

Da higiene mental à higiene química: contribuições para um contraponto entre a criança tomada como objeto pelo higienismo e como sujeito de sua verdade pela psicanálise

*From mental hygiene to chemical hygiene: contributions to a
counterpoint between the child seen as an object by hygienism
and as the subject of its own truth by Psychoanalysis*

Daniela Paula do Couto*
Júlio Eduardo de Castro**

Resumo: Com base em um paralelo entre as práticas de higiene mental escolar do século XX e as práticas de higiene química vigentes na atualidade, no que diz respeito ao TDA/H, este artigo discute como a influência do saber médico-científico, difundido aos moldes do discurso universitário, é exercida sobre a criança. As fobias e as inibições, sintomas antes prevalentes na infância, cederam lugar à hiperatividade e à desatenção. A angústia que acompanha tais sintomas sofreu uma mutação: a criança que se recolhia, agora se agita. Enquanto o saber médico-científico tenta conter essa agitação por via medicamentosa, a psicanálise, com base em sua ética, se coloca como contraponto às abordagens higienistas e escuta a criança em sua singularidade.

Palavras-chave: Ética da psicanálise, discurso universitário, práticas higienistas, TDA/H.

Abstract: *By drawing a parallel between the practices of school mental hygiene of the twentieth century and the chemical hygiene practices currently in use, as far as ADHD is concerned, this article examines how the influence of medical-scientific knowledge, widespread in accordance with the lines of academic discourse, is exerted on the child. Phobias and inhibitions, as symptoms once prevailing in childhood, gave way to hyperactivity and inattention. The anxiety that follows such symptoms has suffered a mutation: the child who used to retreat is now restless. While medical-scientific knowledge attempts to restrain this restlessness through medication, Psychoanalysis, based on its ethics, stands as a counterpoint to hygienist approaches and listens to the child's unique expression.*

Keywords: *Ethics of Psychoanalysis, university discourse, hygienist practices, ADHD.*

* Psicólogo, psicanalista, mestre Psicologia/UFSJ (São João del-Rei-MG-Brasil), Casa da Criança e do Adolescente (Formiga-MG-Brasil).

** Psicólogo, psicanalista, mestre Educação/Puc-Rio, doutor Teoria Psicanalítica/UFRJ (Rio de Janeiro-RJ-Brasil), Pós-doutor Psicologia/PUC-MG (Belo Horizonte-MG-Brasil), prof. Curso de Psicologia e do Programa de Mestrado em Psicologia/UFSJ (São João del-Rei-MG-Brasil).

A incidência do saber médico-científico sobre a criança

Além de estar imersa no discurso familiar, a criança também é atingida por discursos extrafamiliares. Entre eles, o discurso propalado pelo saber médico-científico. A defesa que se faz aqui é que tal saber se difunde aos moldes do discurso universitário proposto por Lacan (1969-70/1992). Isso quer dizer que o saber médico-científico toma a posição de um saber dominante que considera a criança como um objeto de intervenção ($\$ \rightarrow a$), ou seja, o que vale são os enunciados prontos da ciência e não o saber que a criança tem a respeito de si própria e do seu sintoma, construído em atos de enunciação.

É nesse sentido que se considera que, diante do saber médico-científico, a criança é tomada como objeto de gozo, o que se verifica, na atualidade, a partir do excesso de diagnósticos de transtornos mentais e sua consequente medicalização abusiva. Neste artigo, optou-se por dar ênfase a um dos diagnósticos psiquiátricos infantis mais difundidos na contemporaneidade, o Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDA/H). Não se tem a intenção de discutir aqui a validade do tratamento do TDA/H, mas levantar questões acerca da necessidade da medicalização em todos os casos.

A partir de significantes como degenerado, desajustado, hiperativo e desatento, o saber médico-científico justifica sua intervenção, colocando a criança no lugar de objeto desse saber que se propaga como dominante e eficaz. Para demonstrar a ação do saber médico-científico sobre a criança, destacam-se dois tipos de práticas: as práticas de higiene mental escolar do século XX e as práticas de higiene química vigentes na atualidade. Focalizando essas práticas, perguntamo-nos se há ou não nelas lugar para o sujeito-criança, sujeito esse indispensável quando se trata de considerar a criança, por mais dependente que seja do discurso e do desejo do Outro, como capaz de desejar a partir de si mesma, mesmo que sob a influência da cultura incorporada no discurso familiar. Afinal, a psicanálise nos ensina que a criança tanto depende do discurso do Outro como a ele resiste, faz objeção, principalmente com o seu sintoma.

As práticas de higiene mental escolar do século XX se pautavam no saneamento e na regulamentação do espaço social a partir de ações sobre o indivíduo e a sociedade (ANTUNES, 2002). Colaborando com tal prática, os precursores da psicanálise de crianças, no Brasil, orientavam pais e professores no que dizia respeito à educação das crianças, com a intenção de propagar uma formação física e moral adequada a uma personalidade sadia e que fosse conizente com as propostas de progresso do país (MOKREJS, 1993; MACHADO *et al.*, 1978). De acordo com a higiene mental escolar, a criança seria apenas

um efeito da família, do ambiente e da escola, destituída de conflitos ou desejos próprios. Nesse sentido, era necessária uma adaptação social, ou seja, aqueles comportamentos que se desviavam das normas sociais deveriam ser corrigidos (RAMOS, 1954).

Essa proposta de adaptação social teve lugar nas clínicas de orientação infantil criadas entre as décadas de 1920 e 1930, espaço onde se iniciou o atendimento psicanalítico de crianças (ABRÃO, 2001). Tal atendimento tinha um caráter preventivo e ditava que o sintoma tinha que ser extirpado para que a criança pudesse corresponder ao ideal de normatização. O tratamento oferecido pelas clínicas de orientação infantil priorizava o meio familiar e social, negando que a criança tivesse qualquer implicação subjetiva em seu próprio sintoma. Dessa forma, a criança era tomada como objeto da higiene mental, realidade não muito distante da atual, em que a criança é tomada como objeto da higiene química. Numa e noutra abordagem da criança não há, portanto, qualquer consideração ao desejo que dela pode advir como manifestação de suas idiossincrasias. A *ética do desejo* em Lacan (1959-60/1988) pressupõe o não recuo do desejo em nome dos *serviços dos bens*¹, ou seja, em nome das conveniências e oportunismos sociais que tendem à exclusão do sujeito.

O que estamos denominando de higiene química se refere ao abuso de medicamentos para tratar aspectos da vida humana, que antes não se configuravam como índices de uma doença. No caso do TDA/H, o tratamento primordial é feito por meio do cloridrato de metilfenidato, cujas vendas no Brasil aumentaram, consideravelmente, nos últimos anos, fazendo do nosso país o segundo maior consumidor mundial de tal medicamento (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2012).

Assim como no caso da higiene mental, a higiene química se pauta pela normatização, mas ao invés de estabelecer normas para uma conduta que não seja desajustada, cria fórmulas químicas para produzir crianças obedientes, atentas, concentradas e focadas que possam atender aos ideais da cultura. Ambas as práticas higienistas são tomadas aqui como representantes do saber médico-científico difundido aos moldes do discurso universitário (LACAN, 1969-70/1992).

