

TDAH E MEDICALIZAÇÃO: CONSIDERAÇÕES SOBRE OS SENTIDOS E SIGNIFICADOS DOS SINTOMAS APRESENTADOS POR CRIANÇAS DIAGNOSTICADAS

ADHD AND MEDICALIZATION: CONSIDERATION OF THE SENSES AND MEANINGS OF SYMPTOMS PRESENTED BY CHILDREN DIAGNOSED

ADHD Y MEDICALIZACIÓN: EXAMEN DE LOS SENTIDOS Y SIGNIFICADOS DE SÍNTOMAS PRESENTADOS POR LOS NIÑOS DIAGNOSTICADOS

Rosana Vera de Oliveira Schicotti¹

Jorge Luis Ferreira Abrão²

Sérgio Augusto Gouveia Júnior³

RESUMO: O presente trabalho é uma reflexão acerca do diagnóstico do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), suas relações com o processo de medicalização e os sentidos e significados apreendidos em três casos de crianças diagnosticadas com esse transtorno em uma pesquisa de doutorado cujo objetivo principal foi compreender os significados da sintomatologia do TDAH. Trabalhamos com o modelo de pesquisa qualitativa, fundamentado na psicanálise, e realizamos o psicodiagnóstico de três crianças que foram encaminhadas para atendimento psicológico. A pesquisa constatou que as crianças tiveram poucas experiências de continência e tolerância à frustração. No tocante à dimensão escolar, ficou evidenciado o quanto a escola utiliza a lógica medicalizante para solucionar os problemas encontrados com suas crianças. A variedade das manifestações sintomáticas e das dinâmicas psíquicas apresentadas pelos casos estudados, revelaram as fragilidades e incongruências do referido diagnóstico.

PALAVRAS-CHAVE: Distúrbio da falta de atenção com hiperatividade. Infância. Medicalização.

ABSTRACT: The present paper is a reflection on the diagnosis of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and its relations to the process of medicalization as well as the meanings and perspectives apprehended through three case studies of children diagnosed with such disorder in a

¹ Doutora em Psicologia; Professora da Faculdade de Psicologia da Unoeste. E-mail: rvera_oliveira@uol.com.br

² Doutorado em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano; Professor Livre-Docente do Departamento de Psicologia Clínica e do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Unesp/Assis. E-mail: abrao@assis.unesp.br

³ Professor do Ensino Médio; Mestrando no Programa de Pós-graduação em Educação da Unesp/Presidente Prudente. E-mail: sagouveiajr@gmail.com

doctoral research in which the main purpose was to understand the meanings and peculiarities of ADHD symptomatology. We've utilized the model of qualitative research, grounded in psychoanalytic perspective, and conducted the psychodiagnosis for three children who were referred for psychological treatment. The survey found that those children had few experiences of both continence and frustration tolerance. It was evidenced how the school uses the logic of medicalization to try solving the problems with their children when it came to the school dimension. The variety of symptomatic manifestations and psychic dynamics presented by the cases that were studied revealed the weaknesses and inconsistencies of the referred diagnosis.

KEYWORDS: Lack of attention disorder with hyperactivity. Childhood. Medicalization.

RESUMEN: El presente trabajo es una reflexión sobre el diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (ADHD), su relación con el proceso de medicalización y los significados presentados en tres casos de niños diagnosticados con este trastorno en una investigación doctoral cuyo objetivo principal fue comprender los significados y las peculiaridades de la sintomatología del ADHD. Trabajamos con el modelo de la investigación cualitativa, basada en la perspectiva psicoanalítica, y llevamos a cabo el psicodiagnóstico de tres niños que fueron referidos para tratamiento psicológico. La encuesta encontró que los niños tuvieron pocas experiencias de contención e interdicción. Con respecto a la escuela, se evidencia cómo ella utiliza el pensamiento medicalizado para tratar de resolver los problemas con sus niños. La variedad de manifestaciones sintomáticas y dinámicas psíquicas que presentáran los casos estudiados, puso de manifiesto las debilidades e inconsistencias de ese diagnóstico.

PALABRAS CLAVE: Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Niñez. Medicalización.

INTRODUÇÃO

O que pretendemos realizar neste trabalho é uma reflexão acerca do diagnóstico do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), suas relações com o processo de medicalização e os sentidos e significados apreendidos em três crianças que foram diagnosticadas com esse transtorno e participaram de uma pesquisa de doutorado (SCHICOTTI, 2013). Nosso objetivo principal foi compreender os significados e as peculiaridades da sintomatologia do TDAH, elucidando a polissemia imbricada na singularidade de cada caso. A perspectiva teórica adotada foi a psicanálise. Ela se enquadra em um modelo de pesquisa qualitativa; neste enquadre, o conhecimento tem caráter interpretativo, na medida em que é construído em um processo de atribuição de sentidos.

Para alcançar os objetivos, realizou-se um trabalho de psicodiagnóstico com três crianças alunas da rede municipal de ensino que foram encaminhadas para atendimento psicológico. Desta forma, o presente trabalho pretende trazer os principais sentidos que foram apreendidos por meio dos psicodiagnósticos realizados, articulando essas interpretações ao processo de medicalização da sociedade e da vida.

No município onde se realizou a pesquisa, havia psicólogas escolares contratadas para atuar diretamente nas escolas; elas faziam triagem das crianças

encaminhadas para o setor de psicologia e identificavam os seguintes diagnósticos: TDAH, Transtornos de Aprendizagem e transtornos de ordem emocional. Após realizarem essa triagem, encaminhavam as crianças aos diversos serviços especializados do município, onde atuavam os psicólogos clínicos da cidade. Foram atendidos no departamento de saúde três casos de crianças – todas escolhidas como participantes da pesquisa e rebatizadas com nomes de Wendy, Miguel e João, personagens da narrativa de Peter Pan - diagnosticadas com TDAH, todas medicadas com Ritalinaⁱ e outros medicamentos, as quais tiveram seus diagnósticos referendados por médicos neuropediatras e psicólogos. Wendy (7 anos) e Miguel (9 anos) frequentavam a mesma escola, porém eram de séries e idades diferentes; já João (9 anos) era aluno de outra escola.

