



doi: <http://dx.doi.org/10.7213/psicolargum.37.96.AO05>

Diagnóstico psicanalítico do Transtorno de Déficit de Atenção e/ou Hiperatividade (TDAH) na infância

Psychoanalytic diagnosis of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in childhood

Diagnóstico psicoanalítico del Transtorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) em la infancia

Geovane dos Santos da Rocha

<https://orcid.org/0000-0002-4706-3426>

Mestrando em Educação pela UNIOESTE Cascavel (PPGE/UNIOESTE), Brasil. Psicólogo Escolar da Prefeitura Municipal de Realeza, Paraná, Brasil. E-mail: geovanesdarocho@outlook.com

Miriam Izolina Padoin Dalla Rosa

<https://orcid.org/0000-0003-4516-2591>

Doutoranda em Filosofia pela UNIOESTE Toledo (PPGFIL/UNIOESTE), Brasil. Professora da Pontifícia Universidade Católica do Paraná Toledo (PUCPR/Toledo), Brasil. E-mail: miriam.rosa@pucpr.br

Resumo

A incidência de sintomas enquadrados, reiteradamente, no quadro diagnóstico do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) ocorre de forma recorrente em clínicas de psicologia, transformando-a em uma das psicopatologias típicas do século XXI. A fim de averiguar a incidência e o diagnóstico de TDAH na Clínica Escola de Psicologia da PUCPR campus Toledo/PR, realizou-se uma pesquisa documental de fichas de triagens e prontuários da população infantil nela atendida. Verificou-se um histórico de predominância dos sintomas centrais para a realização do diagnóstico, o que reduz os sintomas das crianças a somente uma expressão de falha biológica e exclui a subjetividade do processo de sofrimento psíquico.

Palavras-chave: TDAH, diagnóstico, psicanálise, psicomotricidade, inconsciente.

Abstract

The incidence of symptoms framed repeatedly in the diagnostic table Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) appear very frequently in psychology clinics, transforming it into one of the typical psychopathologies of the 21st century. In order to investigate the incidence and diagnosis of ADHD on Clinical Psychology School of PUCPR campus Toledo/PR, a documentary research was carried out on data sheets and medical records of the children population attended to. It was verified a history of prevalence of the central symptoms for a diagnostic criterion ADHD, which reduces children's symptoms to only an expression of biological failure and excludes the subjectivity of the process of psychic suffering.

Keywords: ADHD, diagnosis, psychoanalysis, psychomotricity, unconscious.

Resumen

La incidencia de síntomas identificados repetidamente en el diagnóstico del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) ocurre de forma recurrente en las clínicas de psicología, lo que la convierte en una de las psicopatologías típicas del siglo XXI. Con el fin de investigar la incidencia y el diagnóstico de TDAH en el campus Toledo/PR de la Escuela de Psicología Clínica PUCPR, se realizó una encuesta documental de registros de detección y registros médicos de la población infantil atendida. Hubo una historia de predominio de síntomas centrales para el diagnóstico, que reduce los síntomas de los niños a solo una expresión de falla biológica y excluye la subjetividad del proceso de angustia psicológica.

Palabras clave: TDAH, diagnóstico, psicoanálisis, psicomotricidad, inconsciente.

Introdução

Os estágios em psicoterapia são realizados, habitualmente, em Clínicas Escolas de Psicologia, sendo estes estabelecimentos fornecedores de serviços psicológicos à população de onde estão inseridos, além de auxiliarem na formação clínica dos alunos/estagiários. O Núcleo de Prática em Psicologia (NPP), criado em 2011 pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná campus Toledo, desempenha a função de Clínica Escola de Psicologia e desponta como um dos recursos existentes em termos de assistência à saúde mental na cidade de Toledo e na região oeste do estado do Paraná. As ações do referido estabelecimento incluem entrevistas clínicas, avaliações psicológicas, pareceres psicodiagnósticos, plantões e tratamento psicológico.

Por meio de análise dos prontuários de atendimento do público infantil (de 02 a 12 anos) acompanhados na referida clínica escola, constatou-se diagnóstico de Déficit de Atenção e/ou Hiperatividade (TDAH) em 37,6% dos casos atendidos. Essa queixa vem surgindo de forma tão recorrente que desponta o questionamento: de fato há uma epidemia de hiperativos na atualidade? Seria essa uma das psicopatologias típicas do século XXI? Como se dá o diagnóstico de tal psicopatologia infantil?

Os primórdios do diagnóstico do TDAH, conforme relata Caliman (2010), remetem a uma patologia misteriosa da década de 1900, a *Síndrome de Encefalite Letárgica* que,

posteriormente, foi renomeada como *Dano Cerebral Mínimo*. Desde então, o referido transtorno já foi rebatizado diversas vezes a contar de seu surgimento, sempre associado à predominância de seus sintomas centrais. Nessa perspectiva, o histórico de diagnóstico do TDAH na infância evidencia tendências ao isolamento do espaço epistêmico, desconsiderando os seus aspectos morais, sociais, políticos, econômicos e institucionais.

