real podem ser mais próximas a este imaginário do corpo dado a ver como observamos até para poder fazer advir o significante e a letra noutra momento constitucional como resultado da perda do objeto.

Passemos ao caso de B, uma criança que já foi abordada quando trouxemos a concepção dos profissionais e que abordaremos a forma como a profissional e a instituição realizaram seu trabalho com ele.

*“Tenho uma criança que apresenta grande dificuldade de conseguir ficar parado, ficar quieto. Ele mesmo diz: Eu quero ficar quieto e não consigo! E a gente observa muito isso durante as atividades de grupo. Ele tem mesmo muita dificuldade em se concentrar. Já tentei propostas como a música, trabalho com artesanato em que em outras crianças que têm o diagnóstico de hiperatividade eu vejo que isso acalma, mas no caso dessa criança, eu vejo que ele não consegue. Tem 10 anos. Noto que ele tem muita dificuldade, ao mesmo tempo percebo uma inteligência muito grande pra reconhecer cores, pra escrita, pra elaborar frases muito completas, de uma forma até superior ao esperado pra idade dele. Ele usa uma dramatização muito grande pra falar, parece às vezes um ator mesmo falando.*

*O que eu percebo nas crianças mais jovens é que os sintomas parecem mais exacerbados, principalmente os sintomas relacionados à falta de concentração, a desatenção. Já nas crianças mais velhas, há uma facilidade maior. Até porque muitos deles percebem o sintoma, é como se dissessem pra mim que não estão conseguindo parar. O pequenininho ele não consegue e não sabe muitas vezes apontar pra isso. Os maiores, todos eles que eu tenho, eles percebem esse momento de mais atividade. Até um deles, chegou a falar: **Eu não consigo ficar quieto! Você me ensina a ficar quieto!** É uma forma bem mais interessante de trabalhar, os maiores. E os pequenos são bem mais difíceis.*

*Como você entende essa frase: Você me ensina a ficar quieto? Pesquisador.*

*Desde o dia em que ele me perguntou isso eu tenho pensado bastante! Ele vinha... e agora ele melhorou bastante, mas ele vinha, me via e dizia: Hoje a sra. pode me ouvir um pouquinho? Porque eu preciso saber como é que fica quieto, né? Dá a entender que ele precisava mesmo de um manual. (Risos) Ou talvez em casa esse diálogo não aconteça ou aconteça muito pouco. E talvez ele precise mesmo de um outro para explicar a ele como que faz as coisas, a questão da educação, do espelho que a criança tem no pai, na mãe, no irmão e que talvez ele busque e não encontre e aí ele vem com essa questão de ‘me ensine a ficar quieto’. E denota também um sofrimento muito grande. Ele diz: eu quero ser obediente, aí põe a mão na cabeça e diz: Por favor, me ensine a ficar quieto! Aquela coisa de quem tá sofrendo realmente!*

*Tem sido bastante difícil e, ao mesmo tempo, desafiador! Tenho utilizado do artesanato, da música, da conversa. Tem sido utilizada a medicação. Mas o que a mãe diz é que não tem feito muito efeito. A criança tem dificuldade no sono, tem pesadelos. Usou uma medicação por um mês e depois foi introduzida uma outra. Sempre tive a ideia da medicação pra essa criança específica, porque realmente é uma aliada nesse momento. A gente vê a terapia, a palavra, a conversa, o grupo terapêutico, tudo isso, mas ele ainda tem muita dificuldade, então é necessário, tá sofrendo. Sofrendo na escola porque não consegue ficar parado, sofrendo porque a mãe não consegue...*

*Que mais que ele tem dito? Ou o que você tem tentado dizer pra ele? Pesquisador.*

*Ultimamente ele chegou dizendo pra mim o seguinte: Ninguém vai gostar de mim na escola porque eu cuspi no rosto da professora!*

*Aí a primeira pergunta que a gente faz mesmo é:*

*Mas por que você fez isso!?*

*Ele disse: Ah! Porque ela é chata! Porque ela tava mandando eu fazer os exercícios e eu não queria fazer!*

*Mas a gente em outras ocasiões já conversou sobre isso. Do que é chato, do que é insuportável, das pessoas que te deixam chateado. O que te deixa chateado? Aí ele*

*começou a enumerar algumas coisas. O que é que deixa você assim mais agitado, mais nervoso? Você tem que se conhecer! Começar a perceber os momentos em que você tá mais propenso a fazer as besteiras, como você mesmo diz, e aqueles que você se sente mais calmo. E ele começou a dizer e disse que nesse dia da professora se lembrou disso que a gente conversou. Inclusive a gente tinha combinado, eu tinha dado essa ideia a ele que se ele tivesse vontade de fazer alguma coisa errada, alguma coisa que ele sabe que vai causar um prejuízo pra ele ou a outra pessoa, conta até dez, vai beber uma água, vai ao banheiro. Se tem alguém que tá te incomodando, pede pra sair de perto dessa pessoa, senta noutro local. Eu procuro **dar essas orientações** geralmente de acordo com **a demanda, de acordo com o que ele me conta.***

*E no caso da professora, ele disse que realmente cuspiu porque ela tava mandando ele fazer os exercícios. Eu disse: então você vai cuspir no meu rosto também, né? Porque aqui a gente sempre faz uma atividade! Não diz ele, na senhora não porque a sra. não merece! Ah, eu não mereço e a professora merece? Bem complicado pra ele entender algumas coisas!”*

Neste fragmento de B percebemos uma clara diferença com relação ao caso de A. Isso pode ser entendido inicialmente como refletindo uma diferença etária. Mas não podemos nos contentar com isso. As crianças menores têm um funcionamento em que a fantasmática não está constituída e isso traz uma instabilidade e comportamento disruptivo maiores, no entanto, isso poderia noutros casos evoluir para uma psicose de traços mais identificáveis, o que não parece ter sido o caso. B como muitos hiperativos apresenta associado à sua hiperatividade, um transtorno de conduta. Este último é composto pela insolência e desafio aos outros, inclusive às figuras de autoridade, como é patente no exemplo de B com a professora, participando das transgressões às regras de convivência e mesmo, tendo uma atração deliberada a realizá-las. (OMS, 1993)

O nível de representação de B parece estar bem constituído e até dá indicações de estar acima da média. Representação, no sentido do pensar, da compreensão e do exercício deste inclusive em matéria altamente abstrata como música, artesanato, linguagem, conforme expresso pela profissional. Essa capacidade de representar nos sugere uma fantasmática que permite B representar para si seus sintomas e mesmo fazer a formulação de uma demanda de tratamento, que podemos glosar de início dizendo: simulação de uma demanda de tratamento. Anna Freud (1971) refere que um dos critérios para a criança poder se analisar é justamente a consciência dos próprios sintomas, muito semelhante à facilidade referida pela profissional. A criança apresenta seu entendimento e formula ou simula sua demanda conforme destacamos: ***Eu não consigo ficar quieto! Você me ensina a ficar quieto!?***

A frase “me ensina a ficar quieto” é sobredeterminada conforme as considerações da profissional. Assim, ela pode estar referida à dramatização e teatralidade que a profissional fala no início, comparando B a um ator, o que nos permitiu glosar a palavra simular. Simular é fazer passar como se fosse sem ser, imitar (FERREIRA, 2009). No caso, percebemos uma atitude de B de mostrar que tem realmente consciência de seu sintoma, ele expõe em vários momentos sua problemática, inclusive o que fez com a professora e, além disso, enuncia também um pedido de ajuda, de orientação ou que lhe ensinem algo para lidar com o sintoma da inquietação. Contrastando com essa solicitação de orientação existe toda gama de atitudes que parecem colocar abaixo o próprio pedido em si mesmo e tirar-lhe sua autenticidade, pois B faz questão não só de transgredir e atacar a autoridade, mas mostrar que o faz e sustentá-lo. Ora como se pode pedir orientação para ficar quieto e simultaneamente sustentar a perturbação? Isso parece seguir o modelo da tapeação na transferência apontado por Lacan (1964/1998) na frase de Freud que ele trouxe primeiramente no seminário sobre A Carta Roubada: “Por que mentes para mim, dizendo-me que vais a Cracóvia, para que eu creia que está indo a Lemberg, quando na realidade é a Cracóvia que vais?”(p.22). Neste sentido, o ficar quieto pode apontar para deixar algo “quieto”, sem ser tocado, questionado ou responsabilizado, como no popular: “Deixa quieto!”

Isto é “desafiador”- vemos a palavra expressa pela profissional- que nos lembra o desafio que Lacan (1969/1992) diz ser colocado ao mestre pela histórica com seu sintoma e sua insatisfação. Cabe àquele que está colocado na posição de mestre fazer trabalhar o inconsciente de seu analisando para partindo daí termos a possibilidade de um giro discursivo que desloque a queixa e o sofrimento em análise através do discurso do analista que tem como agente o objeto causa de desejo. Já que a formulação da criança sobredeterminada: *“denota também um sofrimento muito grande. Ele diz “eu quero ser obediente”, aí põe a mão na cabeça e diz: “Por favor, me ensine a ficar quieto!” Aquela coisa de quem tá sofrendo realmente!*

É neste aspecto que as orientações da profissional seguem uma linha que podem ajudar à criança a lidar de algum modo com o sofrimento do sintoma. *“conta até dez, vai beber uma água, vai ao banheiro.”* Essas intervenções que privilegiam o imaginário da “superação”(vê-se aí a diferença para com a suprassunção ou *Aufhebung*) podem servir como parte da resposta para a questão do “ficar quieto”, trata-se de um convite à criança para ela tentar outra coisa e não acumular tantos prejuízos. Mas que fazer com a parte inconsciente e

que insiste do sintoma, ou que teima mesmo em subverter a ordem, o imperativo “fica quieto!”? (Fernandes & Barros, 2006). Se o sintoma é sobredeterminado não podemos acreditar que ele é algo apenas negativo no sujeito para ser extirpado, mas é, antes de qualquer coisa, um real que faz obstáculo à que as coisas funcionem de forma satisfatória para o mestre. (Lacan, 1974). É a falha no ideal cobrado pelo Supereu insensato. Para intervir neste campo do S1 como imperativo que se manifesta, inclusive no corpo agitado, não podemos apelar para o certo ou errado ou mesmo para o auto-controle. Acreditamos que o caso continua bem difícil, conforme expressou a profissional porque estamos no campo do que resiste à conformação. Para intervir aí, Lacan (1974) recomenda “não é a interpretação do sentido, mas jogo sobre o equívoco” (p.42)

Se considerarmos as observações de Frej (2003) quando comenta a fronteira “nunca bem nitidamente traçada – entre o normal e o patológico.” (Freud 1924/1969, p. 222), neste momento do Complexo de Édipo, podemos entender melhor o alcance do equívoco proposto por Lacan. A possibilidade de metaforizar está nessa falta de nitidez e, portanto, permite que o sujeito encontre com que lidar no sintoma exatamente através do equívoco quando este é reiterado nas oportunidades criadas a partir da fala endereçada. Com o equívoco não apenas se nega ou anula a materialidade de uma palavra original que pode ser um significante que identifique o sujeito. Mas subverte-o, conservando algo do sentido do termo original e apontando para outro uso ou articulação do mesmo. Esta aí o movimento da *Aufhebung* que nega algo e conserva-o enquanto mesmo e enquanto outro do mesmo. É por onde obtemos a palavra que efetua o corte, pois identifica um ponto que articula o gozo do S1 sem sentido ao Outro.