As crianças estavam na lista de espera do ambulatório de saúde mental do município para atendimento psicológico. Após o consentimento da famíliaⁱⁱ, foi realizado um trabalho de psicodiagnóstico com elas. Tal procedimento enquadra-se na denominação descrita por Trinca (1984) como processo diagnóstico do tipo compreensivo, descrito pelo autor como um bom recurso para a pesquisa psicológica. Deste modo, em nosso trabalho de campo, procuramos nos apropriar das seguintes técnicas e procedimentos, conforme a necessidade e contexto de cada caso atendido: entrevista com os pais; queixa livre e anamnese; ludodiagnóstico com a criança; Teste das Matrizes Progressivas Coloridas de Raven; Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema; Entrevista Familiar Diagnóstica (EFD); entrevista semidirigida com os professores; entrevista devolutiva.

Elegemos os procedimentos acima, característicos do psicodiagnóstico, porque objetivávamos conhecer um pouco do mundo interno das crianças, seus aspectos cognitivos e emocionais, bem como os psicodinamismos familiares. Todavia, convém aqui esclarecer que o trabalho de psicodiagnóstico não obedeceu a uma sequência rígida de procedimentos, pois sempre consideramos a singularidade dos participantes da pesquisa.

A ideia de um processo diagnóstico de tipo compreensivo justifica-se, para Trinca (1984), pela necessidade de abranger uma multiplicidade de fatores que estão em jogo na realização de estudos de casos. Tsu (1984) complementa que o processo de realização de um psicodiagnóstico infantil pode acontecer através do encontro de várias partes: o psicólogo, a criança, seus pais e a escola. A última foi principalmente representada por seus professores, servidores públicos municipais, que foram entrevistados por meio de entrevista semidirigida. Em nossa pesquisa, todos os elementos citados foram levados em conta no processo psicodiagnóstico, visto que a complexidade de nosso tema - TDAH e infância contemporânea

- exigiu que considerássemos os sujeitos envolvidos, o seu entorno social e a historicidade da construção do diagnóstico do TDAH.

O QUE SE ENTENDE POR TDAH

A problemática do diagnóstico do TDAH tem aparecido com muita frequência tanto na área da educação, quanto na área da saúde. Para que entendamos melhor esse transtorno, procedemos uma breve revisão bibliográfica e uma inicial reflexão acerca dele. Uma valiosa contribuição para a história do diagnóstico do TDAH foi feita por Caliman (2010). A autora fez uma cartografia dos discursos históricos da presente temática e entre os aspectos que ela aponta, consideramos imprescindível destacar a ideia de que a história do TDAH guarda-chuva é constituída por outros diagnósticos guarda-chuvas. Citando Rafalovich (2002 apud CALIMAN, 2010) a autora vai demonstrando que esse transtorno é uma plethora de sintomas diferenciados, que possui em sua biografia a presença de outros diagnósticos também imprecisos e abrangentes, como a síndrome da encefalite letárgica e a lesão cerebral mínima, patologias comumente associadas à história do TDAH (MOYSÉS; COLLARES, 1992, LEGNANI; ALMEIDA, 2008).

Se recorrermos ao dicionário de língua portuguesa, Ferreira (1975), encontraremos as seguintes definições para o termo plethora. Ele vem do grego *Plethóra*, 'grande quantidade' e relaciona-se com males, físicos ou mentais, ligados ao excesso: excesso de volume sanguíneo, excesso de atividades.

Parece-nos que o termo ajusta-se muito bem aos diferentes sentidos que o TDAH vem carregando ao longo de sua existência, podendo, a nosso ver, ser considerado um dos emblemas do nosso tempo, quando na segunda metade do século XX esse transtorno encontrou um terreno propício para se expandir e constituir-se como uma verdadeira explicação acerca de muitos problemas na área da infância e da educação.

Nesse sentido, a etimologia nos ajuda a esclarecer a ideia de plethora e de diagnóstico guarda-chuva associados ao TDAH. Na sintomatologia apresentada pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM IV), pode caber quase tudo: defeito da atenção, da hiperatividade e da impulsividade. Há um excesso de sintomas diferenciados e abrangentes na descrição patológica, de modo que é muito comum confundir com outros transtornos psiquiátricos que possuem um quadro patológico semelhante.

Assim, convém aqui especificar os critérios diagnósticos do DSM IV para o TDAH. Este manual psiquiátrico subdivide o TDAH em três tipos, cuja sintomatologia será

resumida abaixo para que o leitor tenha uma ideia do que é denominado sintoma pela psiquiatria:

- O TDAH com predomínio de sintomas de desatenção, tais como: não enxergar detalhes ou cometer erros por descuido em atividades escolares e de trabalho; apresentar dificuldade para manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas; perder objetos necessários para determinadas ações, etc.

- O TDAH com predomínio de sintomas de hiperatividade/impulsividade: agitar as mãos ou os pés ou se remexer na cadeira; correr ou escalar em demasia, em situações nas quais se espera que permaneça sentado; dar respostas precipitadas antes das perguntas terem sido concluídas; interromper ou se meter em assuntos dos outros, etc.

- TDAH combinado: caracteriza-se pela combinação dos dois tipos anteriores, entretanto está mais fortemente associado aos sintomas de oposição e de desafio, além disso, apresenta um maior prejuízo no funcionamento global do indivíduo.

Oferecemos aqui apenas alguns exemplos dos sintomas característicos do TDAH apresentados pelo Manual de Transtornos Mentais (DSM IV). Ao todo são 18 características, as nove primeiras se referem à desatenção; as seguintes indicam indícios de hiperatividade e impulsividade.

Mesmo tendo o DSM IV estabelecido alguns critérios gerais que devem ser cuidadosamente observados e obedecidos, dentre eles: os sintomas manifestarem-se em mais de um ambiente, estarem presentes há mais de seis meses em um nível muito elevado que cause problemas ao indivíduo, comprometendo a sua adaptação; ainda assim, podemos ter a impressão de que essa descrição sintomatológica está carregada de juízo de valor, sentido moral e muito vinculado às tarefas. Como afirmam Collares; Moysés (2011) e Aquino (2003), é muito difícil alguma criança e até um adulto não se sentir incluído nos critérios diagnósticos estabelecidos.