Mesmo antes do nascimento de uma criança, os pais já sofrem a influência do saber médico-científico vigente em sua época, diante do qual podem assumir uma posição de submissão ou de questionamento. Nessa

¹ Os serviços dos bens mencionados por Lacan são: os bens privados, os bens de família, os bens da casa, os bens do ofício, os bens da profissão e os bens da Cidade.

direção, cabe traçar um paralelo entre as práticas de higiene mental escolar do século XX, as práticas de higiene química presentes na ordem vigente atual e as determinações subjetivas produzidas por elas. Se à prática da psicanálise compete desalienar o sujeito dos significantes-mestre, então cabe também a ela fazer o inventário genealógico dessas determinações subjetivas. Nesse sentido, será apresentado um panorama dessa relação de determinação que tem por efeito obscuro produzir um modelo de criança destituída de um saber próprio e que ainda *funcione* como um objeto do saber médico-científico. Para tal, o contraponto com a *ética do desejo do psicanalista* é aqui indispensável.

A criança como objeto da higiene mental

Nos primórdios da psicanálise de crianças no Brasil, a prática dos psicanalistas esteve ligada à ordem/ideologia psiquiátrica vigente, já que foi por meio da psiquiatria que a psicanálise entrou no Brasil. A psiquiatria foi, por sua vez, muito influenciada pela medicina social do século XIX. Nesse sentido, a higiene mental escolar se constituiu como o fundamento que norteou a teoria e a prática na psicanálise de crianças, principalmente a partir de uma concepção de criança baseada na ideologia da normatização. O discurso propalado pela higiene mental escolar era um discurso alienante, na medida em que colocava a criança em uma posição de objeto do saber médico-científico, retirando dela a condição de sujeito do próprio discurso.

Para a higiene mental escolar, a criança seria apenas um efeito da família, do ambiente e da escola, ou seja, sem conflitos ou desejos próprios. A isso podemos contrapor o pensamento expresso por Lacan (1969/2003) no texto *Nota sobre a criança*: a criança é, em sua essência, efeito do desejo da família. E a função da família é transmitir a subjetividade, o que implica que a criança tenha que se alienar ao desejo do Outro para, num movimento de separação, constituir-se como sujeito desejante. Para Lacan (1964/2008), portanto, as operações elementares que determinam a constituição do sujeito são: a alienação *ao* e a separação *do* desejo do Outro. E essa última nos assinala que a criança jamais será uma cópia exata do que herdou do Outro. O sujeito certamente se constitui a partir do Outro (a língua, a economia e a regulação das relações amorosas), todavia sem jamais se reduzir a isso. E o que o faz sujeito depende então da separação do campo do Outro, formulada por Lacan como a queda do objeto *a*. A separação nos diz ainda da participação do Real (pulsional) naquilo que foi herdado do Simbólico.

O saber higienista, segundo Antunes (2002, p. 84), pode ser entendido como “[...] um conjunto de teorias e práticas, instituídas pelo saber médico, que pretendem dar conta de sanear e regulamentar o espaço social, através do individual e do coletivo.” Em outras palavras, os médicos higienistas se intitulavam os detentores do saber acerca da família, impondo aos pais fórmulas prontas para se criar filhos saudáveis, física e moralmente. Ignorava-se, portanto, o saber da família e, conseqüentemente, o saber da criança.

A partir do ideal de que os médicos poderiam orientar uma legislação que regenerasse os costumes da população brasileira, a educação das crianças também passou a ser função dos médicos, pois eles teriam condições de corrigir defeitos e contribuir para o desenvolvimento de adultos civilizados. É o que podemos constatar do discurso feito por José A. C. de Menezes, em 1831, na Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, como citado por Machado e colaboradores (1978, p. 196): “Se os olhos da lei pudessem penetrar o interior das famílias e sua força extirpar os abusos que a ignorância tem introduzido na educação física dos infantes, ela acharia na medicina as regras convenientes”. Assim, os médicos tentavam fazer valer uma lei externa à família, desconsiderando o saber dos pais e crendo que poderiam ensinar a eles a melhor forma de se educar os filhos. A *ignorância* dos pais se referia ao desconhecimento das regras que, segundo os propósitos da medicina social, conduziriam a um desenvolvimento civilizado.

Não só os indivíduos se tornaram alvo das práticas preventivas, mas também as instituições, sendo a família e a escola os espaços visados por ações pedagógicas corretivas. Como aponta Nunes (1988, p. 64): “[...] os higienistas vão propor regras minuciosas, cuidados constantes, modificações nos hábitos familiares, mudanças no sistema educacional, com vistas a garantir uma boa formação física e moral de cada cidadão”. Nessa perspectiva, a intervenção do Estado na família não deveria ser vista como uma punição, mas como uma gratificação que traria benefícios até para as gerações futuras. É o que afirma Costa (1989), utilizando-se da expressão *persuasão higiênica* para caracterizar o trabalho da medicina desenvolvida no século XIX, cujo ideal disseminado era o de que uma família saudável e próspera só alcançaria essa condição ao se submeter ao Estado, já que era incapaz, por si só, de criar bem os filhos.

Em consonância com a política higienista vigente desde o século XIX, os precursores da psicanálise de crianças no Brasil orientavam pais e professores na educação das crianças, com o intuito de possibilitar uma formação física e moral adequada a uma personalidade sadia. É importante ressaltar que tais práticas higienistas refletiam o ponto de vista de uma dentre as diversas cor-

rentes de pensamento dentro do próprio movimento psicanalítico. Exemplo clássico dessas práticas higienistas sobre a família alemã no século XIX é o texto *Memória de um doente dos nervos* (1903) de Daniel Paul Schreber.

Schreber era filho do médico ortopedista Daniel Gottlieb Moritz Schreber, pregador de uma doutrina educacional rígida e implacavelmente moralista. Moritz Schreber acreditava que seu trabalho era uma contribuição para o aperfeiçoamento da obra de Deus e da sociedade humana. Além disso, orgulhava-se de ter aplicado pessoalmente nos cinco filhos os próprios métodos educacionais de pericultura, afirmando que os resultados tinham sido excelentes. O próprio Schreber (1995, p. 217) relata em suas *Memórias*: “Poucas pessoas cresceram com princípios morais tão rigorosos como eu e poucas [...] se impuseram ao longo de toda sua vida tanta contenção de acordo com esses princípios, principalmente no que se refere à vida sexual”.

No Brasil, as práticas higienistas tiveram lugar nas clínicas de orientação infantil, que surgiram na década de 1930: a *Seção de Ortofrenia e Higiene Mental* dirigida por Arthur Ramos no Rio de Janeiro e a *Seção de Higiene Mental Escolar* dirigida por Durval Marcondes, em São Paulo (MONARCHA, 2009). Etimologicamente, o termo ortofrenia tem o significado de *correção dos nervos* ou *correção psíquica* (DEGANI-CARNEIRO; JACÓ-VILELA, 2012). No contexto abordado, enquanto a ortofrenia consistia na correção das falhas que não se pôde impedir, a higiene mental consistia na prevenção das falhas de personalidade infantil, passíveis de gerar sérios desajustes comportamentais no futuro.