“é justamente este dejetivo, esta queda, aquilo que resiste a significantização, o que vem se constituir no fundamento como tal do sujeito desejante, não mais o sujeito do gozo, mas o sujeito, na medida em que na via da sua procura, enquanto goza, que não é procura de seu gozo, mas é de querer fazer entrar este gozo no lugar do Outro, como lugar do significante, é nesta via que o sujeito se precipita, se antecipa como desejante.” (Lacan, 1962-63/2002, p. 214)

Podemos com o corte, marcar a colocação do interdito que segue direção oposta ao impedimento. Neste segundo termo que fala de uma relação com outro semelhante chegamos às admoestações a que a criança ficou submetida e não conseguiu ultrapassar, já que repete: “*me ensina a ficar quieto*” ou “*eu preciso aprender a obedecer*”. É o interdito no que remete a um terceiro que ficou excluído e que clama sua entrada nesses endereçamentos que faz a criança. A ele não se pode chegar de outro modo a não ser equivocando o significante dessa identificação imperativa que coloca B no lugar daquele “*que ninguém vai gostar*” e que sofre

com pesadelos. Não adianta ser autoritário, nem tampouco permissivo, mas encontrar, pela fala, um ponto que sirva para equivocar a identificação neurótica do sujeito. Que no hiperativo, possamos encontrar o imperativo e no equívoco dizer-lhe: “Péra!”

Valore (2009) relata que não é incomum encontrarmos na clínica casos em que a presença maciça de inibições impede o acesso ao ato- este vai sempre portar uma repercussão na organização subjetiva e seu funcionamento, acrescentamos – mas não às atuações. A autora diz que a hipercinesia para Lacan, pelo menos nas estruturas neuróticas como em B., “consiste nessa agitação como tentativa reiterada de sair da inibição.” (p.46). Precisamos encontrar, segundo ela, nessas hiperatividades, justamente “o que não faz apelo aí, (...) condenando nossas crianças a crescerem numa subjetividade engessada.” (p.47)

Lebrun (2009) nos lembra que em Lacan, a dimensão do ato requer o “enodamento do singular ao coletivo”, requer, portanto, não um voluntarismo irresponsável, uma ação automática ou sem pensar, ou a própria entrega ao movimento cego como na hipercinesia. Nestes exemplos podemos ver as atuações. Dentro do espírito Lacaniano, Lebrun (idem) propõe que o ato envolve “um contexto e uma determinação significativa, uma parte de desconhecido que o sujeito assume.” (p.240) Desse modo, para encontrar o que pode fazer “apelo aí”, o analista ou qualquer profissional envolvido com essas questões, como aqueles do CAPSi além de buscar proposições que acalmem a criança, apesar dessas também terem sua importância, deve pôr-se a procura com o sujeito, desse lugar nele que possa constituir um ato e a assunção de seu desejo, no limite do que pode lhe interrogar. Neste sentido é que pensamos que as intervenções da terapeuta em que ela se coloca com B na situação que ele relata da professora podem ter mais chances de aproximá-lo ao ponto em que ele venha a se reponsabilizar: “ *então você vai cuspir no meu rosto também, né? Porque aqui a gente sempre faz uma atividade! Não diz ele, na senhora não porque a sra. não merece! Ah, eu não mereço e a professora merece? Bem complicado pra ele entender algumas coisas!*” Neste ponto, lembramos Lebrun (2008):

Uma certa prática de conversa merece mais que nunca ser prosseguida, ao mesmo tempo que reinventada, que ela não espera o quadro da cura para ser operante, que sempre que uma fala vinda do outro mas arrimada ao real do sujeito puder ser dirigida, é uma chance que não pode ser perdida. (p.335)

A mediação da palavra, mais do que a mediação da medicação, num contexto mais livre dos imperativos escolares, num contexto mais criativo, pode ser o que esta criança e

outras do CAPSi mereçam. E este “merecimento” pode ser assinalado por B em frase, retribuindo-o à sua terapeuta neste momento de sua fala.

C também apresenta comportamento inapropriado e diferente de A que não parece ter um julgamento estabelecido sobre o que faz: se está transgredindo ou não. O que vimos foi que A parece responder à angústia da mãe conforme a profissional disse e à sua própria angústia, acrescentaríamos nós que corresponde muito bem à sensação que Lacan descreve de que se está em demasia no corpo. “é o sentimento que surge de uma suspeita que seremos reduzidos ao nosso corpo.” (Lacan, 1974, p.53)

Já em C, podemos perceber como em B, um nível de atuação mais direcionado como *acting-out* que não deixa de ser acompanhado por angústia, mas noutra nível. Segundo Forget (2010) a encenação funciona como fala da qual o sujeito não se apropria, ele propõe, então, que possa haver um espaço onde isso ocorra.

*“Criança C. Muito inquieto, muito inquieto, aí foi bater no colega. Você não pode fazer isso com o colega! Pela palavra, ele não tá me escutando, aí eu fui, segurei ele: C, você não pode fazer isso! Ele olhou nos meus olhos e me beliscou. Eu disse: Você sabe que não pode machucar os outros! Quando a gente descer, você não vai participar do lanche com os seus colegas e eu vou explicar à sua mãe porque isso vai acontecer. Eu cheguei pra mãe na frente dele eu expliquei: -C bateu no colega, isso não é correto e me machucou. Ele saiu de cara fechada comigo.*

*No outro atendimento ele chegou e me abraçou. Eu entendi isso como: Eu não quis fazer isso. Me desculpe ! E não mais aconteceu. Ele não teve mais esse comportamento de bater nos colegas. Então naquele momento ele precisava de uma coisa mais firme que só a palavra não ia conseguir contê-lo não. Ele tava precisando de algo mais incisivo mesmo. Como em outros momentos, não é necessário fazer isso. Mas naquele momento foi como ele conseguiu me escutar.”*

A atuação disciplinar exercida pela profissional no espaço de grupo se dá a partir do imperativo negativo, conforme vimos: do “não pode” e isso pode funcionar, quando acompanhado de outras atitudes, como a aceitação do pedido de desculpas, como um vínculo importante entre um adulto responsável e a criança. A prova é que a criança não ensaiou mais esse tipo de postura de oposição e desafio à autoridade da profissional. Neste exemplo também verificamos o recurso impedimento (*empêchement*) que implica uma certa contenção da agressividade de modo diferente do que se passa com a interdição (*interdit*). Ambas são formas de sobrevivência dos seres, conforme Frej (2003), mas enquanto o impedimento apela para uma força que se impõe no corpo a corpo, o interdito apela a um lugar terceiro como vimos e que se institui pelo consentimento das subjetividades a este lugar, incluindo sua agressividade. (Lebrun, 2013)

O recurso ao impedimento só pode ser considerado em oposição ao funcionamento pelo interdito depois. Também podemos considerá-lo um momento anterior e necessário ao estabelecimento do interdito. A profissional nos permite trazer à discussão a questão da medicação mesmo sem tê-la mencionado aí. A medicação não se situa ao nível do interdito e nem sequer do impedimento, pois os efeitos passam ao largo da percepção do sujeito, atuando sobre esta própria percepção, são efeitos aos quais ele permanece alheio, ao passo que no ato de segurar C pela terapeuta, temos um impedimento físico ao qual a criança consente e pode tirar consequências disto. Sua palavra vem depois reforçando a inadequação do comportamento.

Percebemos ainda o esboço de uma interlocução com a mãe da criança quando a profissional após encerrar o grupo procurou esta para relatar o ocorrido com C. É aí que precisamos situar o problema, pois há algo que se passa na relação com o núcleo familiar que pode explicar não só a agressão de C aos colegas e à profissional, mas a “inquietação” inicial de C., algo da falha, não no recalque, mas uma angústia e depois uma renegação do recalque e dos limites por C. À punição sofrida ele pode encarar em nível de uma frustração, como impedimento ao comer, lanchar e que ele precisa negociar, buscando inclusive a indulgência da terapeuta noutro dia de grupo quando vem abraçá-la. Para se inscrever o interdito, será preciso além dessas intervenções que a criança possa representar uma perda de gozo que incida nas referências que vêm em sua palavra e não apenas em suas ações. Neste sentido, mais do que orientação aos pais, é preciso ouvi-los e à criança para que eles localizem os pontos em que comungam de renegação da falta, da lei, da hierarquia e também o ponto em que a criança reconheça a perda, ou melhor, a castração como ganho simbólico e não como ameaça à sua integridade física, coisa que o ponto de angústia através da inquietação deixou transparecer.

**A, B e C** são crianças com F90.0 (Transtorno hiperativo) ou F90.1 (Transtorno hiperativo de conduta). **A** seria uma criança que nem sequer possuiria intenção de confrontar o outro ou transgredir como observamos em **B** e **C**, mas estaria num nível de confusão tal que justificaria acrescentar ao diagnóstico de hiperatividade, que a criança pode ser o objeto da mãe (Lacan, 1969/2003), ou tampão (Lebrun, 2009) e onde a intervenção precisa acontecer de ambos os lados a fim de que o sujeito seja liberado enquanto assujeitado. Neste ponto, podemos ter um funcionamento precarizado do lado do recalque e algo que não deixa de oferecer espaço à forclusão (Didier-Weil, 1989; Jerusalinsky, 2005). O recurso à disciplina

não deveria ser priorizado e isso é observado pela própria profissional que o acompanha. Na verdade, estamos numa fronteira ainda precária no que diz respeito à diferença mundo interno-mundo externo conforme Freud (1930/2011) e, em que as sensações de dor e desprazer precisam ainda ser supassumidas constituindo o aparelho, ao invés de serem evitadas, pois aí não se as aproveitará para operar depois, conforme o princípio de realidade e de identidade de pensamento. A fala infantilizada de **A** e seu ato de jogar-se no chão ou na profissional revelam algo de destruir, ao invés de constituir um corpo. As intervenções devem priorizar estabilizar outro nível de relação menos invasivo com a criança, permitindo a ela expressar-se e ratificar alguns movimentos e escolhas suas, mas também precisam dar conta do que se passa do lado da mãe, sua angústia que como vimos passa à criança. A profissional pôde se mostrar até certo ponto consoladora e confiante nesta mãe para que ela permita a introdução do terceiro, oferecendo a ajuda estrangeira para efetuar o corte dos dois: mãe-criança e que as tiram da condição de fazer Um. Se a equipe não contribuir com essa atitude e as entrevistas com a mãe não continuarem, não vemos como o progresso de **A**, possa acontecer, pois **A** ainda não constituiu fronteira suficiente entre eu-outro.