Também é interessante apontar que a história dos distúrbios de aprendizagem contada por Moysés; Collares (1992) encontra-se com a história do TDAH. Segundo as autoras, há um discurso oficial que separa ambos os transtornos como sendo duas entidades nosológicas diferenciadas, todavia tanto o TDAH quanto os denominados distúrbios de aprendizagem fazem parte de um mesmo referencial teórico que associa alterações orgânicas e/ou genéticas às dificuldades de aprendizagem ou de comportamento. Elas observaram vários pontos semelhantes entre ambos os percursos históricos desses “distúrbios” tão presentes na vida escolar, como a existência de várias patologias que deram origem ao

formato atual dos diagnósticos das dificuldades de aprendizagem e do TDAH, entre elas a síndrome da encefalite letárgica e a lesão cerebral mínima que posteriormente se transformou em disfunção cerebral mínima.

Dito de outro modo, Moysés e Collares (1992) não discriminam a dislexia, o TDAH e os Transtornos de Aprendizagem como entidades distintas. Todas elas compõem a “A História não contada dos distúrbios de aprendizagem”, e tem em comum o surgimento dos Distúrbios por Déficit de Atenção ou Desordem do Déficit de Atenção (DDA) em 1980, pela Academia Americana de Psiquiatria. Dentre as características essenciais deste transtorno estaria, por exemplo, a presença dos distúrbios de aprendizagem.

Foi no contexto de elaboração do DSM III que segundo Caliman (2009) o DDA surgiu como uma categoria psiquiátrica centrada na questão da atenção. Ela ainda nos relata que, nas décadas de 1960 e 1970, era a patologia da hiperatividade que estava no centro do debate educacional e médico, porém o seu diagnóstico era ainda mais impreciso e subjetivo que o diagnóstico da atenção. Este, de acordo com a racionalidade médica, poderia ser mais facilmente medido e quantificado.

Posteriormente, segundo Caliman (2006), Russell Barkley, concluiu durante a década de 1990 que este transtorno era o resultado de um defeito da inibição e da capacidade de autocontrole, defeito da vontade e do desenvolvimento moral. Esta ideia é defendida ainda hoje, como podemos observar em algumas revistas de grande circulação, como a revista “Mente & Cérebro” que publicou um artigo onde alguns pesquisadores afirmaram que o TDAH pode ser o resultado do processamento anormal de informações em algumas áreas cerebrais, responsáveis pela emoção e pelo controle dos impulsos e dos movimentos. Segundo Rothenberger e Banaschewski (2005, p. 51), a administração de estimulantes em crianças hiperativas “[...] solucionam o desequilíbrio de base genética da dopamina nas regiões do cérebro responsáveis por autoregulação, controle dos impulsos e percepção”.

Em suma, para o pensamento científico predominante, o que determina o TDAH é o defeito inibitório cerebral que impede o indivíduo de focalizar a atenção e sustentá-la para atingir uma recompensa a longo prazo. O comportamento do indivíduo afetado é imediatista, ele não consegue adiar seus impulsos e necessidades imediatas tendo em vista ganhos futuros. Deste modo, partindo desse raciocínio, fica mais claro compreender porque essa patologia está tão presente dentre as queixas escolares de aprendizagem e de

comportamento, para Caliman (2006, p. 148): “Os sujeitos afetados não se encaixam nas exigências morais de sucesso e produtividade”.

No período em que foi realizada a pesquisa, utilizava-se o DSM IV, o qual reconhecia os Transtornos de Aprendizagem e o TDAH como duas patologias distintas, possuindo características próprias. Entretanto, ambos os transtornos poderiam estar correlacionados, formando as chamadas comorbidades. Rohde et al. (2000), por exemplo, afirmam que há uma alta taxa de comorbidade entre o TDAH e outras doenças, entre elas: a depressão (15% a 20%), transtorno de ansiedade (25%) e os transtornos da aprendizagem (10% a 25%).

O PROCESSO DE MEDICALIZAÇÃO DE ALUNOS COM DIFICULDADES ESCOLARES

Ao entrarmos em contato com termos tão carregados de terminologia médica, torna-se imprescindível discutir o processo de medicalização da educação. Moysés; Collares (1992) questionam como poderíamos discutir seriamente uma patologia denominada TDAH, que se caracteriza pelos sintomas estabelecidos pelo DSM IV, dentre eles “se envolver silenciosamente em atividades de lazer”, “frequentemente interromper ou se meter em assuntos de outros”, “ter dificuldades para aguardar sua vez”, etc.:

A ironia talvez seja a única forma possível de reação, além do susto. Como discutir seriamente uma “doença” que se caracteriza por esses “sintomas”? Como lidar com tal intensidade de biologização da sociedade? Sociedade que aceita e anseia por esse processo! (MOYSÉS; COLLARES, 1992, p. 45).

A aceitação do processo de biologização da vida fica bastante explicitada nas estatísticas que indicam o grande aumento do consumo de medicamentos para o tratamento de distúrbios relacionados à aprendizagem e ao TDAH. Segundo o Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedadeⁱⁱⁱ, de 2005 a 2010 houve um aumento de 1400% na compra do metilfenidato (medicamento usualmente utilizado para o tratamento do TDAH) pelos órgãos públicos. De acordo com a pesquisa realizada pelo Fórum, nos últimos cinco anos o número de comprimidos comprados aumentou de 29.230 para 419.169. Estes números são similares aos dados apresentados pelo Instituto Brasileiro de Defesa dos Usuários de Medicamentos (IDUM), que constataram um aumento de 1616% na venda de medicamentos, cujo princípio ativo é o metilfenidato, durante os anos de 2000 a 2008 (MANO, 2009).

As novas formas de ser e de sofrer tem sido o grande mote de divergência, segundo Birman (2006), entre psicanálise e medicina. Esta, segundo Guarido (2011) concebe os sinais e sintomas do TDAH enquanto desvio ou doença, já a psicanálise os concebe como alternativas construídas pelo sujeito para dar sentido à angústia e ao desejo.