Portanto, a ideologia vigente nas clínicas de orientação infantil era a adaptação da criança ao social, ou seja, era necessário corrigir e prevenir comportamentos desajustados, pois esses se desviavam da norma estabelecida pela sociedade. Os pais, segundo essa ideologia, seriam os grandes responsáveis pela neurose dos filhos. Assim, se eles não tinham uma capacidade pedagógica para educar bem seus filhos, cabia aos especialistas da higiene mental escolar – como eles acreditavam – colaborar para o bom desenvolvimento psicológico da criança.

Aqui podemos considerar como havia uma responsabilização direta dos pais pelo sintoma da criança, como se ela não tivesse implicação alguma em seu conflito. A isso contrapomos a afirmação de Lacan (1969/2003) de que o sintoma da criança tem relação com o sintoma dos pais, mas sem se reduzir a ele. A criança não é apenas um reflexo do inconsciente parental, pois seu sintoma também pode representar uma formação inconsciente autêntica, por meio da qual lida com aquilo que a afeta. Isso implica que, por mais que a

criança sofra a influência das produções inconscientes dos pais, há nela um saber a ser revelado por meio da mensagem codificada no sintoma, para além da satisfação pulsional (verdade) aí envolvida. Por conseguinte, para Lacan, sem considerar a criança como sujeita da/à própria fala e ainda sujeita do/ao próprio sintoma e às pulsões que aí se realizam, não haveria sequer como pensá-la inserida/implicada no tratamento analítico.

Entretanto, o ideal de prevenção e correção das clínicas de orientação infantil higienistas indicava claramente uma concepção de sintoma como algo a ser corrigido, extirpado, adaptado, propósito esse apregoado no campo médico, jamais no campo psicanalítico. Para a psicanálise, o sintoma se configura como uma construção singular do sujeito para dar conta dos impasses relativos ao conflito entre pulsão e sociedade. Já, desde Freud, o sintoma é a combinação idiossincrática de desejo e defesa ou, como diria Lacan, de significante e gozo. Essa dupla face do sintoma, simbólica e real, faz com que ele tenha lá os seus pontos de interseção com o sujeito. Extirpar o sintoma seria, então, extirpar uma parte do próprio sujeito, justamente aquela que representa algo de sua verdade, de seu desejo, de sua memória (simbólica e de gozo). Seria, portanto, forcluir, tanto o sujeito como efeito significativo do discurso do Outro (S), assim como o sujeito como modo singular de gozo (R).

Para Freud (1905/1996), a presença de sintomas neuróticos na infância deveria ser entendida como regra e não como exceção. Por conseguinte, o sintoma da criança deveria ser visto como uma consequência inevitável do seu processo de socialização, de seu esforço por conciliar as exigências pulsionais às sociais, ou seja, como uma tentativa própria de se fazer uma *formação de compromisso* entre essas duas exigências. Freud (1917[1916-17]/1996, p. 361) assinala que o sintoma é tão resistente devido a esse acordo entre tais exigências. É justamente por satisfazer as duas partes em luta – o desejo inconsciente e a exigência de defesa – que o sintoma insiste em se manifestar. Nessa insistência do sintoma, vemos implicado o sujeito do inconsciente e sua relação com o desejo.

Para a psicanálise, a criança precisa ser escutada porque ela guarda um saber/verdade acerca daquilo que a aflige:

[...] é preciso dar uma chance à criança para falar [...] do que se passa em torno dela, de sua versão sobre cada um de seus pais, do conhecimento que ela tem de si, das razões de sua agressividade ou de sua violência sem sentido, de sua falta de atenção e de seu desinteresse, de seus conflitos e da esfera de seus novos interesses, de suas expectativas e de seus desejos, pois ela possui

um saber autêntico, desprovido de semblantes, sem subterfúgios, e que deve ser valorizado por aquele que a escuta (CAM-POS, 2013, p. 73).

De modo diverso ao da abordagem médica, para a psicanálise o sintoma não tem somente relação com a verdade da doença, mas antes de tudo com a verdade subjetiva, pois é o desejo que está ocultado pela ação do recalçamento. Como destaca Quinet (2009b), a ética psicanalítica é a ética da diferença, ou seja, uma ética que pensa o sintoma enquanto próprio a um sujeito e não como algo passível de generalização. A ética da psicanálise se opõe a todo discurso que desconsidera as singularidades do sintoma e, portanto, do sujeito: “[...] lá onde há sintoma, está o sujeito. Não atacar o sintoma, mas abordá-lo como uma manifestação subjetiva, significa acolhê-lo para que possa ser desdobrado, fazendo aí emergir um sujeito [...]” (p. 13). E como destaca Lacan (1965/1998, p. 873), no que se refere à responsabilidade do sujeito: “Por nossa posição de sujeito, sempre somos responsáveis”.

Enquanto elemento constituinte do sujeito, o sintoma não deveria ser extirpado, porque isso faz calar a verdade do desejo de cada um. “O sintoma não é [...] apenas um problema, mas uma solução, uma resposta, por vezes precária, para conflitos que constituem o próprio sujeito [...]” (DUNKER, 2002, p. 13). Quando se diz que a psicanálise não tem a intenção de extirpar o sintoma, é importante destacar que isso não quer dizer que ela insista em sustentá-lo. Não é que se tenha que manter o sintoma, mas trabalhar com a presença dele, ao invés de descartá-lo abruptamente em favor de uma adaptação ao social, pois ajustar e normalizar são propósitos que não levam em consideração as manifestações da pulsão em cada criança, pulsão essa que percorre um caminho único em cada sujeito, delineando uma história que o insere ou não no social, mas que não se reduz a ele.

Para os precursores da psicanálise de crianças no Brasil, a infância era um período propício para a *modelagem* do psiquismo, pois a criança, ainda em constituição, se mostrava espontaneamente suscetível aos contornos a ela impostos. A *modelagem* poderia ser realizada pelos pais e pelos educadores, desde que orientados pelos especialistas. E a criança, como respondia a isso, já que ela própria não poderia dar muita contribuição à história de sua doença e de seu sintoma? Na vertente higienista, portanto, a criança não tinha voz, ou seja, seu sintoma não tinha lugar, não respondia do lugar de sujeito.

Assim sendo, para o higienismo, era o meio em que a criança vivia que determinava a direção do seu desenvolvimento psicológico, o que abriu es-

paço para se considerar que a família seria a responsável direta pelo desenvolvimento de patologias e desvios de conduta. Nessas condições, a constituição subjetiva se realizaria somente graças aos pais e não apesar deles. O sintoma da criança pode responder ao sintoma dos pais, no entanto, ela também se desaliena desse sintoma fazendo o seu próprio, se separando um pouco do sintoma dos pais. Esse era o ponto não considerado nas clínicas de orientação infantil, pois a ideia reinante era que os pais eram os responsáveis diretos pelos sintomas dos filhos. Nesse sentido, era necessário ajustar as crianças à sociedade.