Na atualidade o TDAH é caracterizado, conforme expõem os autores Sadock e Sadock (2007), como um padrão persistente de desatenção e/ou de comportamentos tanto hiperativos quanto impulsivos, em um nível maior do que os observados em crianças na mesma idade e nível de desenvolvimento. Isso faz com que o DSM-V (2014) o classifique como um transtorno do neurodesenvolvimento, junto às deficiências intelectuais, da comunicação, da aprendizagem e do espectro autista. Para a realização de seu diagnóstico, faz-se necessário um padrão persistente de sintomas que persistam por no mínimo seis meses e que interfiram no desenvolvimento das atividades sociais, acadêmicas e profissionais do indivíduo.

De acordo com o DSM-V (2014), existem atualmente três categorias reconhecidas da referida psicopatologia de acordo com a incidência e a natureza dos sintomas: o predominantemente desatento, englobando fenômenos como de falta de atenção a detalhes, dificuldade em manter atenção sustentada, falta de escuta, perda de foco, dificuldades com organização e esquecimentos constantes; o predominantemente hiperativo e/ou impulsivo, embarcando episódios de atividade motora excessiva, fala demasiada, inquietude, impaciência, falta de controle corporal, entre outros; e o tipo combinado de desatenção e hiperatividade e/ou impulsividade, com sintomas mistos das outras duas categorias.

Dumas (2011) considera que o TDAH é habitualmente diagnosticado nos primeiros anos da escola, momento em que as crianças se deparam com exigências sociais de domínio de ações e emoções. De tal forma, espera-se que elas mantenham concentração e foco nas atividades que executam, bem como domínio dos seus impulsos físicos e mentais. No mundo ocidental, dentro dessa perspectiva, aqueles que não se submetem às demandas sociais acabam por incomodar a maioria da população.

Com a intolerância do meio e a presença de exigências inacessíveis corre-se o risco, segundo Marcelli (1998), de se acentuar a conduta instável da criança, instalando uma verdadeira instabilidade reativa. Jerusalinsky (2006), nesse sentido, realiza uma construção crítica do discurso da ciência a qual, segundo o autor, reduz os sintomas das

crianças a somente uma expressão de falha biológica, sem considerar o que o sujeito que se expressa por meio deles.

Em uma forma de encontrar subsídios para o debate sobre a impulsividade e a aparente desatenção de crianças com TDAH, a psicanálise será utilizada como embasamento teórico por não priorizar em seu diagnóstico sinais secundários – os fenômenos observáveis descritos pelo DSM-V (2014) – e sim a singularidade do sujeito e sua constituição subjetiva. Os fenômenos observáveis, categorizados pela psiquiatria como signos de doença, são considerados pela psicanálise, com base em Laurindo (2011), como sinais de angústia, indicadores da presença de um conflito interno. A psicanálise, de tal forma, cria condições para que seja possível reconhecer no sofrimento psíquico o estatuto de um sujeito cuja fala tem positividade.

De acordo com Jerusalinsky (2006), nos casos específicos em que são diagnosticados problemas psicomotores, trata-se de crianças que apresentam dificuldades para se representarem no campo do outro e dificuldades no campo da linguagem. Essas complicações advêm de dificuldades para lidar/aceitar o corte subjetivo, corte este que tem efeito simbólico na criança. Refere-se aqui a castração ou lei paterna, ou seja, a introdução de um quarto elemento na relação mãe-criança-falo. Sendo assim, trata-se de uma dificuldade de diferenciação entre a coisa que sustenta a diferença entre o ficcional (ordem do imaginário) e o modo com que o sujeito se representa no outro (ordem do simbólico). Aliás, esta dificuldade de separação incide, também, sobre atenção da criança.

Levin (2011) propõe que a psicomotricidade conta com um discurso no qual o sujeito do inconsciente opera e utiliza do corpo para produzir um discurso. Segundo o autor, não é uma qualidade inata de o tônus muscular dialogar, falar: é através da linguagem que as reações tônicas se transformam em tônus da linguagem ou gestos da linguagem. Por ressalva, a linguagem não é do corpo, já que este por si só é pura ação corporal: não há lei simbólica e não há sujeito. Assim sendo, não é o corpo quem fala, mas sim o sujeito através dos seus movimentos, ou seja, são as leis do inconsciente que determinam o sujeito humano e o seu corpo.

Em crianças com instabilidade psicomotora, a operação do corte exhibe dificuldades particulares, havendo dificuldade para que essas recortem sua forma, sua superfície corpórea para diferenciar-se dos outros. Através da instabilidade psicomotora, as crianças buscam modos que lhe informem acerca de seu corpo, por temor de perdê-lo ou porque já está perdido e não diferenciado (Levin, 2011). De tal forma, a força pulsional não

consegue ser resolvida pela via mental (ligação representações/afetos) e se descarrega na motricidade, no comportamento e às vezes no agir, convocando o ambiente paradoxalmente mobilizado para conter essa excitação e rejeitado pelas ameaças de intrusão que a ligação ao outro, impensável, comporta.

A partir disso, concebe-se ser essencial a investigação das causas inconscientes da hiperatividade e/ou desatenção da criança com diagnóstico de TDAH. Com o intuito de fornecer maiores dados – embasados nas contribuições psicanalíticas – sobre a psicopatologia infantil em pauta, o presente estudo realiza uma investigação da incidência e do diagnóstico de TDAH na infância. Para tanto, utiliza análise documental dos prontuários da população infantil (de 2 a 12 anos) atendida na Clínica Escola de Psicologia da PUCPR campus Toledo/PR. Objetiva-se, com isso, averiguar as características das demandas apresentadas, lançando hipóteses sobre a subjetividade dos sujeitos no processo de sofrimento psíquico.