Já **B** e **C** poderiam ser considerados como crianças em que o lado da conduta prevalece revelando que o aspecto da lei é considerado. Lei que é possível transgredir, o que já considera o interdito, assim observamos as atitudes de provocar e zombar, este último aspecto mais observado do lado de **B**. Nestes casos, o caráter puramente disciplinar tampouco nos pareceu indicado e contra os imperativos da bagunça, da agitação, da agressão e da transgressão, os casos apontam para a necessidade de uma lógica que privilegie não apenas o certo ou errado imediatamente considerados, mas a fala que pode circular sobre esses acting-outs das cenas, antes que eles se tornem passagens-ao-ato e nestas falas poderemos encontrar outras saídas para o impasse onde as próprias oficinas do CAPSi e outros recursos na comunidade podem oferecer ajuda conforme a fala das profissionais. Nas intervenções em si mesmas poderíamos enfatizar a lógica do equívoco que tem seu aspecto criador suportado no próprio movimento da *Aufhebung* que possibilita nas intervenções à letra dos significantes primordiais, o aparecimento de outro modo de circulação da energia psíquica em que o singular de cada sujeito pode fazer reconhecer a lei que ele traz, talvez antes em seu caráter superegóico que confunde a castração com ameaça à sua integridade física e não como promoção de sua subjetividade.

Neste sentido que Rassial (2000) retomado também por Legnani (2009), bem como Lévy (2008), Jerusalinsky (2005) e Didier-Weil (1989) supõem cada um a seu modo que o Nome-do-pai precisa de nova confirmação para ultrapassar os atos imediatistas e o corpo-a-corpo que essas crianças apresentam. O interdito, precisa ser tomado ao pé-da-letra como entre ditos e trazer a possibilidade de sinthoma que é fazer com que a lei se constitua sob nova forma não aterrorizante, mas consentida e ao mesmo tempo criada pelo sujeito neste tratamento.

Este caráter de criação à lei não deixa de nos remeter ao seminário *Les non-dupe errent* de Lacan que jurou depois de sua excomunhão “nunca mais falar dos nomes do pai”. Eis que *Les noms du père* – “Os nomes -do-pai” não deixa de ficar subentendido como referência no título. Este seminário inédito em português pôde receber as felizes traduções que Alduísio Moreira de Souza (s/d): “Os que pensam não se enganarem erram” ou “Os sabichões erram” e Mario Fleig (2009) “Os- que- não- se- deixam- levar erram” propõem e que aproximam da idéia de um saber que não se sabe e que a pretensão racionalista ou mesmo a arrogância só pode deixar na errância, não permitindo o encontro com ele. O título proposto por Fleig traz ainda a idéia de que o deixar-se levar pela transferência, o consentir à alteridade é que poderiam talvez tirar da errância e oferecer algumas pistas. Por sua vez, a dimensão criativa de uma lei que não obedece estritamente a um imperativo paterno, mas não deixa de se servir dele, foi enfatizada pela transcrição fonética de Souza (s/d) que, ao invés da tradução do seminário apenas, propõe em alusão borromeana com seu *Pelo Nó me dou Pai* uma ênfase criativa de uma operação, ao invés de algo que o sujeito apenas necessita ou espera que ocorra e que venha em seu socorro sem contribuição sua. Nesta transcrição fonética, Souza (idem) demonstra ademais, com o próprio ato, o que deve se passar numa cura. Não a repetição de modelos, mas a solução mais própria sem dispensar a alteridade e considerando o interdito.

Além das crianças expostas acima e que podemos relacionar às fronteiras da constituição psíquica que seguem o movimento da *Aufhebung* freudiana, encontramos as que não visualizamos tão bem nessas, pelo menos naquelas que expomos no texto freudiano e que, não obstante, merecem nossa atenção para revelarmos a variedade clínica que está por trás da questão da hiperatividade, exigindo diferentes intervenções. É o caso de **D**.

*“Tem 11 anos. Nos grupos com ele, estava sempre procurando uma atividade pra fazer, muito inquieto. Mas hoje eu noto que ele alterna de comportamento. Há momentos que ele vem muito triste pra cá, inclusive fica quieto, escondido em algum*

*lugar. Tento conversar, mas ele não fala realmente sobre qual o motivo, nem mesmo individualmente. Na outra semana ele já vem. (...) Parece que ele alterna, uma semana ele vem quietinho, na outra ele vem com toda carga pra trabalhar aqui no CAPSi, pra despejar aqui. Deve ser alguma situação que ele tá vivenciando e que ele não consegue expor aqui nem pra mim nem pra o outro co-cordenador que faz o grupo comigo.”*

A situação acima não é fácil de definir em termos de funcionamento psíquico, apenas com os elementos da entrevista. Pode ser que seja algo apenas situacional e que ele ainda não conseguiu colocar em palavras, mas pode ser algo da ordem de uma patologia do luto e que a literatura psiquiátrica já consegue diferenciar de crianças com um funcionamento como o que vimos de *acting-outs*. Crianças podem ter humor deprimido oscilando com momentos de agitação alternando-se em ciclos e às vezes simultaneamente. (Rohde, 2004) No entanto, em D, tais ciclos não parecem se alternar de modo próximo, porém mais ou menos bem espaçados.

Em termos psicanalíticos temos poucos elementos para esboçar uma explicação, mas podemos pensar se o modelo que Freud (1917/2003) propõe para a melancolia pode acenar com algo. Freud propõe que o melancólico dirige suas críticas ao eu, críticas insistentes e que por essa insistência nos interroga sobre como alguém tão apegado à vida poderia concordar no limite até com sua destruição? Na verdade, diz Freud, essas críticas agressivas seriam dirigidas a um objeto amado e abandonado por ele, de que ele, por identificação incorporou traços. Mais uma vez o limite eu-outro é colocado em questão. A reação maníaca pode ser explicada como outro lado possível ao trabalho do luto melancólico, ou seja, após longo esforço de penalização do eu enquanto objeto, a estratégia se torna supérflua e dá lugar a uma liberação dessa energia que é logo usada em busca de novos objetos para “despejar” suas cargas, para usar uma expressão que a profissional utilizou em relação a **D**. Conceição Beltrão Fleig (2009) chega a colocar que em sua experiência clínica considera a hiperatividade como defesa ou impertubabilidade frente à dor física e psíquica ou como uma forma contemporânea de ataraxia.

O dito hiperativo é um apático frente ao que lhe diz respeito, às respostas que poderia vir a dar, às posições que poderia vir a ocupar. Está entregue ao pulsional, não se encontra nem na posição de resposta a uma demanda nem ao desejo. É um momento insensato, entregue ao movimento pelo movimento, cuja angústia se liga a que o movimento possa se interromper, e depois? O próximo movimento já tem de estar em ação antes que o anterior se interrompa. O risco presente é o de um ponto final, uma escansão, um espaço, o risco eminente é, sobretudo, o da produção de um significante. (Fleig, C, 2009)

Apenas nos casos aqui apresentados verificamos uma variedade tal de dinâmicas psíquicas que se torna improvável universalizar os casos que encontramos sob os diagnósticos de F90.0 e F90.1, muito menos sob o nome genérico de hiperatividade. No último caso **D**, as aproximações com o diagnóstico de transtorno maníaco-depressivo, pouco usual nesta faixa etária da infância, não pode ser de todo descartado nem confirmado, ao menos de posse dessa pequena vinheta da profissional. Isto não quer dizer que métodos de diagnósticos ou um acompanhamento prolongado não pudessem dissipar tais dúvidas, no entanto, chamamos atenção para a grande quantidade de diagnósticos de transtorno hiperativo e transtorno hiperativo de conduta a despeito da necessidade observada de que cada caso merece um tratamento mais aprofundado. Essa consideração influencia de modo determinante o tratamento oferecido também. Desse modo, para além da leitura das intervenções como “limites” no sentido disciplinar versus a proposta que fazemos de intervenções por limites que a palavra oferece na constituição das fronteiras, observamos outras nuances de intervenções das profissionais que exigem nosso esforço crítico como as destacadas a seguir.

*“Eu tenho colegas que dizem: Ah, você não pode fazer o papel de mãe da criança! Eu sinceramente não vejo problema de, em alguns momentos, eu colocar a criança no meu colo. Não acho que tô fazendo o papel de mãe e de pai não. Mas acho que, em alguns momentos a criança tá precisando daquilo. De você pegar... Não, sente um pouquinho, passou? Então vamos voltar pra atividade!”*

*E a questão do limite você pode dar até durante a atividade mesmo. Vamos fazer uma atividade em fila!? Você agora vai ficar atrás de seu colega! Aí ele vai tentar burlar. Mas o que foi que a gente combinou? E às vezes os próprios colegas começam a intervir: ah! Mas não é a sua vez! Na atividade em circuito, em que cada um precisa esperar a vez do outro.*

*É o que eu faço com meu grupo Era uma Vez. Através dos contos, das histórias você pode tá passando pra elas de uma forma simbólica, você pode tá passando a questão dos limites. A questão das regras, o que era permitido, o que não era. Você previamente escolhe uma história, um conto e onde você pode direcionar pra aquilo que você quer chegar. É um grupo de meninos pequenos então não dá pra trabalhar regras e limites de uma forma muito concreta, tenho que chegar neles de uma outra maneira. E acredito que alguma coisa fique sem precisar ser tão rigoroso e incisivo, só dizendo: não pode!, não pode!, não pode!”*

Os discursos das diversas abordagens circulam no CAPSi e podemos presumir que o da psicanálise tenha influenciado o início dessa fala. Afinal de contas, Freud (1912/1969) diz na dinâmica da transferência sobre as imagens paterna, materna e fraterna que compõem a transferência do indivíduo para seu médico. Isto se deve justo a um investimento objetal do indivíduo que se encontra parcialmente insatisfeito e que se acha pronto por antecipação para

investir a figura disponível do médico com esses protótipos. Ora, é justamente dentro de tal perspectiva que podemos pensar que Freud (1915/1969) diz que tais anseios devam permanecer insatisfeitos no tratamento para com sua energia poderem realizar as mudanças necessárias. Assim, a julgar por essas informações da teoria da técnica, poderíamos dizer que a profissional estaria equivocada em seu procedimento, ao alimentar a carência que a criança pode ter da mãe. No entanto, não é desse modo que encerramos a questão.