Não estamos colocando em questão o mérito dos médicos higienistas em tentar solucionar os problemas de saúde física e mental no Brasil, no século XX. Nosso ponto de reflexão é que havia, por meio da medicina social, uma apropriação ideológica visando uma alienação da criança a um modelo ortopédico, que priorizava a correção dos problemas escolares e morais a partir de uma concepção de criança previamente estabelecida pelo saber médico-científico. Com o advento da psicanálise de crianças, houve a possibilidade do sujeito-criança ter direito à voz, sem ter seu ser reduzido às concepções ideológicas, sociais e corretivas em vigor.

E, atualmente, a criança se libertou das amarras do saber médico-científico? O que é possível observar é uma reedição do conflito entre o saber médico-científico e o saber psicanalítico, no que diz respeito às crianças com TDA/H. Há uma divergência clara na argumentação daqueles que endossam a prescrição medicamentosa para a criança e, em contraposição, aqueles que apostam em uma intervenção sustentada na escuta do sujeito-criança.

Assim como no período da higiene mental escolar, atualmente, a criança ainda é encarada como um objeto da prática médica, ou seja, apenas como um organismo, destituído da condição de sujeito de seu próprio saber, corpo e desejo. Se no século XX, a higiene era mental, agora, no século XXI, a higiene é química e traz em seu bojo graves efeitos colaterais.

A criança como objeto da higiene química

A partir do resgate histórico aqui delineado, foi possível constatar uma concepção de criança pensada a partir de um momento em que a educação e o propósito ético da psicanálise da criança foram fortemente influenciados pela ideologia da higiene mental escolar. Com isso, a concepção de criança reinan-

te era baseada na normalização e na adaptação ao social. Como sintetizou Costa (1989, p. 179): “O disciplinamento médico na sociedade higienista passa pela fabricação de crianças, futuros homens rijos que, desde a mais tenra idade, devem ser acompanhadas por médicos para que ‘um dia estejam prontos para oferecer docilmente suas vidas ao país.’”

Nesse sentido, os higienistas se preocuparam em produzir um homem saudável do ponto de vista físico e moral, pois assim o Brasil alcançaria o patamar das nações modernas. Para tanto, a criança foi o alvo do saber higienista, pois, se desde cedo ela se adaptasse ao ideal de normatização, menos chances teria de se transformar em um adulto degenerado.

Atualmente, reina uma concepção de homem baseada na ideologia capitalista. Nessa concepção, a noção de normatização é enviesada pelo sentido de produção, ou seja, as crianças têm que permanecer obedientes, atentas, concentradas e focadas. Em outras palavras, as crianças devem estar prontas para produzir e capacitadas para competir por um lugar no mercado de trabalho futuro. Como agir diante de tamanha exigência? Como dito antes, os pais podem assumir uma posição de submissão ou de questionamento diante dos saberes vigentes. Há aqueles que igualam o filho à doença – “Meu filho é TDA/H” – e aqueles que se recusam a concordar que o filho precise ser medicado para alcançar sucesso nos estudos.

Se nas décadas de 1920 e 1930, a higiene mental colocou em discussão a classificação de crianças como ajustadas/desajustadas, a década de 1990 (LIMA, 2005) marca o início da classificação de crianças como atentas/desatentas e hiperativas/não hiperativas. Essa última classificação ganhou destaque devido à popularidade que alcançou o TDA/H, tanto no meio escolar quanto no meio familiar. Mas em que consiste esse transtorno?

O TDA/H corresponde a uma síndrome caracterizada por comportamento hiperativo e inquietude motora, desatenção marcante, falta de envolvimento persistente nas tarefas e impulsividade. Esses problemas devem ser evidentes em mais de uma situação social e se mostrar excessivos no contexto que ocorrem, em comparação com o que seria esperado de outras pessoas com a mesma idade e nível de inteligência (LIMA, 2005, p. 73).

Assim, atualmente, a desatenção e a inquietude motora, traços antes considerados típicos em crianças, se transformaram em sintomas que indicam um problema a ser tratado, o que elevou o TDA/H à condição de um dos diagnósticos psiquiátricos mais pesquisados na área neurológica e psiquiátrica (CALIMAN, 2008).

De acordo com a bula da Ritalina² (2013), um dos nomes comerciais do cloridrato de metilfenidato³, substância indicada no tratamento do TDA/H, “a etiologia específica dessa síndrome é desconhecida e não há teste diagnóstico específico.” Por isso, os médicos fazem um diagnóstico com base na avaliação da lista de sintomas elencados pelos pacientes, aliás, no caso da criança, são pais e professores que ditam os sintomas. Não se leva em conta o que há de singular no sintoma de cada um, pois o objetivo é reduzir o que a criança apresenta a uma classificação homogeneizante.

O que se pode pensar, inclusive ao ler a bula dos dois medicamentos supramencionados, é que não só o diagnóstico do TDA/H é controverso, mas também a ação de tais medicamentos. Nesse sentido, nosso objetivo é chamar atenção para as controvérsias que existem em torno do diagnóstico e dos modos usuais de se tratar tal transtorno e, antes de tudo isso, para a exclusão/forclusão do sujeito-criança do tratamento médico. No geral, não há aí qualquer consideração ou mesmo escuta à palavra desse sujeito. Além disso, será, realmente, que todas as crianças hiperativas e desatentas precisam ser medicadas? Numa sociedade que nos sobrecarrega de estímulos e que exige que façamos muitas atividades ao mesmo tempo, é impossível estar atento a tudo e não tender a comportamentos hiperativos e/ou desatentos.

As exigências sociais não podem ser descartadas quando se trata do abuso de medicalização, mas no presente artigo, queremos contribuir para a questão do debate a respeito do sujeito-criança que se encontra à mercê dessas exigências sociais. Longe de rotular crianças como portadoras de um transtorno e reduzi-las ao significante desatenta/hiperativa, a psicanálise se propõe a escutar de que forma a desatenção e a hiperatividade se manifestam em cada criança em particular. Afinal, escutar a criança, dando aí o devido valor a sua palavra, tomá-la como séria e consistente, é o que pressupõe a ética do desejo preconizada pela psicanálise.

O TDA/H tomou ares de epidemia, sendo classificado como um dos transtornos neurológicos do comportamento que mais atinge crianças em todo o mundo, entre 8% a 12% delas, figurando como a queixa mais presente nos serviços de saúde mental que atendem o respectivo público (BIEDERMAN; FARAONE, 2005, SOUTULLO-ESPERÓN; DIEZ-SUÁREZ, 2007 *apud*

² Para um estudo mais aprofundado acerca da Ritalina, recomendamos a leitura da dissertação de Cláudia Itaborahy, *A Ritalina no Brasil: uma década de produção, divulgação e consumo*, disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/44746265/A-Ritalina-no-Brasil-Uma-decada-de-producao-divulgacao-e-consumo>>.

³ O cloridrato de metilfenidato é comercializado no Brasil sob os nomes de Ritalina® e Concerta®.