Método

O presente estudo se trata do resultado de um Projeto de Iniciação Científica desenvolvido em 2015 e 2016 na graduação em Psicologia de um dos autores. Utiliza como recurso metodológico pesquisa documental¹ de fichas de triagens e prontuários da Clínica Escola de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Paraná campus Toledo/PR. Todos os documentos referentes à população infantil (de 2 a 12 anos) são utilizados para a amostra de dados deste estudo, totalizando 258 fichas de triagens e prontuários².

O desenvolvimento da pesquisa documental utilizou, em sua coleta de dados, as seguintes variáveis: faixa etária e o sexo da população usuária; tipos de encaminhamentos; tipo de diagnóstico fornecido pelo usuário na triagem; tratamentos realizados (tipo e duração); uso de medicação psicofarmacológica (tempo e tipo de

¹ A coleta de dados foi aprovada pelo Comitê de Ética, por meio da submissão do Projeto de Iniciação Científica “Incidência, diagnóstico e casuística do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: um estudo sobre a população atendida na clínica escola da PUCPR-campus Toledo/PR”, na Plataforma Brasil.

² Um indivíduo atendida na Clínica Escola de Psicologia da PUCPR campus Toledo/PR é conhecido inicialmente em sua demanda por meio de triagem, sendo que, posteriormente quando iniciados os atendimentos, abre-se prontuário de acompanhamento. Logo, em todos os prontuários fazem-se presentes fichas de triagem, contudo, nestes casos, a presente pesquisa não contabiliza como dois documentos, usando-os conjuntamente.

medicação); escolaridade; queixa dos pais (inicial); desempenho escolar; relação familiar; e nível socioeconômico familiar.

Todos os dados colhidos foram dispostos em tabelas para a análise de conteúdo e, posteriormente, quando referentes aos casos de suspeita ou diagnóstico de TDAH, ordenados em gráficos para a análise dos resultados. Realizou-se, também, análise estatística de informações consideradas importantes para a discussão proposta. Convém destacar, além disso, a realização da interpretação dos dados obtidos com base em autores de base psicanalítica.

Resultados

Por meio da análise dos prontuários do Núcleo de Prática em Psicologia (NPP) da PUCPR campus Toledo, pôde-se chegar a estimativas da incidência de TDAH na população infantil atendida, dentre outras informações a serem apresentadas (aspectos morais, sociais, econômicos, etc.). De forma a exibir os dados colhidos na análise documental de forma mais clara e concisa, estes serão agrupados nas categorias de identificação (faixa etária, sexo, encaminhamentos, tratamentos, etc.) e de hipóteses diagnósticas (diagnóstico, queixa inicial, relação familiar e desempenho escolar).

Participantes

Inicialmente abordando aspectos de caracterização dos usuários do NPP, ressalta-se que 70,5% dos usuários da Clínica Escola têm de 7 a 12 anos, 29,1% possuem idade entre 3 e 6 anos e 0,4% apresentam 2 anos de idade. Por conseguinte, no que se refere ao sexo, 59,3% dos atendimentos realizados no NPP foram com crianças do sexo masculino e 40,7% com crianças do sexo feminino. Em relação à escolaridade, 84,5% dos usuários se encontram no ensino fundamental, 14,7% estão no ensino infantil e 0,8% ainda não começaram a vida acadêmica.

O nível socioeconômico dos indivíduos que usufruem dos serviços do NPP demonstra a seguinte categorização: 0,4% do total não possuem nenhuma renda, 12,4% sobrevivem com até 1 salário mínimo, 37,2% recebem de 1 a 2 salários mínimos, 29% ganham de 2 a 3 salários mínimos, 16,3% relatam receber mais de 3 salários mínimos, 3,9% não especificam o nível socioeconômico e 0,8% das crianças atendidas no NPP se encontram em situação de acolhimento institucional – uma das medidas protetivas

previstos pela Lei nº 8069/1990 –, não apresentando, assim, uma renda familiar. A saber, o cálculo foi realizado com base no salário mínimo vigente na época da coleta de dados (R\$ 788,00).

Por conseguinte, destaca-se que 65,9% dos encaminhamentos realizados para a Clínica Escola de Psicologia provêm de órgãos públicos – como escolas públicas e instituições da rede assistencial (CRAS, CAPS etc.) –, bem como 3,9% de órgãos privados – escolas privadas –, 12% de familiares e 18,2% de encaminhamentos não informados/especificados. Pormenorizando a categoria de órgãos públicos, 77,7% derivam da Educação (inclusive de contra turno escolar), 8,2% da Assistência Social, 8,2% da Saúde Mental e 5,9% da Saúde Básica; descrevendo os órgãos privados, 70% advêm da Educação e 30% da Saúde Mental; precisando a categoria de familiares, 83,9% dos atendimentos são providenciados pela mãe, 9,7% por parente ou familiar, 3,20% pelo pai e 3,2% não foram devidamente especificados.

Elencando os tratamentos já realizados pela população usuária, evidencia-se que 13,5% do total já fez tratamento neurológico, 7,3% efetuou tratamento psicológico, 3,7% realizou tratamento psiquiátrico, 5,1% empreendeu tratamento psicológico e neurológico, 1,1% executou tratamento psicológico e psiquiátrico, 25,7% realizaram outros tipos de tratamentos (médico, pediatra, fonoaudiólogo, otorrinolaringologista e pedagógico) e 43,6% não exerceu nenhum tratamento. Dos tratamentos realizados, 0,4% duraram até um mês, 2,7% até 6 meses, 2,7 até um ano, 2% até dois anos, 2% mais de dois anos, além de em 90,2% a variável não se aplicar ou não ter sido respondida.