A equivocidade da língua como vimos é essencial na teoria e prática psicanalítica. A transferência pode ser o equívoco necessário para um sujeito quando percebe que a imagem que projeta e é sustentada por algum tempo na figura do médico, pode ser um logro, um engano, mas um logro que precisou de suporte algum tempo e que numa outra volta revela seu engano pela não-resposta do analista (Lacan, 1953/1986). Assim, a criança não é colocada indefinidamente no colo da terapeuta, mas só o tempo de escutar alguma coisa que em outra posição não pode escutar e logo é recolocada na atividade novamente. Além disso, a função da contenção é importante em tais casos, sobretudo em crianças menores. Pode se oferecer uma contenção inicial como um recurso até mesmo do tipo do impedimento para depois tal recurso ser suprassumido na interdição com a palavra, interdição que impulsiona a criança à atividade. Aqui vemos mais uma vez o movimento da *Aufhebung* que não despreza um momento de maior união e indiferenciação com a mãe, fazendo das duas Uma, para depois pelo corte da palavra ratificar as duas: é o mesmo enquanto mesmo e enquanto outro. O que não deixa de ser abordado por Lebrun (2008) quando afirma que o analista precisa

Consentir em passar pela proximidade com o regime materno, aceitar remeter em espelho o que organiza o sujeito, refazer com ele o caminho que leva aos impasses que ele encontrou (...) E assim, progressivamente permitir que o sujeito sinta que a impossibilidade de encontrar uma saída diante de suas questões deve –se a ele ter desmentido, a não ter querido passar pelos arcanos da metáfora paterna, pelo regime da relação com o pai, em outras palavras, pelas leis que a linguagem nos prescreve. (p.281)

A passagem em que a terapeuta reporta uma atividade em grupo revela a importância que têm as crianças umas sobre as outras e isso encontra referência na psicanálise quando Freud fala sobre a chegada de um irmãozinho (Freud 1909/1969; 1910/1969). Para Freud (1910/1969) as razões para uma inibição intelectual ou, por outro lado, uma compulsão e busca ansiosa pelo conhecimento- outro aspecto que pode influenciar a desatenção, a hiperatividade e a impulsividade (eixos do diagnóstico de F90) - residem nos destinos que tiveram as teorias sexuais das crianças. Estas são geradas no seio de sua família e refletem a busca pelas razões do aparecimento de uma criança, a fim de como bom pesquisador poder prever novos traumas e contribuir para que uma realização como esta fracasse. A forma como

uma criança hiperativa se relaciona com seus colegas pode dar pistas de como estão situadas, mas as intervenções no sentido do “dar limites” podem ser insuficientes. Precisamos segundo Freud, para liberar a libido para o conhecimento e, acrescentaríamos nós, para “esperar a vez do outro”, encontrando sua própria vez e lugar, só pode acontecer se pudermos exercer influência sobre o material recalcado das pesquisas que a criança fez. Nos casos em que o “complexo do intruso” conforme denominou Lacan (1938/2003) apresenta a forma de uma absorção tal de uma criança pela imagem da outra, podemos pensar num problema de identificação em que as fronteiras entre mundo interno-mundo externo estão mais uma vez em questão e talvez, precisemos rever mesmo a indicação exclusiva de grupo envolvendo apenas as crianças sem que a relação com a mãe e seus Outros sejam trabalhadas para mediar essa convivência entre elas.

Essa facilitação para a expressão das crianças, incluindo o material recalcado de suas representações é sugerido pela profissional no parágrafo seguinte com as histórias do tipo *Era uma vez*. Neste sentido é que ela pode provocar o equívoco das formulações das crianças e da história em grupo a fim de que as crianças possam ter suas mobilidades psíquicas influenciadas. Influência que ela verifica bem não acontece se abafarmos a criança com “Não pode! Não pode”, levando ao seu transbordamento pulsional e a uma criança que não se deixa mais transbordar ou transitar conforme Bergès & Balbo (2001). *Era uma vez* contempla deste modo mais do que os limites convencionados como certo ou errado: os limites referentes aos lugares ocupados por cada um na trama de suas narrativas.

Interessante perceber que essa profissional estabelece ainda uma distinção entre intervenções que não fazem apelo apenas à palavra, mas se utiliza da contenção e do impedimento por um lado. Por outro, ela diz que mesmo com as crianças menores do grupo *Era uma Vez* ela sai do concreto para oferecer acesso das crianças aos funcionamentos e regras sociais, numa aproximação maior aos interditos. Dois aspectos que podem nos orientar a pensar no tratamento no CAPSi.

Por fim, gostaríamos de destacar a fala das profissionais sobre os limites das intervenções no CAPSi:

*“Se os professores tivessem formação com o CAPSi. Se nós pudéssemos dividir essas atividades com outros, atividades físicas, trabalhar com animais, com jogos com regras, eu creio que ficaria bem mais fácil. Talvez os casos mais graves é que viriam para aqui, os casos que os professores tivessem como lidar, não. Como acontece com a gente, às vezes a gente tem uma criança e tá pensando em dar alta e não tem pra*

*onde mandar. A gente fica perdida, fazer o quê? Mandar pra onde? Tem casos de crianças que estão bem com relação a quando chegou e como está agora, mas fico com as mãos atadas sem ter pra onde mandar. Preciso de fono, preciso de psicologia ambulatorio, a gente não tem apoio de uma associação, de um clube, não tem SESI. Se pudéssemos contar com outros profissionais com atividades diferenciadas, poderia ser bem melhor, eu acho.*

*Mas se é importante uma rede organizada, infelizmente nós não temos. A saúde... Quer ver? Certo que não tem nada a ver, mas o crime, o crime organizado, por que eles estão organizados? Por que o traficante que tá lá em cima quando vai preso, já tem outro que dá o suporte e outro e outro... é porque existe organização e aqui não. Quando eu digo aqui, eu digo a saúde, saúde pública, não é o CAPSi especificamente. A falta de organização é justamente essa porque quando a gente precisa de suporte a gente não tem pra onde correr, a gente fica sem pernas. Pesquisador: Enquanto isso eu estou aqui pensando que os hiperativos estão cheios de pernas, não é!? (Risos) Estão cheios de pernas e querendo puxar mais as pernocas da gente.”*

A fala dessa profissional alerta para a essência do trabalho em CAPSi que é territorial e em rede. Essencial no sentido em que o CAPSi é um serviço substitutivo e, portanto, não pretende ser nem único, nem definitivo. Ele pretende substituir o manicômio, o isolamento e o tratamento moral, mas não pretende substituir o território, muito pelo contrário, a rede vai dar suporte para que essas crianças e adolescentes possam ser acolhidas e participar da vida social onde elas moram e vivem. Desse modo, qualquer CAPS não deve pretender que suas intervenções trabalhem isoladas dos outros recursos do território e indiferentes ao que se passa ali. As instituições não deveriam, conforme o próprio Freud (1912/1969) terem a ambição de reter seus pacientes através de qualquer atrativo e mantê-los distantes da vida. “Do ponto de vista do reestabelecimento, é completamente indiferente que o paciente supere esta ou aquela ansiedade ou inibição na instituição; o que importa é que ele fique livre dela também na vida real.” (p.141) É exatamente o que é constatado na prática de outra profissional:

*“Muitas vezes a gente concentra o mundo perfeito aqui e ninguém quer sair. Se existe essa possibilidade ainda que através de uma ONG, de outras redes intersetoriais que ele possa acessar, aí melhor ainda, porque aí a gente estaria trazendo pra ele uma sociedade e não só um CAPSi, porque o CAPSi é perfeito e a sociedade cheia de defeitos.*

*Na visão de muitas mães é o lugar onde os filhos delas são aceitos, podem fazer o que quer e ninguém fica olhando com aquele olhar de discriminação. Podem ter os seus sintomas bem característicos de suas doenças sem que as pessoas olhem com aquele olhar: que mãe, que filho! Com aquela coisa do preconceito mesmo. Então isso faz com que eles se sintam tão acolhidos que não queiram ir embora. É como a casa da avó. Então é importante que haja outras atividades que eles sejam inseridos, que eles se sintam realmente acolhidos e que eles possam aos poucos ir desmamando essa presença no CAPSi que não é pra vida toda e nem deve ser.”*

Portanto, ainda na direção apontada pela profissional que falou em dividir as atividades com outros atores, o contato com a escola, primeiramente, onde as crianças passam boa parte de seu tempo, é essencial no sentido de oferecer suporte para que os professores possam desenvolver uma prática que favoreça o processo de subjetivação em articulação ao trabalho no CAPSi. Esta seria também uma função a ser desempenhada junto às Agentes Comunitárias de Saúde que visitam constantemente as famílias de sua região, verificando suas necessidades e potencialidades de saúde e que não foram citadas por nenhuma profissional entrevistada. Este seria o foco do trabalho de matriciamento (Chiaverini, 2011) que consiste nas interconsultas e discussões de casos em conjunto com as equipes a fim de pactuarem as ações interventivas e deliberarem sobre recursos e outras coisas, partindo principalmente da situação e fala das singularidades envolvidas.

Além deste aspecto, a profissional acima chamou a atenção para algo indispensável seja no CAPSi, seja no território que é o trabalho interdisciplinar: “*preciso de fono, psicólogo em ambulatório...*”. Não só do trabalho interdisciplinar, mas de sua organização, que segundo Lebrun (2010) conforme vimos, não pode prescindir de hierarquização. A hierarquia que propomos não é aquela que se faz com conceitos psicanalíticos ou quaisquer outros que podem acabar afastando os profissionais do sujeito por aproximá-los excessivamente do discurso teórico universitário. A hierarquia é aquela que se obtém pela leitura clínica do caso a partir da fala e intervenção dos envolvidos com ele e que prioriza o recurso e o tratamento dado pelo próprio sujeito ao gozo. É por isso que a consideração das fronteiras e dos limites que operam ou não podem indicar a direção de tratamento a ser seguida. Direção que não dispensa os movimentos de aquisição da linguagem, no caso em que se lembrou da fono, nem tampouco os desenvolvimentos de outras funções cognitivas, por exemplo, quando se lembrou do psicólogo.

Recordamos da importância destacada por Jerusalinsky (2002) e Tyszler (2007) no segundo capítulo de nossa dissertação com relação às intervenções “instrumentais” que numa perspectiva mais ampla, podemos considerar como uma passagem por instrumentos da cultura que conferem um valor tal à subjetividade da criança e à sua possibilidade de resposta ao Outro que passam a operar função de consentimento a subjetivação em si mesma.

Além disso, Marie Christine Laznik (2013) quando disse que crianças que podiam estar saindo do autismo, poderiam em todo caso, tornarem-se hiperativas, sobretudo se fracassássemos em lhe trazer cuidado e tratamento de outros profissionais como os que a

profissional enumerou fono, psicólogo, dentre outros, nos leva a pensar e a nos interessar noutra pesquisa por mais detalhes dessa clínica interdisciplinar. Existe o aspecto transferencial a ser trabalhado no âmbito da psicanálise, mas há sem dúvida pontos de apoio e etapas para a estruturação da função da Atenção e Psimotricidade, para citar algumas que não são dispensáveis numa atuação interdisciplinar e isso provavelmente tem um efeito sobre a própria constituição do sujeito. Neste caso, se formos julgar a situação dessa constituição do sujeito nos CAPSi's a partir da fala das profissionais, tememos que ela esteja em risco ou comprometida.