ANVISA, 2012). Com o aumento do diagnóstico de tal transtorno, o consumo do cloridrato de metilfenidato, o princípio ativo das chamadas *drogas da obediência* ou *drogas da produtividade* – Ritalina® e Concerta® – cresceu vertiginosamente. Segundo dados do Boletim de Farmacoepidemiologia do Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados (SNGPC) divulgado pela ANVISA (2012), as vendas do cloridrato de metilfenidato, prescrito para crianças e adolescentes de seis a 16 anos, tiveram um aumento de 74,8% entre os anos de 2009 e 2011, em todo o território brasileiro.

Ainda de acordo com o boletim citado, Belo Horizonte é a segunda capital onde os medicamentos para tratar o TDA/H são mais consumidos, perdendo apenas para Porto Alegre. Na capital mineira, entre 2009 e 2011, houve um aumento de 186,38% na venda desses medicamentos. Minas Gerais ocupa o quarto lugar no *ranking* das unidades federativas onde há maior prescrição dessas drogas. O Brasil é o segundo maior consumidor mundial de cloridrato de metilfenidato, sendo o maior consumidor os Estados Unidos (GIUDICE, 2013). Segundo Caliman (2008), em janeiro de 1999, a revista *The New York Times*, noticiou que a produção da Ritalina® aumentou cerca de 700% desde o início da década, sendo que no ano de 1999, os norte-americanos consumiram 85% da produção mundial do metilfenidato.

Apresentando dados disponibilizados pela Consultoria IMS Health do Brasil, a edição virtual do Jornal *O Globo* aponta que, de julho de 2012 a julho de 2013, foram comercializadas no Brasil, dois bilhões e 750 milhões de caixas com metilfenidato, o equivalente a 54 bilhões e 200 milhões de reais (NOGUEIRA, 2013).

Considerando-se os dados acima, é possível pensar que, cada vez mais, crianças e adolescentes estão sendo tratados como doentes e, conseqüentemente, medicados com um estimulante cerebral para que permaneçam obedientes em sala de aula, sendo preparadas pelas escolas para que respondam de forma homogênea e eficiente às imposições do sistema capitalista, como critica Luengo (2010, p. 60):

[...] pelo fato de a escola, por força do capitalismo e da industrialização, ter-se tornado uma instituição de produção e regulação social, criou-se a necessidade de recorrer a psicofármacos no tratamento das dificuldades escolares. [...] Aqueles que se “desviam”, os alunos considerados “problema”, que não acompanham de forma eficiente a massa, passam a ser estigmatizados, sendo vistos como fracassados com baixas condições de sucesso.

Nesse sentido, a preocupação higienista atinge principalmente as classes com alto poder econômico, que buscam o auxílio de especialistas e seus medicamentos para que seus filhos “se curem” dos desvios apontados pela escola. Agindo assim, esses pais respondem afirmativamente a uma ideologia que valoriza a produtividade em detrimento do desenvolvimento pessoal e das diferenças individuais. Portanto, aqueles alunos com dificuldades escolares, acabam sendo patologizados, ou seja, apontados como doentes por não apresentarem um comportamento ou um aproveitamento escolar considerado como ideal pela escola. Em decorrência disso, vemos instaurada uma medicalização da infância, no que diz respeito às dificuldades escolares. Como definem Collares e Moysés (1994, p. 25):

O termo medicalização refere-se ao processo de transformar questões não-médicas, eminentemente de origem social e política, em questões médicas, isto é, tentar encontrar no campo médico as causas e soluções para problemas dessa natureza. A medicalização ocorre segundo uma concepção de ciência médica que discute o processo saúde-doença como centrado no indivíduo, privilegiando a abordagem biológica, organicista.

Nesse sentido, a criança seria reduzida a um córtex pré-frontal, que não está funcionando bem e precisa ser estimulado por um medicamento para que a atenção possa ser reparada. Em matéria para o Jornal *Estado de Minas*, anteriormente citada, Evans (2012) destaca que a corrente a favor do uso do cloridrato de metilfenidato afirma que ele funciona “como um par de óculos: corrige a maneira como a criança enxerga o mundo”, ou seja, há aí embutida uma intenção de adaptar ao social o desviante, de corrigi-lo comportamentalmente, mesmo que ao preço da exclusão do sujeito pressuposto/implicado no sintoma.

Como declarou, na matéria jornalística referida acima, Arthur Kummer, doutor em neurociência e professor de psiquiatria infantil da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG): “Quem não se trata, no futuro terá nível educacional mais baixo, empregos piores e pode até se envolver com drogas” (KUMMER, 2012 *apud* EVANS, 2012). Estaríamos diante de uma reedição do saber higienista vigente nos primórdios da psicanálise de crianças no Brasil? Novamente, o saber médico-científico propaga a necessidade de correção e prevenção à custa da subjetividade da criança, como se fosse possível corrigir a pulsão ou mesmo prevenir seus efeitos subjetivos, a começar da ansiedade.

Representando a corrente contra o excesso do uso do cloridrato de metilfenidato, Maria Aparecida Affonso Moysés, professora titular de pediatria da

Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) e membro fundador do Fórum de Medicalização da Educação e da Sociedade, afirma que “algumas questões que fazem parte da própria diversidade da vida estão sendo transformadas em doenças, o que implica a prescrição de um remédio” (MOYSÉS, 2012 apud EVANS, 2012). Com o uso de Ritalina® e Concerta®, prossegue a professora, “[...] a criança só consegue fazer uma coisa de cada vez, por isso, fica quimicamente contida, não questiona nem desobedece” (*online*). A criança, portanto, encontra aí sérias dificuldades em fazer valer o seu próprio sintoma como resposta singular construída no universo familiar/conjugal e, assim, prosseguir a operação de separação do desejo/saber do Outro. E isso porque a psicanálise jamais desconsidera a importância do sintoma, seja *da* ou *na* criança, como contendo algo de uma realidade que lhe diz respeito *extimamente*.

Se a criança não pode questionar o saber do Outro, ela fica impedida de construir e fazer valer o *seu* saber. Assim, a criança medicada fica quieta, mas deixa de colocar suas inquietações com relação ao saber de si. O desejo de buscar respostas para seus enigmas parece ficar anestesiado. Considerando-se os avanços da ciência farmacológica, a higiene, antes mental, agora é química e carrega consigo graves efeitos colaterais, reduzindo a criança à sua realidade orgânica e, mais especificamente, cerebral.

O discurso universitário em ação e a serviço do saber médico-científico

Assim como no período da higiene mental escolar, atualmente, grande parte dos representantes da medicina encara a criança apenas como um objeto da prática científica, negando a ela um saber próprio, justo por considerá-la, antes de tudo, um organismo sem memória, ou seja, sem história subjetiva. Como tal, a criança é determinada por essa realidade, por essa construção discursiva, melhor traduzida pela teoria dos discursos em Lacan (1969-70/1992), que permite reconhecer que algo da realidade da dinâmica social é passível de ser simbolizada, pois é na condição de funcionar como discurso que a realidade produz efeitos no mundo. Inicialmente⁴, são quatro os discursos elaborados por Lacan: o discurso do mestre, o discurso da histérica, o discurso do analista e o discurso universitário.