Referente à utilização de psicofármacos, ressalta-se o uso de metilfenidato (ritalina ou concerta) em 8,5% dos casos analisados, bem como uso de pomoato de imipramina (tofranil) em 3%, rispirdona em 2,9%, outros tipos de medicações em 8% (venlafaximina; cloridrato de nortriptilina, cloridrato de fluoxetina, etc.), casos não informados com 5,6% e 72% de usuários que não fazem uso de medicação. Destaca-se uso de psicofármacos por seis meses em 0,8% dos casos, 0,8% com um ano de duração, 1,1% com dois anos, 0,8% com mais de dois anos, e 96,5% de casos não informados e que não fazem uso de medicação.

Hipóteses diagnósticas

Constatou-se que 16,7% da população atendida no NPP da PUCPR Campus Toledo apresenta suspeita ou diagnóstico de “TDAH – Subtipo Desatento”, tendo assim

um padrão persistente de déficits nas capacidades atencionais; 11,6% de “TDAH – Subtipo Hiperativo e/ou Impulsivo”, com sintomatologias persistentes de dificuldades no controle psicomotor (níveis elevados de agitação); 9,3% de “TDAH Subtipo Combinado de Desatenção e Hiperatividade/Impulsividade”, apresentando sintomas combinados de desatenção e agitação psicomotora; e 62,4% de “Outros Diagnósticos” divergentes de TDAH.

Considera-se ser importante, neste ponto, descrever o processo de avaliação e diagnóstico elencado no parágrafo anterior. Por meio de triagem psicológica, realizada no início de todo atendimento no NPP, averigua-se sintomatologias e queixas em esferas diversas: familiares, escolares, relacionais etc. Em alguns casos, devido a encaminhamentos específicos de órgãos como Conselho Tutelar e CAPS, há hipótese diagnóstica já formulada no momento da triagem. Em outros, contudo, esta formulação não é explícita, cabendo aos próprios alunos/estagiários formularem hipóteses com supervisão de orientador. De tal modo, os diagnósticos anteriormente elencados se referem a psicodiagnósticos.

Adiante, referente à relação familiar, 67,8% dos casos apresentam conflito familiar, sendo 31,8% de casos com bom relacionamento familiar e 0,4% relacionados a informações não informadas. Relativo à queixa dos pais (inicial), esta se relaciona em 20,1% dos casos a dificuldades de comportamento, 17,7% a condutas agressivas, 13,9% a dificuldades escolares, 8,2% a outras queixas, 7,8% à ansiedade, 6,8% à desatenção, 6,3% à hiperatividade/impulsividade, 5,5% a medo/fobias, 4,6% à hiperatividade e desatenção, 3,6% a problemas nos relacionamentos interpessoais, 3,3% a nervosismo e 2,2% a distúrbios do sono e/ou adormecimento.

Por fim, evidencia-se aspectos relacionados a vida escolar da população infantil atendida na Clínica Escola de Psicologia de Toledo. Dos casos atendidos, 25,8% se relacionam a problemas nos relacionamentos interpessoais, 21,2% a dificuldades de aprendizagem, 10% à desatenção, 7,1% a um bom desempenho escolar, 6,8% a dificuldades em aceitar realizar tarefas e/ou ir à escola, 6,8% não apresentam queixas da vida escolar, 4,1% apresentam desatenção e hiperatividade, 3,9% exibem dificuldades de leitura, 3,6% dificuldades de escrita, 2,9% hiperatividade, 2,7% choro, 1,7% dificuldades na fala, 1,2% problemas de organização, 0,5% medo/fobias, 0,5% não estudam e 1,2% não foi informado.

Discussão

O Núcleo de Prática em Psicologia (NPP) da PUCPR campus Toledo/PR, instituição participante do presente estudo, já realizou, desde sua criação em 2011, atendimentos a 258 usuários com idade entre 2 e 12 anos. Com a análise dos serviços realizados, pode-se constatar que o TDAH possui alta demanda de atendimento e tratamento para indivíduos por ela acometidos, estando presente em 37,6% dos casos ao se combinar seus três subtipos. A presença de um grande número de crianças com suspeita ou diagnóstico de TDAH – cerca de 100 ao longo de quatro anos no NPP – levanta questionamentos sobre o modo como está ocorrendo o processo avaliativo desta psicopatologia.

Os critérios diagnósticos usuais do TDAH, como podem ser percebidos no DSM-V (2014), são orientados para sinais objetivos, fazendo com que aspectos sociais, políticos, econômicos e principalmente subjetivos sejam desprezados ou não devidamente considerados. Em decorrência da consideração de somente fenômenos observáveis nos critérios diagnósticos, há redução dos sintomas das crianças a somente uma expressão de falha orgânica, sem a reflexão de o que quer se expressar por seu intermédio. Nesta perspectiva, a ciência moderna considera meramente um indivíduo biológico, ao contrário da psicanálise, que reconhece um sujeito através de uma relação de significantes ($S1 - S2^3$) ou, em outras palavras, das metáforas que realiza com seu corpo.