O que é evidente é que a prática da escola e dos outros profissionais tão importantes quanto o psicanalista precisam estar “organizadas” conforme a profissional aponta e, mais que isso, orientadas por uma concepção de sujeito, sem dispensar a de indivíduo com diversas necessidades. Trata-se do manejo transferencial, articulado ao estudo dos sintomas, comportamentos e disfunções. Mas a leitura transferencial com seus índices de subjetividade merecem prevalência sobre qualquer protocolo de aquisições, pois as criações no âmbito instrumental podem se dá a partir desta leitura.

O CAPSi é o regulador da rede (Brasil, 2004) que podemos entender aqui como aquele que poderá dar orientação, estabelecer a ordem às demandas não conforme um autoritarismo, tampouco descambiando para um igualitarismo sem critério (Lebrun, 2010), mas no acompanhamento, na leitura transferencial atenta daqueles que se ocupam da criança, favorecendo o aparecimento do sujeito. Isso não deixa de ser sugerido na leitura de outra profissional:

*“Até porque o tempo que as crianças passam aqui é pouco. Se elas pudessem se beneficiar de outras coisas, também lá fora, uma coisa não iria atrapalhar a outra. Seria um complemento. É uma forma de estar facilitando a evolução dessa criança. Acho que poderíamos entrar em contato. Ah, ela tá fazendo equoterapia lá fora, por que não entrar em contato com o profissional e saber dos pontos que estão sendo trabalhados? Porque se a gente trabalha em rede, então a gente não trabalha só em rede aqui dentro. A mesma coisa com ambulatório. Por que não começar a fazer contato com as crianças que são aceitas no ambulatório? Vou começar a encaminhar pra o ambulatório e fazer um período de transição. Ela tá aqui, começou a ir pra o ambulatório, a gente tá trabalhando isso, mas a criança já começa a poder ter esse trabalho lá fora ou com o educador físico: a natação ou a arte marcial e a gente conseguir fazer a ponte pra saber o que está sendo trabalhado com essa criança.”*

Constatamos em nossa leitura uma concepção das profissionais que passa pela constatação de um imperativo de gozo no corpo e na cena de modo peculiar nos “hiperativos”

e uma direção das intervenções que segue o sentido de “dar limites”, mas que aponta em vários momentos para a necessidade de considerar os limites e fronteiras do psiquismo das crianças, passando por último pelos limites das intervenções que são realizadas no CAPSi e que nos exigem uma lógica interdisciplinar e de rede de atenção psicossocial e de cuidados. Passemos às considerações finais.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nossa dissertação começa pelo “tropeço” com o “imperativo” de modo semelhante ao que se passou com outros que nos antecederam. Barros (2009) que em sua dissertação se interrogou sobre os efeitos da fala dos meninos de rua em seu enigmático “*Vê se me desimbaça!*” e principalmente Frej (2003) que identificou na dificuldade de compreensão do texto freudiano um problema de tradução, quando se impôs a consulta ao original alemão e onde se deu o encontro do termo freudiano *Aufhebung* em toda sua originalidade como procuramos demonstrar. Esses tropeços compõem matéria de trabalho que alimenta a sublinha de pesquisa instituída por Frej a partir de sua própria dificuldade teórico-clínica: *Limites, fronteiras e endereçamentos entre a mãe e a criança* a qual nosso trabalho se filia.

Nosso tropeço foi com as denominações: “imperativo” ou “criança imperativa” que de início não nos chamou atenção, já que os erros de ortografia não são incomuns nos ambientes em que se trabalha com a população menos favorecida. No entanto, por sua insistência na fala e na escrita, passamos a considerá-lo não um erro, mas um ato falho e, portanto, bem sucedido de dizer da posição em que estavam muitas crianças que o CAPSi recebia e também da situação em que a própria sociedade atual se encontra de um verdadeiro império da ação seja nos ambientes mais favorecidos seja naqueles menos favorecidos como este dos Centros de Atenção Psicossocial. Por isso que escrevemos o capítulo 1 para tentar dar conta do que as mudanças sociais têm favorecido no funcionamento psíquico humano e que vai além da situação sócio-econômica de alguns, apesar de essas não deixarem de exercer sua influência.

Assim, o que entra na constituição dos sujeitos chamados imperativos segue a linha do que nos diz Frej (2005) sobre a pedra de tropeço “que inaugura um percurso de constante

criação de espaços, situando e distinguindo entre si organismo, o corpo e o indivíduo na sociedade e na cultura”, conforme demonstramos no capítulo 2: Psicanálise e Hiperatividade. Para além do que evidenciamos numa relação entre o primeiro e o segundo capítulo podemos lembrar o que nos disse Frej (2010a; 2012b) algumas vezes que o social, o organismo e a constituição do sujeito não estão nunca separados, nem sequer “em relação” somente, mas num permanente estado de trânsito, de influência dados pelo movimento da *Aufhebung* que “metamorfoseia os espaços e a energia que neles circula.” (Frej, 2005) E isso pode ser demonstrado de algum modo- que não é jamais um modo absoluto- que podemos encontrar uma herança imperativa que nos concerne a todos em nosso funcionamento de organismo, em nosso corpo e no social se seguirmos o próprio Freud (1923/1969) quando indica em vários momentos de seu estudo do *ego e do id*[ o eu e o isso]:

Através da formação do ideal, o que a biologia e as vicissitudes da espécie humana criaram no isso e neste deixaram atrás de si, é assumido pelo eu e reexperimentado em relação a si próprio como indivíduo (p.51)

(...)nenhuma vicissitude externa pode ser experimentada ou sofrida pelo isso, exceto pela via do eu, que é o representante do mundo externo para o isso. Entretanto, não é possível falar de herança direta no eu. (...) É aqui que um abismo entre um indivíduo concreto e o conceito de uma espécie se torna evidente. As experiências do eu parecem estar perdidas para a herança; mas quando se repetem com bastante frequência e com intensidade suficiente em muitos indivíduos, em gerações sucessivas, transformam-se por assim dizer, em experiências do isso, cujas impressões são preservadas por herança. Dessa forma, no isso, que é capaz de ser herdado por herança, acham-se abrigados resíduos de experiências de incontáveis eus, e quando o eu forma o seu Supereu a partir do isso, pode talvez estar apenas revivendo formas de antigos eus e ressuscitando-as. (com modificações no texto consultado, p.53)

Frej (2011) também nos alertou sobre essa herança de outro modo em seu texto *Antes que o sonho não se realize – a cena ativada*. Mais do que fruto de uma mutação cultural, a submissão a esse imperativo nas diversas formas que tentamos demonstrar, sobretudo no capítulo 4 em que recolhemos as falas de profissionais para compor a escrita desta dissertação, é vista pela autora como fruto de “momentos arcaicos próprios ao percurso do sujeito ao longo da história do desenvolvimento” (p.1). Momentos que podem ter ficado a espera deste “cotidiano esgarçado e dilacerado pela primariedade dos estímulos que incidem sobre o sujeito”. (idem) Como podemos ver na atualidade.

Retomamos este aspecto teórico aqui, pois constantemente recebemos referências a ele da prática das profissionais entrevistadas, em que o organismo, o funcionamento psíquico e o coletivo em que essas crianças imperativas/hiperativas estão aparecem como relacionados e exigindo delas e da instituição intervenções que possam dar conta dessa complexidade.

Com essas considerações, entramos em cheio com nossos objetivos e nossas hipóteses. Interrogar essas intervenções que precisam considerar toda essa complexidade requer referências e fundamentos a que cada profissional se lança corajosamente e cotidianamente em busca. As nossas referências de leitura se apoiaram no que sobressaiu da prática na fala dessas profissionais sobre as crianças, mas também acompanhamos e confrontamos essas falas, com o fio da teoria freudiana traçada pelo movimento da *Aufhebung*. Movimento que se verificou justo em momentos de impasse na constituição do sujeito, remetendo a pontos ainda mais específicos, se bem que nem sempre claros e, talvez por isso, realçados nos conceitos de limites e fronteiras.

No capítulo 4 em que examinamos e discutimos as falas das profissionais verificamos a expressão tão usada no serviço e mesmo no social da “falta de limites” e do ter que “dar limites”, apontando pelo significante para uma relação que poderíamos construir dessa fala com o que a teoria freudiana nos coloca. Confirmamos que o CAPSi é um lugar que recebe a influência da concepção social dos problemas das crianças, mas que começa a configurar seu próprio instrumento de escuta, pois se as concepções e intervenções vão num sentido comum disciplinar em alguns momentos, por outras vezes observamos referências das profissionais às dificuldades de colocarem os limites dessa forma. Elas fazem referências claras à constituição de limites na relação da criança com a mãe e o pai em alguns momentos, sublinhando os endereçamentos que são feitos entre eles, em outros da dificuldade de organização da fronteira eu-outro e também da dificuldade em encontrar lugar na lei, coisas que a teoria procura estabelecer.

Elas deram claras indicações que conseguem perceber o endereçamento de uma criança como a que “*se joga nos braços*” da terapeuta “*que se joga no chão*”, “*que não para*”, “*que não tem nada que prenda a atenção dela*” e diferenciá-lo de outra que chega a formular: “*me ensina a ficar quieto!*”.

No primeiro caso, a terapeuta indica que não adianta opor-se com um imperativo ao que a criança não suporta que é ficar numa sala fechada com outras crianças, nem tampouco aos imperativos da própria criança. Neste caso a fala que supõe um sujeito, as brincadeiras em que ela se apoia no ato da criança de jogar-se e o interpreta como uma tentativa de fazer contato, propondo a tal brincadeira, demonstra seu apelo a um lugar terceiro que possibilite a separação eu-outro com a constituição de uma fronteira.

Fronteira diferente daquela observada no segundo exemplo em que a terapeuta verifica a formulação da criança como uma demonstração de que ele consegue ter uma crítica em relação ao seu problema de inquietação, mas não consegue abrir mão desse estado, sobretudo do comportamento transgressor e desafiador que *“ele sabe que vai causar um prejuízo pra ele ou a outra pessoa”*. Trata-se de outra fronteira, portanto, aquela que diz respeito à lei e ao lugar de autoridade que a terapeuta reconhece quando traz que a criança cuspiu no rosto da professora e quando diz que esta fez por merecer enquanto que a terapeuta não. Mesmo neste caso, a intervenção passa pela escuta e questionamento dessa identificação da criança, que não deixa de ser *“imperativo”*, mas onde se pode apelar para a palavra e seus equívocos, o que é tentado por ela em alguns momentos, por exemplo, quando o compara para nós a um *“ator falando”*.

Esses limites, fronteiras e endereçamentos também consideram a complexidade que aludimos acima, na medida em que se encontram nas falas delas em referências ao social e ao que extrapola tanto o modo de ver a constituição psíquica no âmbito mãe-criança ou família – criança, como no modo de encarar as intervenções quando elas indicam a necessidade da prática interdisciplinar em equipe, apontando para os limites de uma intervenção individual apenas e do trabalho em rede quando apontam para os limites da ação na própria instituição. Tudo isso constitui o próprio sentido da instituição do CAPSi como serviço substitutivo ao isolamento da criança e das ações profissionais como eram realizadas antes da Reforma Psiquiátrica. Ou será que os efeitos do discurso psiquiátrico permanecem junto com os imperativos das neurociências, da genética e da psicofarmacologia quando se aliam ao discurso capitalista?