⁴ No *Seminário 17 - O avesso da psicanálise*, Lacan (1972/1978) fala brevemente do discurso do capitalista, sendo que o matema de tal discurso é apresentado na conferência *Du discours psychanalytique*, de 1972/1978.

Lacan (1969-70/1992) criou um matema para cada discurso, cuja estrutura envolve uma articulação do campo do sujeito com o campo do Outro, a partir de quatro elementos – S_1 (significante-mestre), S_2 (saber), $\$$ (sujeito), a (objeto causa de desejo) – que se permutam entre quatro posições – agente, verdade, outro e produção (Figura 1):

Campo do sujeito Campo do Outro

$$\left[\begin{array}{c} agente \\ verdade \end{array} \right] \rightarrow \left[\begin{array}{c} outro \\ produção \end{array} \right]$$

Figura 1: Estrutura dos discursos

Fonte: QUINET, 2009a, p. 34

A partir da teoria dos discursos, podemos analisar como o saber da higiene mental e o saber da higiene química tratam a criança. Ambos se difundem segundo a lógica do discurso universitário, esquematizado logo abaixo, na Figura 2:

$$\frac{S_2}{S_1} \rightarrow \frac{a}{\$}$$

Figura 2: Discurso universitário

Fonte: LACAN, 1969-70/1992, p. 27

Ao tratarem a criança como objeto (a) sobre o qual o saber médico-científico (S_2) deve intervir, as práticas higienistas ($\$ \rightarrow a$), tanto mentais como químicas, produzem um sujeito dividido ($\$$) que responde a esse lugar de objeto com um sintoma. Por trás do saber médico-científico, está o ideal de adaptação ao social que, enquanto um significante-mestre (S_1), dita que as crianças devem se sujeitar à normatização e ao controle pretendidos pelo saber higienista. Nesse caso, o saber médico-científico assume a posição daquele que detém o saber sobre a criança e, para manter essa posição, tenta extirpar o sintoma, seja através das práticas de correção e prevenção de comportamentos desajustados ou da medicalização. Se o sintoma é extirpado, a criança ($\$$) é silenciada e o saber que ela tem a respeito de seu sofrimento se perde diante da posição de dominação/hegemonia do saber exercida pelo saber médico-científico em ação no discurso universitário ($S_2 \rightarrow a$).

No entanto, o saber higienista não é capaz de funcionar plenamente, pois o ato de homogeneizar o comportamento das crianças ignora a configuração singular e incontrolável da pulsão que age em cada uma delas (inclusive a sintomática), o que faz com que cada criança seja um sujeito único. Diante do analista, a criança é tomada como sujeito, pois, ao ser escutada, ela se manifesta, inicialmente, segundo o discurso da histérica, representado abaixo na Figura 3:

$$\frac{\$}{a} \rightarrow \frac{S_1}{S_2}$$

Figura 3: Discurso da histérica
Fonte: LACAN, 1969-70/1992, p. 27

Nesse discurso, a criança (\$) fica na posição de agente, enquanto sujeito que traz um saber acerca do seu sintoma ($\$ \rightarrow S_1/S_2$), mesmo que esse saber seja inconsciente e se revele, principalmente, no *setting* analítico. O discurso da histérica é assim denominado, não por referência à estrutura histérica, mas porque a entrada em análise implica em uma histericização do discurso, ou seja, o agente do discurso tem que ser o sujeito. “No discurso histérico, a causa é o padecimento do sujeito, a miséria do ser humano, e a verdade é justamente o objeto *a*, excluído da civilização, objeto causa de desejo” (QUINET, 2009a, p. 35). Assim, o sujeito (\$) provoca no mestre, em posição de outro (S_1), o desejo de criar um saber (S_2), mesmo que ao custo da exclusão de sua verdade (*a*), como as pacientes histéricas fizeram com Freud.

Segundo Quinet (2009b), Freud não assumiu, diante de suas pacientes histéricas, o lugar de mestre, como aquele que sabia decifrar previamente o sofrimento que elas traziam. Pelo contrário, como podemos ver no matema do discurso do analista, abaixo (Figura 4), Freud se apagou como sujeito, para se colocar como causa de desejo da análise (*a*), ou seja, como aquele que dirige o tratamento, entretanto, sem dirigir o sujeito.

$$\frac{a}{S_2} \rightarrow \frac{\$}{S_1}$$

Figura 4: Discurso do analista
Fonte: LACAN, 1969-70/1992, p. 27

Dessa forma, Freud cedeu espaço para que as pacientes pudessem falar abertamente sobre seu sofrimento, revelando algo que nem sabiam que sabiam, ou seja, um saber inconsciente, justamente por serem tratadas como um sujeito faltoso, dividido (\$). É nesse sentido que a verdade desse discurso é que o analista sustenta seu ato no saber inconsciente (S_2). O discurso do analista é o único laço social que trata o outro como sujeito, desde que já historicizado, para que ele produza os significantes-mestre de sua singularidade (S_1), ou seja, aquilo que vai transformar sua queixa em um sintoma analítico. E é justamente porque o sujeito que interessa ao analista é dividido entre consciente e inconsciente, é que o analista se posiciona/faz como semblante de causa do desejo, tal como é possível observar na história da psicanálise, em que Freud precisou escutar na fala de suas pacientes o sintoma de toda uma época: a histeria.

Esse sujeito, como sujeito da fala, é desprezado pelo saber médico-científico. Tanto na época da higiene mental escolar quanto na atualidade da higiene química, as queixas recaem sobre o comportamento da criança. Como é possível perceber, sem muito esforço, devido à banalização que alcançou o diagnóstico de TDA/H no meio escolar, pais e professores já têm um saber sobre aquilo que os incomoda na criança. Esse saber se refere ao saber pré-fabricado pelo *Manual de Diagnóstico e Estatística da Associação Americana de Psiquiatria* (DSM-APA [*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - American Psychiatric Association*]), facilmente acessado pela Internet, a partir de uma busca por *conjunto de sintomas do TDA/H*.

No site da Associação Brasileira do Déficit de Atenção (ABDA), por exemplo, encontra-se disponível um questionário⁵ elaborado a partir dos sintomas do DSM-IV, que, como sugerido pelo site, pode ser impresso e entregue para ser preenchido pelo professor na escola. São os pais e os professores, então, que nomeiam quais são os sintomas da criança.

Já na perspectiva do discurso do analista, este se dirige à criança para que ela possa ter a chance de falar a respeito de seu sintoma e produzir significantes-mestre que façam avançar sua análise. A verdade que sustenta essa aposta do analista é o saber que toda criança traz a respeito de si e do que lhe afeta e, antes de tudo, a memória de gozo (pulsional) manifesta no sintoma.

Para a psicanálise, a criança é mais do que a realidade imaginário-simbólica descrita por qualquer saber que pretenda apresentá-la pela cifra de um valor. Isso porque existe um ponto de opacidade irreduzível no ser criança,

⁵ Disponível em: <<http://www.tdah.org.br/br/sobre-tdah/diagnostico-criancas.html>>.

ponto este que, em uma sociedade fortemente marcada pelo saber médico-científico, se faz notar a partir da força e da variabilidade com que o sintoma da criança tem se manifestado.