De acordo com Elia (2010), o sujeito em psicanálise só pode ser concebido a partir do campo da linguagem, já que, ao nascer, entra em uma ordem que é social e cuja unidade – que se organiza como uma porta – é para ele a família. Por meio da linguagem e dos tropeços das intenções inconscientes daquele que fala é que o sujeito pode ser reconhecido como tal pelo falante, que não será mais o mesmo ao admitir como sua uma produção que desconhecia e que já faz parte dele (o inconsciente é repleto de saberes insabidos). Assim, o sujeito é sempre suposto, pois não o encontramos na realidade, mas o supomos a partir do momento que reconhecemos o significante porque na verdade é o significante e não nós quem supõe o sujeito.

³ *S1* referencia aqui o significante mestre que vem a representar o sujeito, enquanto o *S2* representa o saber advindo do campo do Outro.

Lacan (1998) estabelece a dimensão do Outro – aquele(ilo) que por ser anterior e exterior ao sujeito, o determina – como o lugar em que o registro simbólico está situado, sendo este o registro que possibilita a constituição de um sujeito pela linguagem. A relação do sujeito com o Outro é marcada por um deslizar entre significantes, sendo que o significante se produz no campo do Outro e vem a representar o sujeito para outro significante, fundando-o. O significante que vem a fundar o sujeito tem como efeito a *afânise*, uma vez que produz o desaparecimento do ser. Inicia-se, assim, uma cadeia significativa que possibilita o surgimento do sujeito no intervalo entre significantes, quando falha a articulação: *S1* – Sujeito – *S2*.

Com base nesta perspectiva, considera-se haver realmente crianças desatentas e hiperativas, com dificuldades relacionadas à atenção e à psicomotricidade. Entretanto, trata-se de sujeitos com dificuldades para representarem a si no campo do Outro, ocorrendo complicações no intervalo dos significantes e na construção da própria subjetividade. Em tentativas de construção de um espaço próprio, de um corpo recortável, evidencia-se atos compulsivos instáveis, e até mesmo em certos casos agressivos. De acordo com Jerusalinsky (2006), esta falha incide também na atenção, pois havendo impossibilidade de passagem pelo campo do Outro, não há significação e persistência nos atos.

Isso, aliado aos fenômenos grupais e sociais, traz dificuldades aos indivíduos. Concorde-se com Marcelli (1998) que a vida na contemporaneidade não é adaptada às necessidades motoras das crianças, argumentação embasada principalmente na ausência de áreas de lazer e nas demandas escolares. Desse modo, a infância encontra-se rodeada, de um lado, por grandes fontes de estimulação visual, auditiva, tátil e psicomotora, e, por outro, por exigências de autocontrole, concentração e inibição de impulsos por parte da criança. O processo educativo aparece aqui como um grande momento de encontro de sujeitos com as exigências sociais de domínio de ações e emoções.

Nessa relação, destaca-se que a grande maioria dos atendimentos realizados (70,5%) no NPP se destinou a crianças com idade de 7 a 12 anos, época em que as demandas escolares se tornam mais presentes. Cabe destacar também que 77,7% dos encaminhamentos para atendimento no NPP são originados de órgãos públicos e que, do valor total dos encaminhamentos de órgãos privados, 70% são oriundos de instituições de Educação. Além do mais, as queixas relacionadas à escola se fazem presentes também

em outras formas de encaminhamentos, visto que somente 7,1% dos encaminhados demonstram bom desempenho escolar e apenas 6,8% não exibem queixas escolares.

Ademais, ressalta-se que muitos dos atendimentos realizados que apresentam bom relacionamento familiar (31,8%) – este dado (relacionamento familiar) é preenchido com base nas respostas dadas pelos pais e/ou responsáveis das crianças durante o momento de triagem, não se referindo a julgamento próprio dos pesquisadores – podem ser oriundos de queixas exclusivamente escolares.

De acordo com Moysés e Collares (2013), quando as inadequações sociais ocorrem em nível escolar, é habitual a classificação de psicopatologias do não aprender – os *Transtornos Específicos de Aprendizagem* elencados pelo DSM-5 (2014) –, bem como dificuldades relacionadas ao comportamento. Nos casos atendidos no NPP, 17% das demandas escolares se relacionam ao TDAH, quando combinado seus três subtipos, sem contar a incidência de outros sintomas relacionados, tais como problemas nos relacionamentos interpessoais (25,8%), dificuldades em aceitar realizar tarefas e/ou ir à escola (6,8%), problemas de organização (1,2%) etc.

É perceptível, com base nos dados elencados, a inquietação em relação àqueles que não se submetem às demandas sociais, sendo empregados métodos para a adaptação destes às demandas de inibição dos impulsos físicos e mentais. Freud (1921/1996), ao se debruçar sobre a psicologia dos grupos, considera que o indivíduo inserido em um grupo de grande número de pessoas age com base na chamada *pulsão social*. Há organização de indivíduos em grupos, nessa sequência, devido a identificações estabelecidas entre os membros. Abre-se mão da satisfação pulsional individual em favorecimento da satisfação por afiliar-se e pertencer a um grupo. A não procura pela anulação da individualidade – como se percebe no TDAH, ao emitirem-se atos contrários aos socialmente esperados – resulta, assim, em angústia social e tentativa de controle.