Este trabalho acabou por nos mostrar, voltando à exploração dos limites e fronteiras para além da criança e do aparelho psíquico, que o modo e funcionamento imperativo podem estar presentes na instituição também. É o que encontramos de forma às vezes trágica, às vezes cômica na fala da profissional ao final do capítulo anterior e que retomaremos aqui.

*“às vezes a gente tem uma criança e tá pensando em dar alta e não tem pra onde mandar. A gente fica perdida, fazer o quê? Mandar pra onde? Tem casos de crianças que estão bem com relação a quando chegou e como está agora, mas fico com as mãos atadas sem ter pra onde mandar. Preciso de fono, preciso de psicologia ambulatorio, a gente não tem apoio de uma associação, de um clube, não tem SESI. Se pudéssemos contar com outros profissionais com atividades diferenciadas, poderia ser bem melhor, eu acho.*

*Mas se é importante uma rede organizada, infelizmente nós não temos. A saúde... Quer ver? Certo que não tem nada a ver, mas o crime, o crime organizado, por que*

*eles estão organizados? Por que o traficante que tá lá em cima quando vai preso, já tem outro que dá o suporte e outro e outro... é porque existe organização e aqui não. Quando eu digo aqui, eu digo a saúde, saúde pública, não é o CAPSi especificamente. A falta de organização é justamente essa porque quando a gente precisa de suporte a gente não tem pra onde correr, a gente fica sem pernas. Pesquisador: Enquanto isso eu estou aqui pensando que os hiperativos estão cheios de pernas, não é!? (Risos)Estão cheios de pernas e querendo puxar mais as pernocas da gente.”*

Este depoimento não poderia faltar novamente aqui, em primeiro lugar pela emoção e beleza, apesar das dificuldades que relata e com que expressa a realidade do trabalho na instituição e segundo pela quantidade de elementos que nos fornece para levantar questões e ter uma dimensão do desafio que é uma instituição como esta. Destacamos o que denominamos trágico que é a desorganização do sistema, o que inclui o serviço, em comparação à organização do “*crime organizado*”. O que poderia explicar essa desorganização e desaparelhamento da Saúde e do CAPSi que deveriam ser ao contrário, modelos substitutivos, e a organização por outro lado, do crime? Talvez porque o “imperativo” que vige na instituição não pode seguir definitivamente pela lógica de mercado, das avaliações objetivas, da quantificação, enfim do discurso capitalista que impera no crime organizado. Este sim deve ser totalmente consoante com o imperativo do consumo, do imediatismo e da adicção. O CAPSi não! O CAPSi tem um compromisso com uma organização que passa pela Lei que humaniza, a lei do desejo e do sujeito e esta passa por renúncia ao gozo imperativo, através das criações dos limites, das fronteiras daqueles que nos chegam. Além disso, a partir do reconhecimento de que o cuidado e o tratamento extrapolam as fronteiras e muros da própria instituição, exigindo do social mais amplo a participação na vida dessas crianças.

E aí entramos na parte cômica do relato ou tragicômica em que a profissional diz “*a gente fica sem pernas*” e podemos pensar “*sem pernas*” de tanto que o tamanho do desafio exige pernas se não pudermos oferecer nossa escuta e nosso pensamento a este trabalho “*com hiperativos cheios de pernas*” ficando num nível de resposta mecânica ao problema. Trata-se então de desafio de uma formação profissional e de composição de equipe e de rede que dê conta não só da quantidade de crianças, mas desse imperativo-de uma resolutividade que passa por cima do que precisa ser verificado: que endereçamentos são feitos e quais os limites e as fronteiras implicadas como já vimos. Contra esse “*cheio de pernas*” dos profissionais, as crianças hiperativas não deixam de querer “puxar mais as pernocas da gente.” Como uma clara referência ao apelo dessas crianças diante das exigências de respostas e da falta de

implicação subjetiva que os imperativos de resolutividade podem acarretar. Desse modo, acabamos por encontrar que o CAPSi pode tornar-se ele próprio hiperativo!

Gostaríamos de lançar algumas ideias para um próximo trabalho nas instituições CAPSi's. Numa pesquisa futura esperamos precisar ainda mais os limites e as fronteiras que constituem o psiquismo das crianças que mais incomodam, dessas imperativas, agitadas que nos chegam diariamente, através do recurso ao acompanhamento das próprias sessões com as crianças em suas terapias e outros momentos na instituição e fora dela. Isso pode nos ajudar a precisar melhor uma direção de tratamento para casos assim, considerando as diferenças que encontramos. Talvez apenas um segmento de crianças, aquela em que a fronteira eu-outro ainda está no que alguns psicanalistas denominaram “risco psíquico”. Pretendemos também aprofundar outros instrumentais teórico-clínicos da psicanálise que nos ajudem a precisar essas relações e a pesquisa futura como talvez o recurso que nesta dissertação foi apenas esboçado aos registros Lacanianos do Real, Simbólico e Imaginário conforme os últimos seminários de Lacan. Por fim, esperamos que esta pesquisa consiga trazer novo diálogo entre a teoria e pesquisa acadêmica em psicanálise e a intuição e a prática corajosa e criativa dos profissionais de instituições como a do CAPSi, com benefício prático para as crianças que são o verdadeiro motivo de nossos esforços e de nossa clínica.

**REFERÊNCIAS:**

Ajuriaguerra, J. (1980) *Manual de psiquiatria infantil*. Rio de Janeiro, Masson do Brasil.

ALLOUCH, J. *Letra a letra: transcrever, traduzir, transliterar*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1995.

Amarante, P. (1995) *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Amarante, P. (2007) *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz.

Andrès, M. (1998) *Representação*. In: Kaufmann, P (org) *Dicionário enciclopédico de psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. pp. 453-456.

Bahia (2007). *A clínica psicossocial das psicoses*. Programa de intensificação de cuidados a pacientes psicóticos. Departamento de psicologia, UFBA. Recuperado em: [http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=0CC0QFjAA&url=http%3A%2F%2Fpica.dominiotemporario.com%2Fintesextensa\(3\).pdf&ei=69OdUpafGYqfkQe\\_0IHACg&usg=AFQjCNEseAV11jJOZwDXCydZmHFQUfhK\\_w](http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=0CC0QFjAA&url=http%3A%2F%2Fpica.dominiotemporario.com%2Fintesextensa(3).pdf&ei=69OdUpafGYqfkQe_0IHACg&usg=AFQjCNEseAV11jJOZwDXCydZmHFQUfhK_w). Acesso: 03/12/2013

Barkley, R. A. (2008) *Transtorno de déficit de atenção / Hiperatividade. Manual para diagnóstico e tratamento*. 3ª. Edição. Porto Alegre: Artmed.

Barros, P. C. M de. (2009) “*Vê se me desimbaça*”: *do apelo à demanda de crianças e adolescentes em situação de rua*. Dissertação de mestrado em psicologia clínica, UNICAP.

Bauman, Z. (2009) *Does ethics have a chance in a world of consumers?* Institute For Human Science Vienna Lecture Series. Harvard University Press paperback edition, USA.

Bedin, N.T.P. *A história da criança e a invenção da infância*. In: *A clínica da infância e da adolescência*. Scriptura 5, Brasil: Escola de Estudos Psicanalíticos.

Bercherie, P. (1983) *A clínica psiquiátrica da infância – estudo histórico*. In: Cirino, O. *Psicanálise e psiquiatria com crianças: desenvolvimento ou estrutura*. Belo horizonte: autêntica, 2001.

- Bergès, J & Balbo, G. (2001) *A atualidade das teorias sexuais infantis*. Porto alegre: CMC Editora.
- Bergès, J & Balbo, G.(2002) *Jogo de posições da mãe e da criança: ensaio sobre o transitivismo*. Porto Alegre: CMC Editora.
- Bergès, J. (2008) *O corpo na neurologia e na psicanálise: lições clínicas de um psicanalista de crianças*. Porto Alegre, CMC.
- Bergman, D. S. Zavaschi. M.L.S. Bassols, A.M.S. Alegria, T. (2009) *O perfil das crianças e dos adolescentes atendidos*. In: Zavaschi, M.L.S. (org) *Crianças e adolescentes vulneráveis: o atendimento interdisciplinar nos centros de atenção psicossocial*. Porto Alegre: Artesmédicas.
- Birman, J. (2012). *O sujeito na contemporaneidade*. Rio de Janeiro: civilização brasileira.
- Boff, L.(2000) *Saber cuidar. Ética do humano – compaixão pela Terra*. 5ª. Edição. Petrópolis, Vozes.
- Brasil (2004). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2005). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil*. Brasília : Editora do Ministério da Saúde.
- Camaragibe (2005) *Relatório de Gestão*. Secretaria Municipal de Saúde.
- Camaragibe (2007) *Projeto AMI – Ambulatório Multiprofissional Infanto-Juvenil*-apresentado às secretarias de Educação e Saúde. Mimeo.
- Camaragibe (2010) *Projeto terapêutico CAPSi Camará-Mirim*, enviado ao Ministério da Saúde. Mimeo.
- Campos, S. (2013) *Existe uma nova forma de atenção?*In: Santiago, A.L e Mezêncio, M. (org) *A psicanálise do hiperativo e do desatento*. Belo Horizonte. Scriptum livros. pp. 67-75
- Casé, V. (2001) *Saúde Mental e sua interface com o Programa de Saúde da Família: quatro anos de experiência em Camaragibe*. In: **Saúde e Loucura 7**. São Paulo: Hucitec, pp.121-136.

- Chemama, R & Vandermersch, B. (2007) *Dicionário de psicanálise*. São Leopoldo, RS : Editora Unisinos.
- Chiaverini, D. (org) (2011) *Guia prático de matriciamento em saúde mental*. Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva.
- Catão, I. (2009) *O bebê nasce pela boca: voz, sujeito e clínica do autismo*. São Paulo: Instituto Langage.
- Correa, I. (s/d) *Freud e o problema do recalque originário*. Mimeo.
- Correa, I. (2003) *Da tropologia à topologia*. Recife: Centro de Estudos Freudianos do Recife.
- Correa, I. (2011) *A psicanálise e seus paradoxos: seminários clínicos*. 2ª. Edição. Recife: Centro de Estudos Freudianos.
- Couto, M.C.V, Duarte, C.S & Delgado, P.G.G. (2008) *A saúde mental infantil na saúde pública brasileira: situação atual e desafios*.(30) (pp.390-8) Revista Brasileira de Psiquiatria.
- Crespin, G. (2009) *Enfant turbulent, instable, hyperactif ou ... TED? De la relativité du diagnostic et de ses possibles conséquences*. Polycopiés de prononciation.
- Dalgalarondo, P. (2008) *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*- 2ª. Edição. Porto Alegre: Artmed.
- De Santa Cruz Oliveira, M. V. A; Lins, F.A; Andrade, L.F.O. (2012). *Possíveis contribuições dos Indicadores de Risco para o Desenvolvimento Infantil na estruturação da linha de cuidado em saúde mental na primeira infância em Camaragibe, Pernambuco*. Trabalho de conclusão de curso, graduação em psicologia. FIR- Faculdade Integrada do Recife,
- Didier-Weil, A.(1989) *Inconsciente freudiano e transmissão da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- Dolto, F. (2013) *Seminário de psicanálise de crianças*. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes.
- Dör, J. (1994) *Estruturas e clínica psicanalítica*. Rio de Janeiro: Taurus editora.
- DSM-IV (1995) *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. tradução: Deyse Batista – 4ª.ed. `Porto Alegre: artes Médicas.