Ainda, para a medicina, a doença está no corpo, no cérebro. Barkley (2002), afirma que certos neurotransmissores (dopamina e norepinefrina) se encontram diminuídos nos portadores de TDAH, considerado por ele como um transtorno de desenvolvimento do autocontrole. Para o autor, como a dopamina tem sido compreendida como uma importante substância química envolvida na inibição da atividade de outras células nervosas, a marca registrada do referido transtorno é o problema de inibição ou autocontrole. Deste modo, são administrados estimulantes para ativar certas áreas do cérebro que se encontram diminuídas nos portadores de TDAH.

Em outras palavras, para Barkley (2002) o cérebro das crianças diagnosticadas apresenta uma imperfeição nas áreas responsáveis pelo autocontrole, atenção e inibição. O TDAH é comparado pelo autor ao diabetes, pois assim como o diabético necessita de insulina para compensar sua deficiência no pâncreas, uma criança portadora do TDAH poderá utilizar os medicamentos estimulantes durante toda a sua vida para compensar os déficits em seu sistema inibitório.

Apesar de Barkley (2002) considerar a capacidade de autocontrole como algo genético/herdado, Caliman (2006) afirma que a teoria neuropsicológica do TDAH é uma teoria moral, visto que o tratamento do TDAH inclui a difícil tarefa de reestruturação da família, instituição em estado de crise no contemporâneo, assim como a escola e as instituições religiosas.

Desta forma, esvaindo-se da responsabilidade de refletir sobre as determinações e múltiplas causas das dificuldades com as crianças no contemporâneo, oferece-se aos pais que desejam solucionar a dificuldade de autocontrole do filho, um *kit* completo, contendo estimulantes e um manual de autoajuda para auxiliar o enquadramento da criança em padrões de comportamento (passividade) aceitos em uma instituição que, como se sabe, também se encontra em crise e em processo de reestruturação: a escola.

A relação dialética entre cérebro e cultura foi explorada por Morin (1975); nessa obra, ele aponta que a evolução natural do cérebro produziu e desenvolveu a cultura, mas que - por outro lado - foi também a cultura que estimulou o hominida a desenvolver seu cérebro. Podemos refletir então, apropriando-nos das contribuições dos referidos autores, que

a teoria neuropsicológica do TDAH desconsidera a complexidade das questões humanas, ao rejeitar uma leitura das interrelações entre indivíduo e cultura, supondo que o cérebro humano não sofra os efeitos das mudanças culturais mais amplas. Os neurocientistas consideram embrionariamente o valor da cultura, na medida em que oferecem orientações educacionais aos pais de crianças com TDAH, porém partem de uma visão reducionista e simplista da importância dos mecanismos simbólicos. Provavelmente isto se deve à própria formação desses profissionais – que não são da área de humanas. Todavia, é necessária, a nosso ver, uma visão mais integrada do ser humano. Segundo Sacks (1990 apud CALIMAN, 2006), a epidemia de Encefalite Letárgica no início do século XX possibilitou um desenvolvimento da fisiologia humana, que passou a ser vista de um modo mais flexível e integrado à esfera psíquica. Neste período da história médica, o corpo foi “[...] descrito como um todo físico, químico, biológico, psicológico e sociológico” (SACKS, 1990 apud CALIMAN, 2006, p. 122).

TDAH E MEDICALIZAÇÃO: CONSIDERAÇÕES SOBRE OS RESULTADOS DA PESQUISA

Em nosso tempo, a complexidade das questões humanas tem sido cada vez mais reduzida ao processo de medicalização da vida e da sociedade que transforma cotidianamente problemas sociais e políticos em causas e soluções pretensamente médicas. Isto foi observado durante o trabalho de campo para a realização da pesquisa, cujos resultados serão um pouco mais detalhados neste espaço, objetivando que o leitor tenha maior clareza acerca do que fizemos e levantamos em nossa experiência.

Não nos limitamos à leitura dos prontuários e ao contato individual com as crianças participantes de nossa pesquisa e suas famílias, pois pensávamos ser importante conhecer um pouco da escola e alguns dos profissionais que fizeram os encaminhamentos (psicólogos escolares e professores).

Em nossos primeiros contatos com a escola que nos encaminhou a maioria dos casos para o psicodiagnóstico, a psicóloga afirmou que a equipe da Psicologia Escolar prestou excelente serviço aos professores, tirando-lhes a responsabilidade pelo fracasso das crianças que vieram pela ocasião da proposta de inclusão no município. Ela ressaltou que o período de implantação da proposta de inclusão foi “*uma loucura! Eles não aceitavam que as crianças não aprendiam!*”^{iv} e todos (família, direção e coordenação escolar) culpabilizavam o professor pelas dificuldades do aluno.

Enquanto conhecíamos a escola, ela ia-nos apresentando os professores e as crianças, falava com muito orgulho de sua história de cerca de cinco anos ali e salientava o que, a seu ver, eram grandes melhorias do período: “*Agora a criança recebe um diagnóstico e é medicada, elas melhoram!*” Causou-nos admiração a atitude dela a cada vez que ela encontrava perto de nós uma criança diagnosticada, pois dirigia-se ao aluno e dizia-lhe palavras como: “*Que lindo! Você está tomando o seu remédio!*” Depois disso afirmava-nos: “*A medicação mudou a vida dele!*”.

A escuta dos professores e de outras pessoas que participaram da pesquisa e fazem parte do cotidiano escolar expressou, de modo recorrente, muitas angústias em relação ao processo de inclusão e à diversidade de alunos que atualmente se apresenta na instituição escolar. Pudemos perceber, na situação apresentada, que surgiram dificuldades e ansiedades dos professores diante do processo de inclusão. De acordo com a perspectiva inclusiva, todas as crianças - independentemente de suas dificuldades e necessidades educativas - devem estar preferencialmente na rede regular de ensino. No entanto, muitas delas não o faziam de acordo com o esperado, e a solução encontrada pela instituição escolar foi recorrer ao raciocínio medicalizante, realidade que pode ser corroborada pelas palavras de uma das professoras entrevistadas: *Aquela sala tinha de tudo e mais um pouco! [...] 50% da sala com problema: ou problema de indisciplina, ou problema que tomava medicação, ou problema de mãe presa, drogada, ou problema de , [...] Eu tinha quase metade da sala na psicóloga. Eu tinha alunos que não podia virar as costas porque batia, brigava, mordida [...] Hoje em dia, porque hoje em dia não é mais como era antes. Antes você entrava pra ensinar [...] Hoje não. Você tem que separar briga, você tem que ouvir relato de mãe, é muita coisa [...]*

Por outro lado, a escuta das crianças evidenciava-nos outras informações, mais relacionadas a sentimentos de angústias de separação, predomínio de arranjos familiares onde a figura paterna pareceu-nos ausente tanto no sentido concreto (visto que em muitas famílias o pai biológico não estava presente) quanto em sua função simbólica. Isto não quer dizer que defendamos o retorno de uma família ideal e nuclear, pois sabemos que culpabilizar a família pelas dificuldades da criança também integra a lógica medicalizante. Todavia, não podemos ignorar o importante papel que a instituição familiar possui para a formação do psiquismo e que dinâmicas familiares despotencializadoras dificultam e até podem impedir o desenvolvimento de uma capacidade de pensar da criança.