Uma das práticas comumente percebidas e empregadas para o controle de crianças com TDAH é a medicalização. Moysés e Collares (2013) explanam que o Brasil pode ser considerado um país com intenso processo de diagnóstico de TDAH, visto que ocupa o segundo lugar no ranking de consumo de metilfenidato, substância comercializada com os nomes de Ritalina (Novartis) e Concerta (Jansen), além de apresentar vendas com crescimentos assombrosos. Segundo informações da Junta Internacional de Fiscalização de Entorpecentes (JIFE), a utilização de metilfenidato aumentou em todo o mundo desde

o ano de 2000, tendo o Brasil apresentado uso de 0,57 S-DDD⁴ da referida substância por mil habitantes.

No NPP, constatou-se apenas 8,5% de uso da medicalização metilfenidato em contraponto a 37,5% de casos de suspeita e/ou diagnóstico de TDAH. Contudo, deve-se salientar que o diagnóstico da referida psicopatologia nos casos atendidos foi realizado com base em um psicodiagnóstico. Salienta-se ter havido, em relação a todos os usuários do NPP, atendimentos neurológicos a somente 13,5% dos atendidos, atendimento psiquiátrico a 3,7%, atendimento combinado de neurologia e psicologia a 5,1% e psiquiatria e psicologia a 1,1%. Acredita-se que o número de usuários de medicamentos como o metilfenidato poderia aumentar substancialmente com maiores encaminhamentos e avaliações na área médica, uma vez havendo fenomenologias compatíveis com o quadro descrito em manuais nosográficos como o DSM-V e a CID-10.

Tais manuais de diagnóstico se ocupam com a construção de uma língua comum a todos que trabalham com psicopatologias, porém não propõem contribuições para a compreensão das causas dos quadros descritos, realizando uma desconsideração de suas etiologias. Com a profusão de signos diagnósticos isolados e inespecíficos, estabelece-se a difusão de medicamentos para soluções rápidas e práticas. O metilfenidato, psicofármaco com grande dissimulação na atualidade, parece ser justamente uma das causas para a multiplicação de diagnósticos de TDAH, ou seja, provoca um crescimento epistêmico da doença (Jerusalinsky, 2011).

Para Jerusalinsky (2011), torna-se muito prático atribuir um grande conjunto de sintomas a uma psicopatologia cuja cura já se conta antecipadamente com o medicamento apropriado. Nesta compreensão, criam-se psicopatologias para a venda de produtos que possam tratá-las e controlá-las. E por qual motivo os indivíduos aceitam e participam de tal relação de compra e venda? Pois há a difusão de que tais substâncias garantem quietude, felicidade e adaptação por meio da satisfação de pulsões. A droga satisfaz de forma temporária o sujeito, permitindo certo grau de independência do mundo externo ameaçador, e o sistema capitalista, percebendo os efeitos desta relação, utiliza deste ciclo de consumo de toxinas para produção e venda; o que ocasiona, finalmente, lucro.

Cabe também dialogar sobre os fatores econômicos relacionados à população atendida no NPP: isentando os 16,3% de casos que recebem mais de três salários

⁴ Doses diárias definidas para fins estatísticos (S-DDD) se refere a uma unidade de medida utilizada com fins estatísticos.

mínimos, a renda familiar dos usuários do NPP não é elevada, sendo que a grande maioria (37,2%) arrecadam de 1 a 2 salários mínimos, além de 29% ganhar de 2 a 3 salários mínimos e 12,4% sobreviver com até 1 salário mínimo, sem citar outras categorias com menos porcentagem. Além disso, relativo às hipóteses etiopatogênicas do TDAH, evidencia-se, inicialmente, conflitos familiares em 67,8% dos casos analisados neste estudo.

Sobre essas estimativas, pode-se cometer o engano de relacionar o TDAH a questões meramente sociais, considerando fatores econômicos como influenciadores decisivos do surgimento e/ou manutenção dos sintomas psicomotores. Nesta perspectiva, os fenômenos hiperativos e (des)atencionais poderiam ser explicados pela falta de recursos materiais, os quais afetariam a existência de áreas de lazer; poderiam interferir na atenção e na concentração, quando relacionados a carências alimentícias, por exemplo; influenciaria o desencadeamento de conflitos familiares e separações; etc. Separações conjugais, dissoluções e conflitos familiares são apontados por Marcelli (1998), inclusive, como associados à manifestação de instabilidades.

Contudo, a psicanálise adverte que crianças com verdadeiros quadros de desatenção e hiperatividade possuem dificuldades relacionadas à representação de si próprias no campo do Outro. De tal modo, não seriam fatos objetivos e materiais que desencadeariam tal transtorno. Isso porque em psicanálise o corpo é pulsional e não instintivo: com intermédio da linguagem o corpo consegue dialogar, manifestando o seu inconsciente, através de gestos de linguagem.

A pulsão, nesse aspecto, constitui o representante da união entre corpo e mente – Freud (1915/1996) destaca a pulsão como estando no limite entre o psíquico e o somático. À revelia de seus saberes conscientes, há uma gama de pensamentos e ideias de caráter inconsciente que denotam um desejo próprio e específico do sujeito. Como destacado por Chemama (1995), o desejo do ser falante (ser de linguagem) é o desejo do Outro, uma falta inscrita em palavra que impossibilita o alcance do objeto da pulsão supostamente perdido.