Duarte, L. T. M. (2009) *Distraídas, dispersas, hiperativas, apáticas: que escuta fazer desses sujeitos?* Dissertação de mestrado, UNICAP, Recife.

Elia, L. (2005). *A rede de atenção na saúde mental- articulações entre o CAPS e o ambulatório*. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, pp.49-61.

Fernandes, C. M. (2011) *Psicanálise para aqueles que ainda não falam? A imagem e a letra na clínica do bebê*. Salvador: Instituto Viva Infância.

Ferreira, A. B. de H. (2009) *Dicionário Básico da Língua Portuguesa*. 4ª. Edição - Curitiba: Editora Positivo.

Ferreira, T. (2004) *A criança e a saúde mental. Enlaces entre a clínica e a política*. Belo Horizonte: Autêntica/FCH-FUMEC.

Fleig, C. B.(2009) *Hiperatividade*. Entrevista concedida a Denise Cini para a Biblioteca Freudiana de Curitiba. Recuperado em: <http://freudLacan.com.br/hiperatividade/> Acesso: 26/09/2013.

Fleig, M. (2009) *Quando a paternidade deixa de ser uma conjectura*. In: In: Moraes, M. de F. B. de e Lyra, M.A.A de.(org) *A criança e o adolescente no século XXI: desafios psicanalíticos, políticos e sociais*. Recife: Centro de Estudos Freudianos do Recife: Escola de Estudos Psicanalíticos.

Folhauol (2013) *Uso da neurociência é o próximo desafio dos psiquiatras, diz médico brasileiro*. Entrevista com Luis Augusto Rohde. Recuperado em: <http://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/1210439-uso-da-neurociencia-e-o-proximo-desafio-dos-psiquiatras-diz-medico-brasileiro.shtml> Acesso: 26/09/2013.

Forget, J-M. (2011) *Os transtornos do comportamento: onde está o rolo?* Porto Alegre: CMC.

Foucault, M.(2002) *História da loucura*. São Paulo: Editora Perspectiva.

Frej, N.Z. (2003) *Le don du nom et son empêchement*. Tese de doutorado. U.F.R. des Lettres, des Sciences de l'Homme et des Sociétés. Université Paris Nord – Paris.

Frej, N. Z. (2005) *Ao longo do caminho tem uma pedra*. In: Anais. Reunião Lacanoamericana de Psicanálise de Florianópolis, Mimeo.

Frej, N.Z. (2007) [...] *Com um grande X*. In: A. Costa & D. Rinaldi (org) *Escrita e Psicanálise*. Rio de Janeiro: Cia. de Freud: UERJ, Instituto de Psicologia, pp. 147-156.

Frej, N.Z. (2010a) *Notas de aula: Clínica Psicanalítica I*. Pós- graduação em Psicologia Clínica- UNICAP.

Frej, N.Z. (2010b) *Pulsão: parto e tradução*, In: S. Scotti, R.I. Bergamaschi, M.B.Lange, B. Guimaraes, R.F.S. Vargas, R.A. Stobbe, A. Costa, (Org.) *Escrita e psicanálise II*, Curitiba: Editora CRV, pp. 131-1

Frej, N.Z. (2012a) “*Se alguém falar a luz vem*”: *o terceiro como lugar de alicerce da maternidade*. In: *A Clínica da Adoção*. Recife: Ed. Universitária da UFPE, pp. 157-169.

Frej, N.Z. (2012b) *Teorias Psicanalíticas I*. Graduação em psicologia UNICAP. Notas de aula.

Frej, N.Z. (2013) *Antes que o sonho não se realize – a cena ativada*. No prelo.

Freud, S. (1895/2003) *Projeto para uma psicologia científica*. Tradução de: Gabbi Junior. In: Gabbi Junior, O. F. *Notas a projeto de uma psicologia: as origens utilitaristas da psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1896a/1969) *Estudos sobre a histeria*. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. II, Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1896b/1969). *Extrato dos documentos dirigidos a Fliess. Carta 52*. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. I, Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1900/2001) *A Interpretação dos sonhos*. Tradução de Walderedo Ismael de Oliveira. Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1905/1969) *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. VII, Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1908/1969). *Sobre as teorias sexuais das crianças*. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. IX. Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S (1909/1969) *Análise de uma fobia em um menino de cinco anos*. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. X, Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S (1910/1969) *Leonardo Da Vinci e uma lembrança de sua infância*. In Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XI, Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1911/2003) *Los dos principios del funcionamiento mental*. In: Biblioteca Nueva, Vol II, Madrid.

Freud, S. (1912/1969). *A dinâmica da transferência* (Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise II). In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XII, Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1913/1969) *Totem e tabu*. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XIII, Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1914a/1969). *Recordar, repetir e elaborar* (Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise II). In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XII, Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S.(1914b /1969). *Sobre o narcisismo: uma introdução*. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XIV, Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S.(1915/1969). *Os instintos e suas vicissitudes*. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XIV, Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1915/2004) *O recalque*. In: Obras Psicológicas de Sigmund Freud. Tradução: Luiz Alberto Hanns. Volume 1. Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1915/2006) *O inconsciente*. In: Obras Psicológicas de Sigmund Freud. Tradução: Luiz Alberto Hanns. Volume 2. Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S.(1916-1917/1969). *Conferência XXIV – O estado neurótico comum*. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XVI, Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1917/2006) *Luto e melancolia*. In: Obras Psicológicas de Sigmund Freud. Tradução: Luiz Alberto Hanns. Volume 2. Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S.(1918/1969). *Linhas de progresso na terapia psicanalítica*. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XVII. Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S.(1920/1969). *Além do princípio do prazer*. In:Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XVIII, Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S.(1923/1969). *O ego e o id*. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XIX, Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S.(1924/1969) *O problema econômico do masoquismo*. In: Edição Standard Brasileira das obras completas, vol. XIX. Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1925/1981) *A Denegação*. Tradução do alemão de: Raymond Juneck. In: etc&tao – série complementar dos Cadernos de psicanálise arte & literatura. Escola Freudiana de São Paulo.

Freud, S. (1925a/2003) *Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia sexual anatómica*. In: Biblioteca Nueva, Vol II, Madrid.

Freud, S.(1925b /2003). *Inhibition, síntoma y angustia* In: Biblioteca Nueva, Vol II, Madrid.

Freud, S. (1930/1969) *Mal-estar na civilização*. In: Edição Standard Brasileira das obras completas, vol. XXI. Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S.(1930/2010) *Mal-estar na cultura*. Tradução de Renato Zwick. Porto alegre, RS: L&PM.

Freud, S.(1932/1969). *Conferência XXXIV: Explicações, aplicações e orientações*. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XXII, Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1938/2003) *Compendio del Psicoanalysis*. In: Biblioteca Nueva, Vol III, Madrid.

Gabbi Junior, O. F. (2003) *Notas a projeto de uma psicologia: as origens utilitaristas da psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago.

Garcia-Roza, L. A. (2004) *Introdução à metapsicologia freudiana, volume 3: artigos de metapsicologia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Globovideos (2010) Brasil é o segundo consumidor mundial de ritalina. Recuperado em: [http://www.youtube.com/watch?feature=player\\_embedded&v=MTFOb2bLjLA](http://www.youtube.com/watch?feature=player_embedded&v=MTFOb2bLjLA) . Acesso: 03/12/2013.

Gonon, F, Guilé, J.-M & Cohen, D. (2010) *Le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité: données récentes des neurosciences et de l'expérience nord-américaine*. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* 58, pp.273-281.

Hanns, L. A. (1996) *Dicionário comentado do alemão de Freud*. Rio de Janeiro: Imago.

Hartmann, F. (2011) *L'imaginaire, c'est les sens. Quelques remarques sur la théorie de Jacqueline Authier-Revuz*. In: La psychanalyse et les langues. La Revue Lacanienne no.11. editée para l' Association Lacanienne internationale.

Itard, J. (1806) *Relatório apresentado ao excelentíssimo senhor ministro do interior sobre os novos desenvolvimentos de Victor de Aveyron*. In: Gonçalves, J; Peixoto, M. A. O menino selvagem. Estudo do caso de uma criança selvagem retratado no filme “O menino selvagem” de Françoise Truffaut. Trabalho realizado no âmbito da cadeira de História e Filosofia da Educação, 2000-1. Recuperado em: <http://www.educ.fc.ul.pt/docentes/opombo/cinema/dossier/meninoselvagem.pdf> Acesso: 26/09/2013.

Jerusalinsky, A.(2003) *Diagnóstico De Déficit De Atenção e Hiperatividade, O Que Pode Dizer A Psicanálise?* Conferência proferida na Fundación para el Estudio de los Problemas de la Infância, Centro Dra. Lydia Coriat, em Buenos Aires. Recuperado em: <http://www.apoa.com.br/noticias/diagnostico-de-deficit-de-atencao-e-hiperatividade-o-que-pode-dizer-a-psicanalise/231>. Acesso: 25/09/2013

Jerusalinsky, A. (2004) *Psicanálise e desenvolvimento infantil: um enfoque transdisciplinar*. 3ª. edição. Porto Alegre: Artes e Ofícios.

Jerusalinsky, A. (2005) *Psicoses na infância: na psicose há relação sexual*. In: Seminários II. Universidade de São Paulo: Instituto Lugar de Vida.

Jornal Hoje (2010) Hiperatividade não tem cura mais pode ser tratada. Recuperado em: <http://www.youtube.com/watch?v=MeHi3BAfH3M>. Acesso: 03/12/2013.

Julien, P. (1993) *O retorno a Freud de Jacques Lacan- A aplicação ao espelho*. Porto alegre: Artes Médicas Editora.