Nesse sentido, o sintoma é o que a criança possui de mais real e o verdadeiro ponto de enlaçamento da causa do desejo com o mais-gozar, ou seja, com o impossível de ser plenamente descrito e capturado pelas malhas da razão diagnóstica própria ao saber médico-científico. Cabe à psicanálise afirmar e sustentar, com a expressão *sujeito-criança*, o que, no saber da ciência e na sociedade, é reduzido a uma classificação muda. Em outras palavras, como o saber médico-científico pauta sua ação em um discurso homogeneizante e classificatório, a criança perde aí a chance de se dizer.

Expostas as semelhanças entre a higiene mental escolar e a higiene química, uma questão se coloca: haveria uma diferença entre estes dois momentos históricos ou a higiene química seria apenas uma nova forma de nomear o fenômeno? Tanto para a higiene mental como para a higiene química, a criança é anulada em sua subjetividade. Mas, a higiene química, além de provocar graves efeitos colaterais, promove a degradação da criança, o que seria um *a-mais*, um índice do pior. Ao apostar em formas de se controlar o comportamento, a higiene química visa civilizar e isso se dá à custa do sintoma que, é bom lembrar, faz laço social, pela via do discurso histórico. Para o que aqui chamamos de higienismo químico, a relação do sujeito com o outro somente será avaliada com base na performance mantida pelo medicamento.

Logo, tanto a higiene mental escolar como a higiene química submetem a criança ao saber médico-científico, que reduz o sujeito ao resultado de uma coerção, sem considerar que ele subverte justamente essa ortodoxia dos lugares ao tornar explícita, mesmo que em forma de sintoma, a dinâmica libidinal de sua condição subjetiva.

Ao adotar como estrutura o discurso universitário, o saber médico-científico assume a posição de agente de um saber que se direciona à criança, tratando-a como objeto de intervenção ($S_2 \rightarrow a$). Assim, há uma imposição do saber médico-científico e uma conseqüente classificação que nomeia e engessa a criança. A partir de significantes como degenerado, desajustado, hiperativo e desatento, o saber médico-científico age no sentido de controlar tais comportamentos indesejados na criança, ditando normas e fórmulas medicamentosas para apartar dela o sintoma que a impede de atender às exigências sociais.

Portanto, quando o saber médico-científico sobre a criança se afirma na sociedade ao modo do discurso universitário, ele se coloca como detentor de um saber legítimo e essencial, desconsiderando o saber da família a respeito do sintoma do filho e, mais ainda, o saber da criança a respeito de si própria. Dessa forma, a criança fica exposta à condição de objeto do saber médico-científi-

co, cujo propósito é ajustar, normatizar e adaptar, ou seja, controlar a forma como ela se manifesta na sociedade. Para a psicanálise, tal propósito esbarra naquilo que é da ordem do impossível de se controlar: a pulsão, esta que acossa cada sujeito demarcando uma forma singular de lidar com o outro, denunciando que aí a adaptação é falha desde sempre, por isso mesmo sujeita a geração de mal-estar – seja social, seja individual.

Considerando que o TDA/H é um dos transtornos neurológicos do comportamento que acomete mais crianças em todo o mundo, como foi exposto acima, é possível destacar a hiperatividade e a desatenção como os sintomas prevalentes entre as crianças, na atualidade, em detrimento das manifestações da ansiedade e das fobias, como na época de Freud.

Quando Freud (1909/1996) publicou o caso do pequeno Hans, ele localizou a fobia como o principal sintoma das histerias de angústia, “[...] as neuroses da infância *par excellence*.” (p. 106). Esse tipo de histeria “[...] converte uma angústia num terror imotivado, frente a um objeto, um ser vivo ou uma situação que não apresentam em si nenhum perigo real” (ROUDINESCO; PLON, 1998, p. 243).

Se antigamente a ansiedade/angústia e a fobia eram os sintomas mais diagnosticados pelos médicos em crianças, atualmente, a hiperatividade e a desatenção se sobressaem. Assim como acontece com a fobia, na hiperatividade e na desatenção há a manifestação da angústia. No entanto, essa angústia passou por uma mutação, pois se apresenta sob uma nova forma, como afirma Vidigal (2013, p. 176): “A ideia que se tem da angústia, em geral, é que ela promove um recolhimento. [...] atualmente, a angústia não leva ao recolhimento do sujeito, ela o agita!”

Ao invés de queixas referentes à inibição, atualmente, as queixas recorrentes nos serviços de saúde mental se relacionam a comportamentos agitados. Não seria essa agitação um reflexo do estilo de vida acelerado da contemporaneidade? Assim como os adultos, as crianças são *fisgadas* pelo ideal massacrante de produção característico do sistema capitalista. No entanto, o sistema que incentiva a aceleração dos corpos é o mesmo que exige que a agitação da criança seja contida por um medicamento, para que seu nível de produção aumente.

Segundo o ideal capitalista, a criança também precisa produzir em demasia, para se destacar no mercado de trabalho futuro, ideal esse aceito por muitos pais que aderem a uma medicação que torne o filho mais produtivo, já que um filho diagnosticado como hiperativo e/ou desatento, na aceção desses pais, não figura como aquele preconizado pelos ideais do Outro [I(A)], aqui encarnados pela escola e pelo discurso que ela, atualmente, assume: o discurso universitário a serviço do saber médico-científico consonante às exigências capitalistas.

E como essa agitação está sendo tratada? Como foi discutido, o saber médico-científico opta por *abafar* essa agitação. No entanto, é por meio da angús-

tia que a criança sinaliza que há nela algo de insuportável e é justamente por ser insuportável que não deveria ser contido pela medicação, mas expresso e considerado como uma produção autêntica da criança.

O significado do verbo *conter* no *Dicionário Aurélio online*⁶ é “manter em certos limites, impedir de avançar”. Assim, quando a angústia é contida, ela se mantém limitada, ou seja, ela é impedida de avançar, de se manifestar e mesmo de fazer evoluir sua angústia para novas formações. Conseqüentemente, o sujeito-criança fica assim impedido de se manifestar, pois fica no lugar de objeto de gozo do saber médico-científico. Nesse lugar de objeto de gozo, o saber da criança acerca de seu sofrimento fica domado pelo saber médico-científico em ação no discurso universitário ($S_2 \rightarrow a$).

A incidência do saber médico-científico sobre a criança e sua família foi destacada, neste artigo, a partir das práticas de higiene mental escolar do século XX e as práticas de higiene química da atualidade, no que diz respeito ao TDA/H. Dessa forma, é possível pensar numa repetição da identificação dessas práticas aos ideais do Outro, principalmente quando se afirma que os pais, novamente, têm aderido, com relativa facilidade, ao saber médico-científico. De modo que – em ambas as práticas higienistas – se destaca a coerção de um saber (médico-científico) sobre um objeto (sujeito-criança), contando para tal com a intermediação de instituições formadoras da subjetividade humana: a família e a escola.