Tornando isto claro, queremos explicitar que, de acordo com os dados levantados, as famílias estudadas apresentaram dificuldades com relação às funções maternas

e paternas. A figura paterna pareceu-nos ausente tanto no sentido concreto quanto em sua função simbólica, haja vista que não conseguimos nenhuma participação de pai em uma EFD (Entrevista Familiar Diagnóstica). Segundo Dor (1991) a dimensão do Pai simbólico transcende a presença do homem real, não sendo necessário haver um homem para que haja um pai. A ordem edípica se define como o lugar do conflito natureza-cultura, é pela função paterna – um terceiro mediador da mãe e do filho – que o sujeito acede ao registro do simbólico/da cultura. Estas questões apresentaram-se mais claramente no caso de João, pois, de acordo com o material levantado, sua mãe não autorizava que o pai (padrasto) ocupasse o lugar de mediador e de autoridade. Principalmente nos casos de crianças do sexo masculino, observaram-se muitos conflitos edípicos; um forte desejo da criança por ocupar o lugar de objeto de gozo da mãe.

Nos casos atendidos, foi muito difícil conseguir a participação do pai no psicodiagnóstico. Somente no caso de Wendy o pai biológico estava presente na família, porém se apresentou como uma figura frágil e imatura, e participou do processo psicodiagnóstico somente em uma das entrevistas. Também Wendy foi a única criança do sexo feminino que participou da pesquisa. Essa tendência já foi apontada por outros estudos (KUPFER; BERNARDINO, 2009; MANO, 2009; LEGNANI, 2003), os quais pensaram a problemática do TDAH sob um viés lacaniano. Tais autores constataram também uma dificuldade de separação entre a mãe e a criança, visto que a função parental não foi bem estabelecida nas relações familiares das crianças que possuíam o referido diagnóstico. Legnani (2003, p. 161), afirma que a criança encontra-se em uma “[...] posição na qual a *falta* na relação com o Outro é vivida como uma privação.” Já Kupfer e Bernardino (2009, p. 51) apontam que: “Estamos diante do TDAH, ou simplesmente da hiperatividade, entendida pelos médicos como uma síndrome orgânica, mas que a psicanálise pode ler como uma reação, corporal e não simbolizada, ao declínio da função paterna”.

Também percebemos nos psicodiagnósticos realizados uma ligação forte, porém ambivalente, da criança com a mãe, demonstrada por meio de sentimentos de desamparo, de medo da perda do vínculo com a mãe ou de desejos intensos de ter uma relação exclusiva com ela. As angústias ligadas à separação foram intensas e apresentaram-se também nos sentidos da morte e da viagem.

Em relação à sexualidade, também foi comum a observação de sentimentos de ciúmes e curiosidades em relação à vida sexual da mãe. Um dos meninos afirmou que se a mãe tivesse um filho com o padrasto, ele mataria o irmão, chegando a “dar de presente” para a

mãe, de acordo com o relato dela durante a anamnese, um saco de camisinhas. Miguel, por exemplo, questionou durante a Entrevista Familiar Diagnóstica o que sua mãe fazia com o pai dele, visto que a mesma era “operada”. Podemos também pensar que tais fatos indicam uma relação mais corporalizada com a mãe.

A dinâmica familiar dos casos atendidos reflete o estado atual das relações contemporâneas. Nossas crianças nasceram em uma sociedade caracterizada por vínculos fugazes e instáveis, com dificuldades para oferecer referenciais sólidos de moralidade, bem como experiências de continência e tolerância à frustração. Para Debord (1997, p. 24) vivemos atualmente em uma sociedade mediada por imagens e tudo o que era vivido concretamente tornou-se representação devido à dominação da mercadoria sobre a economia. O comportamento hipnótico e alienado é propositalmente fabricado na sociedade do espetáculo. O sujeito alienado não cresce e não é capaz de alcançar a autonomia, está sempre apartado do que produz e “[...] menos compreende sua própria existência e seu próprio desejo”.

Foi com essa intenção que utilizamos a história de Peter Pan: para representar a experiência vivida pelos sujeitos da pesquisa. No mundo atual, crianças convivem com adultos infantilizados, incapazes de se cuidarem sozinhos e principalmente de oferecer modelos estáveis e seguros para seus filhos. Foi frequente a observação da falta de discriminação entre os lugares de pais e de filhos, da indiferenciação entre o mundo adulto e infantil. Neste sentido constatamos: mãe que compete com o filho pelo amor do pai-avô; crianças que invadem a vida sexual dos pais; pais que ainda dependem financeira e emocionalmente do auxílio dos avós; pais que abandonam seus filhos e até deixam de cumprir o dever de alimentos.

Vale dizer que tais traços presentes nas famílias estudadas fazem parte também de um contexto social mais amplo. Vários autores que trabalharam com a infância, asseguram que as manifestações da criança são efeitos da sociedade da qual fazem parte e que as demandas referentes à criança não partem somente dos pais, mas da sociedade como um todo (ROJAS, 2009).

Destarte, entendemos que o sujeito é atravessado por várias linhas de força que se imbricam nos planos singular, particular e universal (MEZAN, 2002). Pensamos que a particularidade da infância investigada aqui carrega as determinações de uma cultura que, como vimos, transformou a imagem na principal forma de relação do indivíduo com o mundo.