Lacan, J. (1938/2002) *Os complexos familiares na formação do indivíduo*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

Lacan, J. (1949/1998). *O estádio do espelho como formador da função do eu tal como nos é revelada na experiência psicanalítica*. In: Lacan, J. Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

Lacan, J (1953-54/1986) *Seminário livro I: Os Escritos Técnicos de Freud*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

Lacan, J. (1954/1998). *Introdução ao comentário de Jean Hyppolite sobre a “Verneinung” de Freud*. In: Lacan, J. Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

Lacan, J. (1955/1998). *Variantes do tratamento padrão*. In: Lacan, J. Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

Lacan, J. (1955-56/2002) *O Seminário 3: as psicoses*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

Lacan, J. (1956-57/1995) *Seminário livro 4: a relação de objeto*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

Lacan, J. (1957/1998). *A instância da letra no inconsciente ou a razão desde Freud*. In: Lacan, J. Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

Lacan, J. (1958/1998). *A direção do tratamento e os princípios de seu poder*. In: Lacan, J. Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

Lacan, J. (1959-60/1988) *Seminário livro 7: A Ética da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

Lacan, J. (1960-61/1991) *Seminário livro 8: A Transferência* . Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

Lacan, J. (1961-62/2003). *A Identificação*. (I. Correa & M. Bagno, Trad.) Recife: Centro de Estudos Freudianos do Recife .

Lacan, J. (1962-63/2002) *A angústia*. Recife: Publicação do CEF- Centro de Estudos Freudianos do Recife.

Lacan, J. (1964/1998) *O seminário livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

Lacan, J. (1969/2003). *Nota sobre a criança*. In: Outros escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.

Lacan, J. (1969-70/1992) *O Seminário, livro 17: o avesso da psicanálise*. Rio de Janeiro. Jorge Zahar.

Lacan, J. (1970/2003). *Radiofonia*. In: Outros escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.

Lacan, J. (1972) *O discurso do capitalista*. In: Soueix, A.(1997) *O discurso do capitalista*. In: Goldenberg, R. (org) *Goza!:capitalism, globalização e psicanálise*. Salvador, BA: Ágalma.

Lacan, J (1972-73/1985) *Seminário livro 20: mais ainda*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

Lacan, J. (1973-74) *Les non-dupes errent*.(Os sabichões erram) Transdução Alduísio Moreira de Souza. Inédito.

Lacan, J. (1975/1998). “*Conferência em Genebra sobre o sintoma*”. In *Opção Lacaniana – Revista Brasileira Internacional de Psicanálise*, (23). São Paulo: Edições Eolia, pp.6-16

Lacan, J. (1975/2000) *A terceira*. Tradução A. Moreira de Souza. Série Renascimento Cultural. Porto Alegre RS: Casa de Cultura Guimarães Rosa.

Lajonquière, L. (2000) *Itard Victor!! Ou do que não deve ser feito na educação das crianças*. In: L. Banks-Leite & I. Galvão (org) *A educação de um selvagem: as experiências pedagógicas de Jean Itard*. São Paulo: Cortez, pp. 105-116.

Laplanche, Jean & Pontalis, J. B.(1999) *Vocabulário da Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.

Laznik, M.C. (2011) *Linguagem e comunicação do bebê até os três meses*. In: Marie Christine Laznik & David Cohen (org) *O bebê e seus intérpretes*. São Paulo: Instituto Langage, pp. 93-100.

Laznik, M.C. (2013) *Apresentação de casos de bebês com autismo*. Pós –graduação em Intervenções clínicas na abordagem psicanalítica. Recife: FAFIRE. Notas pessoais.

Laznik-Penot, M.C (1989) *Seria a Criança Psicótica “Carta Roubada”?* In: *Psicanálise de crianças*. vol.1- interrogações clínico-teóricas. Alduísio Moreira de Souza (org). Porto Alegre: Artes Médicas.

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

Lebrun, J. P (2008) *A perversão comum: viver juntos sem outro*. Rio de Janeiro: campo matêmico.

Lebrun, J. P (2009) *Clínica da instituição: o que a psicanálise contribui para a vida coletiva*. Porto Alegre: CMC editora.

Lebrun, J. P (2011) *As cores do incesto*. Recife: Centro de Estudos Freudianos do Recife, Libertas.

Lebrun, J (2013) *Minicurso: A Clínica Psicanalítica em Tempos de Usos Sociais da Perversão*. Minicurso UNICAP.

L’ *Enfant Sauvage*. In *Wikipédia*. L’ encyclopedie libre. Recuperado em [http://fr.wikipedia.org/wiki/L'Enfant\\_sauvage](http://fr.wikipedia.org/wiki/L'Enfant_sauvage). Acesso: 03/01/2014

Lefort, R& Lefort, R.(1988) *Les structures de la psychose*.Paris Éditions du Seuil.

Leôncio, C, Neves, R. Oliveira, T. Nascimento, T & Lopes, T.(2013) *Territorialização e diagnóstico de saúde do município de Camaragibe*. Residência Multiprofissional em Saúde Mental,UPE, Equipe Camaragibe.

Lévy, R. (2008) *O infantil na psicanálise: o que entendemos por sintoma na criança*. Petrópolis, RJ : Vozes.

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

Mattos, P. (2005) *No mundo da lua. Perguntas e respostas sobre transtorno do déficit de atenção com hiperatividade em crianças, adolescentes e adultos*. 4ªedição. São Paulo: Lemos editorial.

Medeiros, T. A polêmica da ritalina contra a inquietação na vida escolar. Site Draúzio Varella. Recuperado em:<http://drauziovarella.com.br/dependencia-quimica/ritalina-contra-a-inquietacao-na-vida-escolar/>.Acesso em: 03/12/2013.

Melman, C.(2004) *Formas clínicas da nova patologia mental e artigos inéditos*. Recife: Centro de Estudos Freudianos do Recife.

Melman, C.(2008a) *O homem sem gravidade: gozar a qualquer preço*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.

Melman, C.(2008b) *Como alguém se torna paranoico: de Schreber a nossos dias*. Tradução: Telma Queiroz. Porto Alegre: CMC.

Miranda, M. C. (2010) *No mundo da lua*. In: Pinto, Graziela Costa (org.). *Doenças do cérebro: Hiperatividade e epilepsia. (Mente e cérebro: 3)* São Paulo: Duetto.

Morais Neto, P. X de. (2012) *A (de) missão paterna e suas incidências corporais*. Dissertação de mestrado, UNICAP, Recife.

Moysés, M.A.A & Collares, C.A.L. (2010) *Dislexia e TDAH : uma análise a partir da ciência médica*. In: *Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de*

questões sociais a doenças de indivíduos. Conselho Regional de Psicologia de São Paulo :Grupo Interinstitucional Queixa Escolar (org). São Paulo: Casa do Psicólogo.pp.71-110.

OMS (Organização Mundial de Saúde). (1993) *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas*. Porto Alegre, ArtMed.

Paim, J. (2009) *O que é o SUS?* 1ª.edição. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Pereira, M. E. C. (2004) *Pierre Fédida e o campo da psicopatologia fundamental*. Percurso: revista de psicanálise, n°.31/32. São Paulo: Instituto Sedes Sapientiae.

Porge, E. (1998) “A transferência para os bastidores”. In: *A criança e o psicanalista*. Revista Littoral. Rio de Janeiro, Companhia de Freud.

Porge, E. (1998) *Os nomes do pai em Jacques Lacan: pontuações e problemáticas*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.

Porge, E. (2006) *Jacques Lacan, um psicanalista: percurso de um ensino*. Brasília: Editora Universidade de Brasília.

Quinet, A.(2003) *Teoria e clínica da psicose- 2ª*. Ed- Rio de Janeiro: Forense Universitária.

Rassial, J-J. (2010) *O sujeito em estado limite*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.

Reis, Delfini, Dombi-Barbosa & Oliveira. (2010). *Crianças e adolescentes em sofrimento psíquico atendidos nos Centros de atenção Psicossociais Infantojuvenis*. In Lauridsen-Ribeiro, Edith. *Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS*. São Paulo: Hucitec.

Rocha, E.C & Tenório, F. (2006) *A psicopatologia como elemento da atenção psicossocial*. In: Figueiredo, A.C; Alberti,S. *Psicanálise e saúde mental: uma aposta*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.

Rohde, L. A et al. (2004) *Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade na infância e na adolescência: considerações clínicas e terapêuticas*. Revista de Psiquiatria Clínica. Recuperado em: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v31n3/a02v31n3.pdf>. Acesso: 26/09/2013.

Roy, M. (2006) *Fica quieto!* In: Fernandes, M. C. B, Barros & M. do R. C do R. (org) *Acolher a demanda, produzir a transferência*. Rio De Janeiro: Instituto do Campo Freudiano, pp.125-133.

Roy, D. & Roy, M.(2013) *Hiperatividade: ordem e desordens*. In: Santiago, A.L e Mezêncio, M. (org) *A psicanálise do hiperativo e do desatento*. Belo Horizonte. Scriptum livros, pp. 27-41

Salvain, P. (1996) *Passagem ao ato*. In: Kaufmann, P (org) *Dicionário enciclopédico de psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. pp. 5.

Silva, A. B. (2009) *Mentes inquietas: TDAH: desatenção, hiperatividade e impulsividade*. Rio de Janeiro: Objetiva.

Silva, V, Silva, L & Cunha, E, B da. (2012) *Perfil do usuários do CAPSi- Camará-Mirim e sua importância na rede de cuidados à saúde mental do município*. Artigo apresentado no III Congresso Brasileiro de Saúde Mental- Abrasme. / Fortaleza- CE.

Soueix, A.(1997) *O discurso do capitalista*. In: Goldenberg, R. (org) *Goza!: capitalismo, globalização e psicanálise*. Salvador, BA: Ágalma.

Souza, A. (2003) *Os discursos na psicanálise*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.

Schwarz, A & Cohen, S. (2013) *More diagnoses of hyperactivity causing concern. Marked rise in rates*. The New York Time Nation, 1st. April.

Valas, P. (2001) *As dimensões do gozo: do mito da pulsão à deriva do gozo*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

Valore, A.M.S. (2009) *Sobre inibições e angústia na adolescência*. In: Moraes, M. de F. B. de & Lyra, M.A.A de.(org) *A criança e o adolescente no século XXI: desafios psicanalíticos*,

políticos e sociais. Recife: Centro de Estudos Freudianos do Recife: Escola de Estudos Psicanalíticos.

Tyszler, J-J.(2007) *O fantasma faz nó?* Tradução Letícia Patriota Fonseca e Maria Lúcia Queiroz Santos. Centro de Estudos Freudianos do Recife, 2011.

Tyszler, J-J.(2011) *As metamorfoses do objeto- clínica da pulsão da fantasia e da letra*. Rio de Janeiro: Revista Tempo Freudiano: Setembro 2011.

Veras, M. (2010) *A loucura entre nós; uma experiência Lacaniana no país da saúde mental*. Salvador: Aldeia Bahia Brasil; PetroBahia; Fazcultura.

Vorcaro, A. (2013) *Constituição do sujeito e de sua realidade psíquica: uma trama borromeana*. Jornada de trabalho, Recife: Centro de Estudos Freudianos e Faculdade de Ciências Humanas de Olinda. Notas pessoais.

Wandscheer, L.(2010) *Parentes divergem sobre fechamento do Hospital José Alberto Maia*. In: Observatório da Saúde Mental. Recuperado em: <http://osm.org.br/osm/parentes-divergem-sobre-fechamento-do-hospital-jose-alberto-maia/> Acesso: 26/09/2013.