E psicanálise da criança ressurge, na atualidade, como um contraponto a essas abordagens coercitivas, principalmente por sua ética, sempre aberta à escuta dos apelos que partam do sujeito-criança em seu esforço por se fazer escutada a partir de seu próprio ponto de vista, ou seja, de seu próprio sintoma.

Daniela Paula do Couto

dp.couto@yahoo.com.br

Formiga-MG-Brasil

Júlio Eduardo de Castro

julioecastro@mgconecta.com.br

Tiradentes-MG-Brasil

Tramitação

Recebido em 21/06/2014

Aprovado em 16/12/2014

⁶ Disponível em: < <http://www.dicionariodoaurelio.com/Conter.html>>.

Referências

ABRÃO, Jorge. *A história da psicanálise de crianças no Brasil*. São Paulo: Escuta, 2001.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Prescrição e consumo de metilfenidato no Brasil: identificando riscos para o monitoramento e controle sanitário. *Boletim de Farmacoepidemiologia do Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados (SNGPC)*, v. 2, n. 2, jul./dez. 2012. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/conne ct/c4038b004e996487ada1af8a610f4177/boletim_sngpc_2_2012+corrigido+2.pdf?MOD=AJPERES>. Acesso em: 10 ago. 2013.

ANTUNES, Eleonora. Raça de gigantes: a higiene mental e a imigração no Brasil. In: ANTUNES, Eleonora; BARBOSA, Lúcia; PEREIRA, Lygia. (Org.). *Psiquiatria, loucura e arte: fragmentos da história brasileira*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2002. cap. 4, p. 81-104.

CALIMAN, Luciana. O TDAH: entre as funções, disfunções e otimização da atenção. *Psicologia em Estudo*, v. 13, n. 3, set. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722008000300017&lng=en&tlng=pt.10.1590/S1413-73722008000300017>. Acesso em: 8 ago. 2013.

CAMPOS, Sérgio de. Existe uma nova forma de atenção? In: SANTIAGO, Ana Lydia; MEZÊNCIO, Márcia. (Org.). *A psicanálise do hiperativo e do desatento... com Lacan*. Belo Horizonte, Scriptum, 2013. p. 67-75.

COLLARES, Cecília; MOYSÉS, Maria. *A transformação do espaço pedagógico em espaço clínico: a patologização da educação*. São Paulo: FDE, 1994. Disponível em: <http://www.crmariocovas.sp.gov.br/amb_a.php?t=008>. Acesso em: 26 jul. 2013.

CRMARIOCOVAS.SP.GOV.BR/AMB_A.PHP?T=008>. Acesso em: 26 jul. 2013.

COSTA, Jurandir Freire. A higiene das famílias. In: _____. *Ordem médica e norma familiar*. 3. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1989. p. 49-77.

DEGANI-CARNEIRO, Filipe; JACÓ-VILELA, Ana Maria. O cuidado com a infância e sua importância para a constituição da Psicologia no Brasil. *Interamerican Journal of Psychology*, v. 46, n. 1, 2012. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28424858018>>. Acesso em: 26 jan. 2013.

DUNKER, Christian. *O cálculo neurótico do gozo*. São Paulo: Escuta, 2002.

EVANS, Luciane. Déficit de atenção com hiperatividade gera divergências entre médicos. *Estado de Minas*, Belo Horizonte, jul. 2012. Disponível em: <<http://www.em.com.br/app>

/noticia/tecnologia/2012/07/03/interna_tecnologia,303918/deficit-de-atencao-com-hiperatividade-gera-divergencias-entre-medicos.shtml>. Acesso em: 10 ago. 2013.

FREUD, Sigmund. (1905). *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 117-231. (ESB, 7).

_____. (1909). *Análise de uma fobia em um menino de cinco anos*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 11-133. (ESB, 10).

_____. (1917[1916-17]). *Conferência XXIII: os caminhos da formação dos sintomas*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 361-378. (ESB, 16).

GIUDICE, Patrícia. Dispara em BH o uso de remédios contra a hiperatividade. *Estado de Minas*, Belo Horizonte, fev. 2013. Disponível em: <<http://www.em.com.br/app/noticia/gerais/2013/02/>

19/interna_gerais,351354/dispara-em-bh-o-uso-de-remedios-contra-a-hiperatividade.shtml>. Acesso em: 10 ago. 2013.

LACAN, Jacques. (1959-60). *Seminário, livro 7: a ética da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988.

_____. (1964). *Seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.

_____. (1965). A ciência e a verdade. In: _____. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 1998. p. 869-892.

_____. (1969). Nota sobre a criança. In: _____. *Outros escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2003. p. 369-370.

_____. (1969-70). *Seminário, livro 17: o avesso da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992.

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

LUENGO, Fabíola. *A vigilância punitiva: a postura dos educadores no processo de patologização e medicalização da infância*. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2010.

MACHADO, Roberto *et al.* *Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

MOKREJS, Elisabeth. A aplicação terapêutica do método e a formação sistematizada em Psicanálise. In: _____. *A psicanálise no Brasil: as origens do pensamento psicanalítico*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1993. p. 34-81.

MONARCHA, Carlos. Psicoclínicas e cuidados da infância. *Boletim – Academia Paulista de Psicologia*, v. 29, n. 2, dez. 2009. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script>

=sci_arttext&pid=S1415-711X2009000200005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 23 jan. 2013.

NOGUEIRA, Viviane. A droga da produtividade. *O Globo*, Rio de Janeiro, set. 2013. Disponível em: <<http://oglobo.globo.com/saude/a-droga-da-produtividade-9958230#ixzz2f3sZDVRW>>. Acesso em: 20 set. 2013.

NUNES, Sílvia. Da Medicina Social à Psicanálise. In: BIRMAN, Joel (Coord.). *Percursos na história da psicanálise*. Rio de Janeiro: Taurus, 1988. p. 61-122.

QUINET, Antônio. A política do analista e a causa analítica. In: _____. *A estranheza da psicanálise: a Escola de Lacan e seus analistas*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009a. p. 25-41.

_____. Discurso como laço social. In: _____. *Psicose e laço social*. 2. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009b. p. 15-46.

RAMOS, Arthur. Tratamento e assistência. In: _____. *A criança problema: a higiene mental na Escola primária*. 4. ed. Rio de Janeiro: Casa do Estudante do Brasil, 1954. p. 383-396.

RITALINA®: cloridrato de metilfenidato. Responsável técnico Farm.: Virginia da Silva Giralddi. São Paulo: Novartis Biociências S/A. Bula de remédio, 2013.

ROUDINESCO, Elisabeth; PLON, Michel. Fobia. In: _____. *Dicionário de psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998, p. 243-245.

SCHREBER, Daniel Paul. *Memórias de um doente dos nervos*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.

VIDIGAL, Cristina. O que agita o corpo não é fácil dizer: caso de uma criança agitada, voraz e agressiva, que põe em questão o diagnóstico e a medicação. In: SANTIAGO, Ana Lydia; MEZÊNCIO, Márcia. (Org.). *A psicanálise do hiperativo e do desatento... com Lacan*. Belo Horizonte: Scriptum, 2013, p. 97-104.