Deste modo, fica difícil realizar em nosso meio aquilo que Winnicott (1975) afirmou ser uma das principais missões dos pais e educadores: propiciar a desilusão.

Todavia, a nosso ver, apesar de as crianças que participaram da pesquisa apresentarem algumas semelhanças quanto à dinâmica familiar, na relação com a mãe e também quanto à predominância dos processos primários em seu psiquismo - suas configurações psíquicas pareceram-nos muito distintas.

Wendy apresentou um funcionamento mais regredido, que ainda emprega satisfações auto-eróticas para lidar com suas ansiedades. Em seu brincar foi evidenciada uma dependência em relação ao olhar do outro, necessitando sempre da nossa participação para envolver-se em uma brincadeira. A sintomatologia de Wendy mostrou-se mais associada a uma inibição intelectual, pois na fantasia ela sentia que sua agressividade poderia destruir o corpo da mãe.

Miguel tivera uma mãe mais melancólica nos primórdios de sua vida, não foi desejado, pelo contrário, foi uma criança associada às perdas e frustrações de sua mãe. Apesar de não apresentar uma inibição de sua função intelectual, sua inteligência pareceu-nos desvinculada do afeto, configurando um ego que não se vincula com o objeto e com tendência a um funcionamento perverso.

João, por outro lado, vivenciou em sua singularidade uma mãe submetida às suas necessidades, com muitas dificuldades de frustrá-lo. Sua brincadeira mostrou-se mais empobrecida do que das outras crianças e suas ansiedades, defesas e relações de objeto denotaram uma maior predominância da posição esquizo-paranóide.

Estas questões corroboram a ideia do “TDAH guarda-chuva” que abarca sintomatologias bastante genéricas que não dão conta de compreender a complexidade dos processos subjetivos. Externamente as crianças estudadas apresentaram pontos em comum que se entrelaçam com as dimensões particulares e universais das modalidades subjetivas. Estas podem ser determinadas pelo contexto social mais amplo que configura novos arranjos familiares e certos modos de existência. Não obstante, no plano singular, as crianças puderam demonstrar suas próprias especificidades. Em suma: elas possuem uma dimensão subjetiva que pode ser determinada por sua história familiar e cultural, mas isto não encobre totalmente seu universo psíquico.

Para nós, a fala de Miguel foi bastante reveladora. Durante a devolutiva do psicodiagnóstico, ele verbalizou que sua avó o incentivava a tomar os medicamentos prescritos, no caso, Ritalina e Risperidona, porque preferia vê-lo medicado a vê-lo tornar-se

um bandido no futuro. Suas fragilidades psíquicas e o modo como funcionava psiquicamente foram compreendidos e solucionados pela família, pela medicina e pela escola por meio de um raciocínio medicalizante.

Uma importante referência de compreensão da criança construída pela modernidade é, de acordo com Boto (2002), a construção da categoria aluno. A autora, baseando-se em bibliografias da história e da filosofia da educação, esclarece que foi no Renascimento que se projetou na criança a base para a construção de um modelo de maturidade. A educação moderna foi pensada para formar a criança civilizada, o que demandava ensinar-lhe alguns códigos de boas maneiras que eram favoráveis à acumulação do capital. Dentre algumas das condutas incentivadas pelos educadores modernos estavam: a disciplina, o autodomínio e a racionalidade. A escola e a família modernas formaram as bases para a noção de infância; se isso é um fato, o que podemos dizer atualmente a respeito deste conceito construído pela modernidade, tendo em vista as inúmeras transformações no convívio das crianças com suas famílias?

Crianças vistas como um grupo etário próprio são para Sarmiento (2001), um projeto inacabado da modernidade. Todavia, frente aos efeitos contraditórios e complexos das mudanças contemporâneas, o autor pontua: “[...] o que contemporaneamente se afigura como o traço mais marcante da infância é a mudança e pluralização das suas identidades, por efeito da globalização” (SARMENTO, 2001, p. 15). Desta forma, podemos compreender muitas das dificuldades dos educadores que participaram da pesquisa como efeito da reinstitucionalização da infância, fruto, segundo o autor, de três principais mudanças: a globalização social, a crise educacional e as mutações do mundo do trabalho.

Assim, as repetidas queixas dos educadores frente aos casos de indisciplina referem-se, para Sarmiento (2001), aos modelos estáticos de socialização da escola, que oferecem condições pouco favoráveis à integração das diferenças dos alunos. A escola também deveria recusar o estatuto de transmissão de saber para se constituir em um lugar propício à interpretação. Todavia, em nossa pesquisa, pudemos perceber por meio dos relatos dos professores o quanto a escola não estava preparada para lidar com a heterogeneidade de suas crianças, pois as angústias em relação às políticas de inclusão eram intensas, de modo que as soluções encontradas para lidar com essas dificuldades foram os encaminhamentos, as avaliações psicológicas e a prescrição de remédios.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em nossa experiência profissional e acadêmica, o que temos visto como resposta para a solução dos problemas escolares é a prática da medicalização, nada de questionamentos institucionais ou políticos, mas uma epidemia de diagnósticos e encaminhamentos para profissionais parapedagógicos. Vários autores verificaram na proliferação dos diagnósticos de TDAH a representação de um processo de biologização da vida, mais especificamente nas palavras de Caliman (2006), o transtorno referido faz parte de um processo de biologização e cerebrização da moral e da vontade.

Problemas como esses parecem não ser exclusivos de nosso país. Vincent (2003), psicanalista francesa, mostrou que mesmo um país como a França – considerada pelos não-franceses uma nação onde se vive muito bem - tem enfrentado suas mazelas em relação à falência da autoridade em geral e aos novos sintomas escolares. Ela discorreu que, ali, o médico generalista costuma nomear como depressão tudo aquilo que não vai bem com a criança. Em decorrência de nossa pesquisa e de nossa experiência, podemos afirmar – parafraseando a autora – que, nos contextos onde trabalhamos, o TDAH tem sido a nomeação mais frequente utilizada pela medicina para expressar o sofrimento infantil.

É importante esclarecer que este trabalho não pretendeu questionar a existência ou a validade do diagnóstico do TDAH; entretanto, a variedade das manifestações sintomáticas e das dinâmicas psíquicas apresentadas pelos casos estudados demonstraram as fragilidades e incongruências deste transtorno, revelando assim a urgência de novas pesquisas e questionamentos acerca desta problemática.