A necessidade de movimento configura, nesse encadeamento, um fenômeno psiquicamente complexo. Não se podem reduzir tais instabilidades psicomotoras a uma causa específica, mas podem-se traçar algumas possibilidades. Por meio da instabilidade, o sujeito dá-se a ver ao ver do Outro do qual não consegue se separar, gerando uma posição de não se ver enquanto sujeito desejante, pois depende daquele. O Outro aparece

nessa relação prevendo, controlando e antecipando o que a criança pretende dizer, atuar, fazer, montar e desmontar; e que engloba o corpo e o espaço daquela. De tal forma, o sujeito ocupa no TDAH um lugar de objeto com o qual se goza, um objeto revoltoso que precisa ser olhado/visto constantemente (Levin, 2011).

Entretanto, considera-se que os fenômenos de agitação psicomotora podem estar relacionados à pulsão em grande parte dos casos, se não todos. Freud (1916-1917/1996) relata que os sintomas neuróticos são resultado de um conflito entre duas forças contrárias – consciente e inconsciente – que se reconciliam para, através do ato sintomático, satisfazer a pulsão por métodos diversos. Logo, para Freud (1926/1996) o sintoma configura um substituto da satisfação de origem pulsional que permanece em estado jacente devido às ações do processo de recalque.

Nesse sentido, a pulsão provoca grandes excitações que fazem com que o sujeito utilize da psicomotricidade para satisfazê-la. Diante de um estímulo que pulsa em seu interior, pelo qual a criança não consegue fugir justamente por sua fonte pulsional, esta não encontra outra solução a não ser se movimentar, satisfazer sua pulsão específica através de um ato psicomotor. O estímulo pulsional age como uma força constante a qual exige satisfação através de alterações específicas da fonte interna emissora de estímulos.

Nessa hipótese, a psicomotricidade carrega novamente um estatuto metafórico, sendo, assim, uma expressão inconsciente que utiliza do corpo do sujeito, de um tônus muscular, para produzir um discurso que desconhece. Este discurso, entretanto, lhe pertence e é carregado de sentido, já que é por meio dele que a verdade subjetiva do desejo do sujeito aparece. Trata-se de um discurso insabido por se caracterizar como essencialmente inconsciente, uma espécie de formação deste. Conforme destacado por Chemama (1995), as formações do inconsciente se caracterizam como irrupções involuntárias no discurso que demarcam o desejo do sujeito. O sintoma faz parte destas formações – junto com os sonhos, os atos falhos e os chistes –, como uma metáfora significativa.

No que tange aos fenômenos de falta de concentração, considera-se ser fundamental destacar que a atenção não existe desde sempre no ser humano, ela se desenvolve juntamente com a sua constituição enquanto sujeito. Por estar dividido entre consciente e inconsciente, este sujeito comporta um desejo, ou seja, quando dirige suas atenções para o mundo externo, cria expectativas de encontrar o objeto primordial de pura satisfação, fazendo, por fim, que o desejo oriente seus investimentos (Gouveia, 2004).

Logo, expressar que uma criança é desatenta, de forma a proferir que a atenção não existe, não pode passar de um equívoco. Nestes momentos de aparente desatenção, os investimentos do sujeito se voltam para outro lugar além do demandado socialmente, o que origina uma insatisfação pela divergência entre o desempenho esperado e o desempenho real.

Adiante, em alguns casos, outras psicopatologias podem se associar ao quadro de TDAH, tal como a enurese, distúrbios do sono, medos e/ou fobias, entre outros. Muitos desses sintomas aparecem como a queixa dos pais realizadas no começo do atendimento, tendo prevalência de 20,1% com dificuldades de comportamento, de 17,7% com condutas agressivas, de 13,9% com dificuldades escolares, de 11,1% com ansiedade/nervosismo, de 2,2% com distúrbios do sono e/ou adormecimento, de 17,7% em relação aos três subtipos de TDAH, entre outros.

Faz-se notória a existência de casos de crianças com até 2 anos de idade atendidas no NPP e encaminhadas com suspeita de TDAH. Nesta perspectiva, salienta-se a necessidade de reflexão sobre os objetivos, inconscientes, das crianças em relação ao seu sintoma psicomotor *hiper-ativo*: o que o sujeito deseja expressar por seu intermédio? A atual exclusão da subjetividade no processo de sofrimento psíquico não considera, de modo visível, quaisquer fatores não-biológicos relacionados a esta psicopatologia.

Considerações finais

A análise documental das fichas de triagem e prontuários da Clínica Escola de Psicologia da PUCPR campus Toledo/PR permite elencar algumas considerações sobre o Transtorno de Déficit de Atenção e/ou Hiperatividade (TDAH). Salienta-se inicialmente que esta psicopatologia apresenta alta incidência de demanda de atendimentos da população infantil, sendo que, dos 258 casos acompanhados neste local, 37,6% possuem suspeita ou diagnóstico de TDAH, quando combinado seus três subtipos.

Grande fração dos encaminhamentos destes usuários provém da Educação, sendo 77,7% de órgãos públicos e 70% de órgãos privados. Os motivos para os encaminhamentos aparecem, em sua maioria, relacionados a inadequações na escola ou outro âmbito social, tal como *hiper-atividades* e *desatenções*. Destes atendimentos, 70,5% se destinam a crianças com idade de 7 a 12 anos, momento em que as exigências sociais de controle dos impulsos físicos e mentais se tornam mais presentes.