Na realidade, pouco importa a nomenclatura; por meio deste estudo pudemos verificar que essa forma de compreender os problemas da criança e seu entorno faz parte do processo de medicalização do Ocidente que se iniciou há cerca de duzentos anos e, atualmente, parece atingir seu ápice. Em linha oposta a essa postura, a psicanálise tem outra proposta para a escuta do mal-estar expresso pela criança ou pelos adultos mais próximos a ela - os pais e professores. Os sintomas da desatenção, da impulsividade e da hiperatividade investigados nas crianças diagnosticadas puderam exprimir - por meio do método psicanalítico – angústias de separação, bem como falhas na constituição do eu e do superego. Ou seja, tais instâncias psíquicas, fundamentais para o desenvolvimento de uma capacidade de pensar, não são constituídas, de acordo com a perspectiva psicanalítica apenas pela química cerebral. Rojas (2009, p. 83), por exemplo, aponta o importante papel que a família dispõe para a constituição do psiquismo; para constituí-lo a família se apropria de duas operações que lhe são peculiares: continência e interdição ou proteção e corte. Para esta

autora: “A família também atua na instalação da renúncia pulsional: a renúncia ao incesto e à violência”.

Entretanto, pudemos perceber que tais modos de subjetivação facilitadores da construção de uma capacidade de pensar, de renunciar e de fazer planejamentos de longo prazo são mais raros em uma cultura na qual, de acordo com autores que nos acompanharam, as proibições são cada vez menos respeitadas, a escola não assegura mais a disciplina e os laços familiares não desempenham seu papel regulador (VINCENT, 2003; GUARIDO, 2011).

Com efeito, em determinado contexto cultural, não é possível dar uma resposta rápida ou apressada às diversas questões que têm afligido a todos. Em verdade, nosso compromisso ético (enquanto educadores, pesquisadores, psicólogos, psicanalistas, etc.) nos obriga a dizer que temos mais perguntas do que respostas e, diante de tantas dores, uma das saídas é resgatar a função do pensamento e aprender com a experiência. Entretanto, há muitas lacunas entre a nossa análise – ainda insuficiente – sobre os problemas que vivenciamos e a possibilidade de ação no combate às dificuldades que vemos. Mesmo assim, gostaríamos de enfatizar que uma instituição voltada para a criança e o adolescente precisa renunciar ao apelo medicalizante e tornar-se um lugar mais propício à criação e à interpretação.

Como vimos, há uma tendência de os educadores fixarem-se na patologia dos alunos buscando principalmente estratégias individualizantes para lidar com os comportamentos desviantes que percebem em seu meio. Em outras palavras: é muito difícil para a equipe escolar rever suas estratégias pedagógicas e propor novas formas de atuação e de relacionamento com seus alunos. Se na escola houver um espaço para as manifestações culturais e criativas, serão criados mais instrumentos para lidar com a heterogeneidade dos alunos.

Concordamos com Winnicott (1975, p. 9) quando o mesmo afirma que: “A experiência cultural não encontrou seu verdadeiro lugar na teoria utilizada pelos analistas em seu trabalho e em seu pensar.” O trabalho de discriminação entre aquilo que é objetivamente percebido e aquilo que é subjetivamente concebido é para a vida inteira. Para o autor, o alívio desta tensão, isto é, de relacionar a realidade interna e externa, é proporcionado por uma área intermediária de experiência que não é contestada. Esta área abrange as artes, a religião, os jogos, a literatura, e outras formas de ludicidade e ocupação reflexiva.

O pensamento de Winnicott (1975) também nos remete à ideia de que nossa cultura - predominantemente imagética e produtora de ilusões – não facilita o alívio da tensão apontada pelo autor, pelo contrário, acentua-a. Assim, assistimos cotidianamente ao

surgimento de constantes “epidemias”: de TDAH, de anorexia e bulimia, de adicção às drogas, de violência, de dislexia, etc. (A lista é infinita e a nova versão do DSM promete muito mais!).

Isso ficou bastante evidenciado em nosso trabalho, pois boa parte dos educadores pesquisados acreditava ser indispensável a medicação para o desenvolvimento dos processos mentais superiores na criança diagnosticada com TDAH. Na perspectiva da escola, sem a medicação essa criança não desenvolve a atenção e o controle voluntário; ela pode, ainda, ficar sujeita à delinquência. Todavia, queremos esclarecer que, apesar de este trabalho ter se apropriado de instrumentos ou ferramentas para captar o mundo interno infantil, bem como alguns fenômenos que emergem no campo relacional, ele não se pautou em uma perspectiva que culpabiliza o aluno, sua família ou o professor. Pelo contrário, esforçamo-nos para compreender a construção do diagnóstico do TDAH, bem como os sujeitos envolvidos, em sua complexidade.

As crianças que participaram desta pesquisa puderam expressar - por meio de seus desenhos - suas dores e horrores diante da negação da sua humanidade. Wendy fez um desenho onde duas crianças foram representadas somente com suas cabeças, sem corpo e sem vitalidade; demonstrando talvez que todos só estavam preocupados com a cabeça dela. Miguel fez um menino pequeno, solto no espaço e com braços mecanizados. Ele sinalizou o quanto a inteligência pode ficar dissociada do afeto em nossa sociedade narcisista.

Deste modo, podemos afirmar que a pesquisa realizada buscou questionar com os envolvidos a forma tão preconizada em nossa sociedade de transformar sintomas em doenças e, assim, esvair-se de um real enfrentamento e de uma mais ampla compreensão das diversas causas de manifestações de sofrimento e descontentamento humanos. A escuta das crianças, de suas famílias e de seus professores mostrou-nos que o TDAH pode ser mais uma das tentativas da lógica medicalizante de condensar – em uma única entidade nosológica – a multiplicidade das novas modalidades de mal-estar contemporâneo.

Notas

ⁱ Nome comercial do cloridrato de metilfenidato, psicoestimulante do sistema nervoso central.

ⁱⁱ Todos os participantes adultos da pesquisa leram e concordaram com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

ⁱⁱⁱ Durante o período de 11 a 13 de novembro de 2010, em torno de mil profissionais das áreas da saúde e educação, estudantes e representantes de entidades participaram do I Seminário Internacional "A Educação Medicalizada: Dislexia, TDAH e outros supostos transtornos", em São Paulo. Deste modo, como ação política deste evento, foi lançado o Fórum Sobre Medicalização da Educação e da Sociedade, de atuação permanente, que tem por finalidade articular entidades, grupos e pessoas para o enfrentamento e a superação do fenômeno da

medicalização. Para maiores informações sobre o assunto consultar os *sites*: <http://www.ebc.com.br/tags/ritalina>, <http://medicalizacao.com.br/pesquisa-do-metilfenidato/>

^{iv} No presente trabalho, as falas dos sujeitos foram colocadas em itálico.

REFERÊNCIAS

AQUINO, J. G. *Indisciplina: o contraponto das escolas democráticas*. São Paulo: Moderna, 2003.

BARKLEY, R. A. *Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH): guia completo para pais, professores e profissionais da saúde*. Trad. Luís Sérgio Roizman. Porto Alegre: Artmed, 2002.

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

BOTO, C. O desencantamento da criança: entre a Renascença e o Século das Luzes. In: FREITAS, M. C. de; KUHLMANN JR., M. (Org.). *Os intelectuais na história da infância*. São Paulo: Cortez, 2002, p. 11-60.

CALIMAN, L. V. *A Biologia moral da atenção: a constituição do sujeito (des) atento*. 2006. 172f. Tese. (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro, 2006.

_____. A constituição sócio-médica do “fato TDAH”. *Psicologia & Sociedade*, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 135-144, jan./abr., 2009.

_____. Notas sobre a história oficial do Transtorno do déficit de atenção/hiperatividade TDAH. *Psicologia Ciência e Profissão*, Brasília, v. 30 n. 1, p. 45-61, março, 2010.

DEBORD, G. *A sociedade do espetáculo*. Trad. de Estela dos Santos Abreu. Rio de Janeiro: Contraponto, 1997.

DOR, J. *O pai e sua função em psicanálise*. Trad. de Dulce Duque Estrada. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1991.

DSM IV. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. 4 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

FERREIRA, A. B. H. *Novo dicionário da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

GUARIDO, R. A Biologização da vida e algumas implicações do discurso médico sobre a educação. In: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO; Grupo Interinstitucional Queixa Escolar (Org.). *Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011, p. 27-39.

LEGNANI, V. N. *Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade: um estudo psicanalítico*. 2003. 241 f. Tese. (Doutorado em Psicologia) - Instituto de Psicologia, UNB, Brasília-DF, 2003.

LEGNANI, V. N.; ALMEIDA, S. F. C. A construção diagnóstica de transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: uma discussão crítica. Rio de Janeiro: *Arquivos Brasileiros de Psicologia*. v. 60, n.1, p.2-13, jan-jun, 2008. Disponível em: <http://www.psicologia.ufrj.br/abp/> Acesso em 05 abr. 2014.

MANO, M. S. *A criança hiperativa, a família, o discurso científico e a psicanálise*. 2009. 96f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Assis, 2009.

MEZAN, R. Psicanálise e pós-graduação: notas, exemplos, reflexões. In: _____. *Interfaces da psicanálise*. São Paulo: Companhia das Letras, 2002, p. 395-435.

MORIN, E. Um animal dotado de desrazão. In: _____. *O enigma do homem*. Rio de Janeiro: Zahar, 1975. p. 100-152.

MOYSÉS, M. A. A.; COLLARES, C. A. L. A história não contada dos distúrbios de aprendizagem. *Cadernos CEDES*, Campinas, n. 28, p. 31-48, 1992.

COLLARES, C. A. L.; MOYSÉS, M. A. A. Preconceitos no cotidiano escolar: a medicalização do processo ensino-aprendizagem. In: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO; Grupo Interinstitucional Queixa Escolar (Org.). *Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011, p. 149-161.

KUPFER, M. C. M.; BERNARDINO, L. M. F. As relações entre construção da imagem corporal, função paterna e hiperatividade: reflexões a partir da Pesquisa IRDI. *Rev. Latinoa. Psicopat. Fund.* São Paulo, v. 12, n. 1, p. 45-58, março, 2009.

ROHDE, L. A. et al. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. São Paulo, v. 22, supl. II, 2000. Disponível em: www.scielo.br/pdf/rbp/v22s2/3788.pdf. Acesso em: 18 maio 2012.

ROJAS, M. C. Niñez y familia hoy: lãs problemáticas del desamparo. In: UNTOIGLICH, G. WETTENGEL, L; SZYBER, G. *Patologías actuales en la infancia: Bordes e desbordes en clínica y educación*. Buenos Aires: Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico, 2009. p. 77-94.

ROTHENBERGER, A.; BANASCHEWSKI, T. Menten inquietas. *Mente & Cérebro: O mundo da infância*. *Scientific American*. Edição Especial, n. 20, p. 46-53, jan., 2005.

SARMENTO, M. J. A globalização e a infância: impactos na condição social e na escolaridade. In: GARCIA, R. L.; LEITE FILHO, A. *Em defesa da educação infantil*. Rio de Janeiro: DP& A, 2001, p. 13-28.

SCHICOTTI, R. V. O. *TDAAH e infância contemporânea: um olhar a partir da psicanálise*. 2013. 157f. Tese. (Doutorado em Psicologia) - Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Assis- SP, 2013.

TRINCA, W. et al. *Diagnóstico psicológico: a prática clínica*. São Paulo: EPU, 1984.

TSU, T. M. J. A. A relação psicólogo - cliente no psicodiagnóstico infantil. In: TRINCA, W. et al. *Diagnóstico psicológico: a prática clínica*. São Paulo: EPU, 1984, p. 34-50.

VINCENT, D. A infância na modernidade: carta aos brasileiros. Trad. Francisco F. Settineri. In: MEIRA, A. M. (Org.). *Novos sintomas*. Salvador: Ágalma, 2003. p. 64-75.

WINNICOTT, D. W. *O brincar & a realidade*. Trad. José Octávio de Aguiar Abreu e Vanede Nobre. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

Recebido em janeiro de 2014

Aceito em março de 2014