Com o aumento dos estímulos sensoriais e das demandas sociais, provenientes do desenvolvimento do social, a criança contemporânea é intensamente e ininterruptamente estimulada: são realizadas inúmeras e diversas demandas para o público infantil, provenientes da família, do meio escolar, dos amigos, e dos espaços que a criança ocupa, seja pelo apelo ao consumo de jogos, brinquedos, alimentos ou vestuário, entre outros. E diante destes estímulos a criança precisa aprender a expressar ou adiar seus impulsos, seus anseios, suas pulsões, pois elas não são aceitas socialmente. Como cada criança responde a tais paradoxos?

A pulsão, por se tratar de um estímulo que se origina no interior do corpo, não pode ser evitada, sendo o mecanismo de fuga inútil. Ao não encontrar outros caminhos para satisfação, ela fica fadada a se movimentar, obtendo satisfação pulsional através de atos específicos psicomotores. De tal forma, a instabilidade psicomotora possui conotação metafórica, é uma forma de o sujeito se expressar por meio e com o seu corpo. Assim, trata-se de um discurso que deve ser lido nas entrelinhas, para além do visível - em direção ao seu significado e sentido. Reside nele o tesouro da verdade, pois é nele que o desejo do sujeito aparece.

Enfatiza-se, por fim, que o TDAH é composto por uma série de sintomas ou gestos que podem ser considerados como uma forma de manifestação do inconsciente na psicomotricidade, os quais são sempre dirigidos *para* alguém. A técnica psicanalítica, nessa relação, reconhece um sujeito por meio de seus significantes ou, em outras palavras, das metáforas que realiza com seu corpo.

De tal maneira, o TDAH, com base nos postulados de Freud, não parece ser um novo sintoma ou nova doença, pois evidencia um dos modos de manifestação do inconsciente por meio de irrupção involuntária. Propõe a partir disso que o profissional de psicologia, nos casos de hipótese de TDAH, a partir de sua escuta, leia os gestos em excesso para identificar a que ou a quem se dirige a manifestação da criança *hiper-ativa*. Isso porque o ato de *hiper-atividade* compõe-se como um gesto dirigido ao Outro.

Referências

American Psychiatric Association (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais - 5 Edição*. Porto Alegre: Artmed.

- Caliman, L. V. (2010). Notas sobre a história oficial do Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade TDAH. *Psicologia Ciência e Profissão*, 30(1), 45-61. DOI 10.1590/S1414-98932010000100005
- Chemama, R. *Dicionário de Psicanálise*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Dumas, J. E. (2011) *Psicopatologia da infância e da adolescência*. Porto Alegre: Artmed, 2011.
- Elia, L. (2011). *O conceito de sujeito*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Freud, S. (1996). Os instintos e suas vicissitudes. In J. Strachey (Ed. e J. Salomão, Trad.), *Edição Standart Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. (Vol. 14). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1915).
- Freud, S. (1996). Conferências introdutórias sobre a psicanálise (parte III): os caminhos da formação dos sintomas. In J. Strachey (Ed. e J. Salomão, Trad.), *Edição Standart Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. (Vol. 16). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1916-1917).
- Freud, S. (1996). Psicologia de grupo e análise do ego, *Edição Standart Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. (Vol. 18). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1921).
- Freud, S. (1996). Inibições, sintomas e ansiedade, *Edição Standart Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. (Vol. 20). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1926).
- Garcia, G. (2011). A psicanálise e as terapias milagrosas. In A. Jerusalinsky, S. Fendrik (Org.), *O livro negro da Psicopatologia Contemporânea* (pp. 45/52). São Paulo: Via Lettera.
- Gouveia, D. C. (2004) Uma visão psicanalítica do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade. *Revista Psicopedagogia*, 21(64), 69-71. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psicoped/v21n64/v21n64a08.pdf>
- Jerusalinsky, A. (2006, abril). *Diagnóstico de Déficit de Atenção e Hiperatividade, o que pode dizer a psicanálise?* Trabalho apresentado na Fundación para el Estudio de los Problemas de la Infância, Buenos Aires.
- Jerusalinsky, A. (2011) Gotinhas e comprimidos para crianças sem história: uma psicopatologia pós-moderna para a infância. In A. Jerusalinsky, S. Fendrik (Org.), *O livro negro da Psicopatologia Contemporânea* (pp. 231/242). São Paulo: Via Lettera.

- Lacan, J. (1998). *O Seminário*: livro 11, os quatro conceitos fundamentais da psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Laurindo, M. C. (2011) *Temas para Pensar e Ensinar a Psicologia*. Curitiba: Champagnat.
- Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. (1990, 13 de julho). Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República: Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Recuperado em 02 dezembro, 2019, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm.
- Levin, E. (2011) *A clínica psicomotora: o corpo na linguagem*. Rio de Janeiro: Vozes.
- Marcelli, D. (1998) *Manual de Psicopatologia da Infância de Ajuriaguerra*. Porto Alegre: Artmed.
- Moyses, M. A. A.; Collares, C. A. L. (2013) Controle e medicalização da infância. *Desidades*, 1(1), p. 11-21. Recuperado de <https://revistas.ufrj.br/index.php/desidades/article/viewFile/2456/2090>
- Naciones Unidas (2018). Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE) correspondiente a 2017. Viena: Autor.
- Sadock, B. J.; Sadock, V. A. (2007) *Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. Porto Alegre: Artmed.